

令和元年度

第1回救急医療対策協議会

会議録

令和元年3月25日  
東京都福祉保健局

(午後 5時00分 開会)

○行本救急災害医療課長 それでは、定刻となりましたので、ただいまから令和元年度第1回救急医療対策協議会を開催させていただきます。

私は、福祉保健局医療政策部救急災害医療課長の行本と申します。議事に入りますまでの間、進行を務めさせていただきますので、よろしくお願いいたします。着座にて失礼いたします。

まず本日の配布資料についてでございますが、次第に記載されているとおりでございます。事務局のほうで確認しておりますが、説明の都度、万一不足等がございましたら、事務局のほうにお知らせください。

続きまして、委員の紹介をさせていただきますが、時間の都合上、資料、次第を1枚おめくりいただきまして、資料1-1、委員名簿、こちらの配布にかえさせていただきます。

なお、昨年度から変更のあった委員のみ、ご紹介させていただきます。

まず、公益財団法人東京防災救急協会救急事業本部長の加藤委員でございます。

○加藤委員 加藤です。よろしくお願いいたします。

○行本救急災害医療課長 島しょ保健所の木村委員につきましては、遅れてご出席というふうに連絡をいただいております。

それから、公益社団法人東京都薬剤師会理事の根本委員ですが、本日は、代理で、東京都薬剤師会常務理事の森田様にご出席いただいております。

○森田代理 森田でございます。

○行本救急災害医療課長 杉並区健康担当部長兼保健所長の増田委員ですが、本日は、代理で、杉並区健康推進課の廣瀬様にご出席いただいております。

○廣瀬代理 よろしく申し上げます。

○行本救急災害医療課長 警視庁交通部交通総務課長の児玉委員ですが、本日は代理で、警視庁交通総務課の古田様にご出席いただいております。

○古田代理 古田です、よろしくお願いいたします。

○行本救急災害医療課長 青梅市健康福祉部長の齋藤委員ですが、本日ご欠席とのご連絡を受けております。あと、若干まだ遅れている委員がございましたが、会議については開催させていただきたいと思っております。

続きまして、事務局の職員を紹介いたします。医療政策担当部長の櫻井でございます。

○櫻井医療政策担当部長 櫻井でございます。よろしくお願いいたします。

○行本救急災害医療課長 病院経営本部サービス推進部長の西川でございます。

○西川病院経営本部サービス推進課長 西川でございます。よろしくお願いいたします。

○行本救急災害医療課長 よろしく申し上げます。

続きまして、会議の公開についてご説明いたします。当会議は会議、会議に関する資料、会議録等を、委員の発議により、議決がなければ公開となりますが、本日につきま

しては公開という形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)

○行本救急災害医療課長 では、公開で進めさせていただきます。

なお、本日の会議はおおむね午後6時30分までを予定しておりますので、よろしくお願ひいたします。

それでは、この後の会議の進行につきましては、島崎会長にお願ひいたします。

○島崎会長 島崎でございます。本年度の第1回目ということで、ただいまから救対協の会議を始めさせていただきます。今、行本課長からお話がありましたように、6時半には終了したいと思いますので、よろしくお願ひいたします。

皆様、コロナ疲れで大変だと思いますけれども、どうも東京都も今、剣ヶ峰で、どっちへ転ぶかわからないというような状況で、大変だと思いますが、救対協もその一部を担っているということです。

それでは、早速議事に入らせていただきます。審議事項が2件と、報告事項が4件あります。まず初めに、審議事項の1、大規模イベント時における救急災害医療体制について、事務局から説明をお願ひいたします。

○中新井田救急医療担当課長代理 事務局を務めます、福祉保健局救急災害医療課課長代理の中新井田と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。では、着座にて失礼いたします。

お手元の資料2-1からご覧いただきたいと思います。

東京オリンピック・パラリンピック競技大会につきましては、昨日IOCが2021年夏までに延期することを承認したと、こういった報道がございました。今後、変更等が生じるかもしれませんが、本日は、これまで部会で検討してきた内容について、お諮りさせていただきたいと思います。

まず、資料2-1でございますが、こちらは、前回の協議会、平成30年12月に開催させていただいたんですが、その時の資料となっております。ご覧いただけますとおり、本救急医療対策協議会と災害医療協議会のもとに、大規模イベント時における救急災害医療体制検討部会を設置することで、前回ご了解をいただいております。

資料中央になりますが、東京2020大会を見据えた3つの柱として、①日常の救急医療体制の確保、②大規模イベント時の医療体制の支援、③不測の事態への対応について、検討することといたしました。検討部会の委員には、救急医療対策協議会と、災害医療協議会の委員を中心に構成し、横田委員には、こちらの部会の委員長に就任していただいております。

では、1枚おめくりいただきまして資料2-2をごらんください。

こちら、前回の協議会の資料となっておりますが、資料右下に、テストイベントの実施とありますけれども、昨年7月には、お台場のほうでビーチバレー、それから12月には、有明体操競技場のほうでの訓練等を実施しております。なお、先ほど申しまし

たように、日程の延期等がございますので今後のスケジュールについては、開催時期が決まり次第、改めて検討いたします。

それでは、もう1枚おめくりください。資料2-3でございます。検討部会の設置運営要領で、平成31年1月11日に部会を設置してございます。

では、もう1枚おめくりいただきまして、資料2-4をごらんください。こちらは、部会の検討経過になります。部会設置後、昨年1月から、毎月開催しておりまして、直近では、この資料の2枚目になるんですけども、一番下ですね、第15回、今月の16日に開催し、ここでは、都内のラストマイルにおける医療救護マニュアルについて検討をしたところでございます。

それでは、もう一枚おめくりいただきまして、資料2-5をご覧ください。この過去15回の検討結果をまとめたものとなっております。

まず、左側に4項目ございますが、日常の救急医療体制の確保についてです。競技会場の想定観客数や、近隣医療機関の状況等を踏まえながら、診療所の診療時間延長や二次救急医療機関の体制強化について、検討しております。それから、その下、大規模イベント時の医療体制支援についてですが、ラストマイル、このラストマイルというのは、最寄り駅から競技会場まで向かう方、もしくは、競技が終わって競技会場から最寄り駅まで帰られる、こういったところを歩かれている方なんですけど、こういった方々のために、救護所に医療従事者を配置することと、あと、搬送手段として、サポートキャブという、車いすも載せられるようなタクシーがあるんですけど、そのサポートキャブを配置することについて、検討しております。それから、3項目、不測の事態への対応についてですが、実地訓練やマスギャザリング災害対策セミナーを実施しております。その他、情報提供手段として、医療関連の情報を各医療機関に、メール及びウェブ上で情報提供について、検討しております。このあたり、具体的には、1枚おめくりいただいた資料2-6以降で補足させていただきたいと思っております。

では、資料2-6をごらんください。

1番の会場周辺の医療機関確保でございますが、(1)初期救急については、都は東京都医師会の協力をいただきながら、会場周辺の医療機関による、診療時間の拡大をお願いしているところでございます。競技が行われる休日とか、あと平日を含む早朝・夜間ですね、そういった時間帯でも診療可能な医療機関を確保していく予定でございます。

それから、(2)の二次救急の確保につきましては、資料をもう1枚おめくりいただいて、資料2-7ですね。こちらのほうをごらんいただきたいと思います。

資料2-7で、二次救急医療の確保に向けた取り組みについて(案)になります。資料右下のほうに図がございますので、そちらをごらんいただきますと、1番、救急外来で診療する医師を確保するため、競技会場周辺の救護所から、救急車で搬送される場所にある指定二次救急医療機関に対し、医師確保料を支出することを予定しております。

それから、2番目です。転院搬送先となる、協力医療機関の確保についてですが、会

場周辺の医療機関に入院患者が集中しないよう、転院搬送受け入れ先となる協力医療機関を確保するように、空床確保料を支出することを検討しております。それから3点目として、1から2の医療機関の間の、転院搬送するための病院救急車や民間救急車等に対する経費を支出することを検討してございます。

二次救急については以上ですが、1枚おめくりいただきまして、資料2-8をごらんいただきたいと思っております。

今度は、競技会場周辺における救護対応についてですが、資料左側の図にございますように、競技会場と観客利用想定駅とあります、最寄り駅を結ぶラストマイルでは、さまざまな取り組みが行われる予定でございます。その中で、救護対応については、こちらの資料右側の文字のところになります。救護対応として、5点あります。

まずは、救護所の設置では、医師や看護師などが常駐する救護所を必要に応じて設置して、応急処置を実施することとしております。また、都市オペレーションセンター本部の医療救護担当が救護所と連携しながら一体的な医療救護体制を構築するとしております。

そのほか、車両の活用につきましては、先ほど申し上げたとおり、救護所から離れた場所での傷病者の発生の際、医療従事者が早期に駆けつけて応急処置を行うほか、傷病者の状態に応じて救護所や近隣医療機関へ搬送するとございます。

それでは、1枚おめくりいただきまして、資料2-9をごらんください。

「東京2020大会に向けたマスギャザリング災害対策セミナー」の開催についてでございます。東京DMATのインストラクターが講師となりまして、都内の医療機関を対象に開催しております。こちらですね、プログラムは、次の資料2-10になりますけれども、大規模イベントのリスクやCBRNEの基本対処法などが含まれております。本日は、参考資料としまして、セミナーのテキストのほうも委員の皆様にも、このような形で配付させていただいております。

それから、資料最後、資料2-11をごらんいただきたいのですが、こちらの資料は、セミナーの開催予定表になっておりますが、ナンバー11、北多摩南部地区で3月19日木曜日に行ったセミナーを最後に、全て終了しております。参加いただいた方は、合計で約700名の方に受講していただいているところでございます。

事務局からは以上でございます。

- 島崎会長 ありがとうございます。ただいま説明がございました、マスギャザリングの問題で、部会長の横田委員、経過等を込めてお願いいたします。
- 横田委員 今、事務局から説明があったとおりでございますが、この資料2-1の1、真ん中の所を見ていただきたいと思っております。主にこの3つの柱というふうには書いてありますが、日常の救急医療体制の確保と、大規模イベント時の医療体制の支援、それから、あってはならないんですが、不測の事態への対応ということで、過去15回の部会でいろいろ議論をしてきました。

東京2020の、この部会としての検討も終了に差しかかっていたところ、昨日の、1年を目途の延期という事になりました。特に、一番最後の資料にありますように、大規模イベントの不測の事態や医療体制の支援の在り方を、医療圏ごとに集まっていたいて、これだけの人数の皆さんに参加をいただきセミナーを開催させていただきました。これ以外にも、昨年7月と8月に、大規模イベント時の医療対応についてのセミナーも開催してございます。それから、各先ほど説明がありました、会場とそれから最寄りの駅をつなぐラストマイルに関して、どこが一番この医療ニーズが不足しているか、あるいは、足りているかというところを、全会場を調査しまして、必要に応じた場所に、救護所あるいは診療所をつくる場所に関しても、議論をしたところでございます。

これから、様々な情報の連絡体制を検討する予定として、最後の詰めのところをやっいていこうというところで15回を終えたところでございます。もちろんこれは、東京2020が延期という形で、今までの議論はこのまま継続して、実際の大会のときに役立てていきたいと思っています。

私のほうからは以上です。

○島崎会長 ありがとうございます。

検討部会の委員であります、坂本先生、補足等、ありましたらよろしく。

○坂本委員 今、横田先生からお話があったとおりですけれども、特にラストマイル等につきましては、実際のその会場の場所であるとか、周辺の医療機関の状況などをきちっと調査した上で、A、B、C、Dとランクをつけて必要な医療ニーズに合わせてやるということで、かなり科学的に分析しながら、今回やったのが特徴かなというふうに思っております。

以上です。

○島崎会長 ありがとうございます。

それでは皆様、何か意見等ございますでしょうか。よろしく。

何かございますか。

じゃあ、これは、横田先生かな、坂本先生かな。ラストマイルの、そういう場所というのは、幾つくらいあるんですかね。

○横田委員 都内には、競技会場が20数会場あります。救護所は……

○行本救急災害医療課長 約20くらいです。

○横田委員 それで、坂本先生がお話したように、各ラストマイルを、A～Eまでのリスク評価をしました。その中で、例えば、周辺にたくさんの医療機関があって、ラストマイルでの人数もそれほど多くないという、競技会場もあります。そういうところにはあえて救護所や診療所はつくらなくていいだろうと考えました。一方で、周辺に医療機関がほとんどない、かつ、非常に多くの人が集まるというラストマイルでは、これは救護所あるいは診療所を一つあるいは二つ設けなくてはいけないと考え、そのような判断からリスクをA～Eとして評価をして、救護所を設置する予定です。かつ、先ほど説明が

あったように、その救護所にはサポートキャブ、いわゆるジャパントクシータイプの車両を用意して具合の悪い方でもなるべく、救急車を余り呼ばないような形で対応するというような議論がされています。

以上です。

○島崎会長 ありがとうございます。他はいかがでしょうか。

○有賀委員 有賀ですが、都内においてはという発言でちょっと気になったんですが、オリンピックの会場というのは、恐らく都内だけではなくて、横浜とか、県境の向こうにもあるわけですよね。そうすると、いざとなるとその場合によっては向こうへ行くという話も論理的にはあるんじゃないかなと思うんですが、そこらへんはどんなふうな話になっているのでしょうか。

○島崎会長 どうぞ、横田先生、あるいは坂本先生……。

○行本救急災害医療課長 我々のほうでは、ご検討いただいたのは、あくまでも都内での体制に限ったところで検討しておりまして、また他県との連携とかというところまでは、特に今回はちょっと……

○有賀委員 そんな大それた話じゃなくて、恐らく、その横浜の病院に行くという事はあるんじゃないのかという、そういう話なんです。そういうことはないのかという。

つまり、横浜の会場の観客をこちらで面倒を見るという事はなくて、恐らく横浜やら神奈川県がそこそこ面倒を見ると。その中で、県境においては、ひょっとしたら向こうに行こうねとか、こっちへ来るよねというふうな話はあるんじゃないのかなと思ったんです。県と県の連携というよりは、むしろその医療機関同士のふだんのつき合い。だって、一番最初に書いてあるのは日常の救急医療体制の確保でしょう。だから、日常的にそういうようなことが起こっているじゃないですか。だから、そういうことを考えるとどうなってるのというだけの話なので。

○島崎会長 坂本先生。

○坂本委員 会場のラストマイルとかライブサイト自体は、比較的都心部にあるので、そこで発生するような患者さんについての、都外搬送ということに関しては、基本的には余り議論がされていませんでした。その日常の救急医療体制というところについては、恐らく東京でやることのノウハウを周辺の県と共有していくという事は、今後考えて行く必要があると思います。それから、例えば、自転車のロードレースなどは、東京から出発して、神奈川を通過して、最後、山梨でゴールとかいうようなのがありますので、そういうところは確実に連携が必要になってくるというようなことは議論をしております。

○有賀委員 そういう意味では延期してよかったんだ。

○島崎会長 あと1年近くありますから、その辺の各都道府県との連携をとっていただければというように思います。

その、例えば、今の横浜、神奈川を通過して山梨と行った場合、幾つかまたがりますよね。そのときは、東京と横浜は連携という話ができるけど、横浜、神奈川と山梨というようになるのと、それはもう、向こうにお任せというような格好ですか。その辺を含めて今後検討しただけであればいいかと思えますけどね。

○横田委員　そうですね。今、事務局が言ったように、神奈川も江の島会場など都内とは距離的には離れています。坂本先生が言ったように、つながっているというふうな視点で言うと、ロードレースがあります。例えば、埼玉県ですと、ゴルフ場です。そうすると、直接の患者さんのやりとりというのは、まだ想定はしていませんでした。この不測の事態というところ、あるいは日常の救急医療体制の確保という視点でも、議論はする必要はあるかもしれません。ありがとうございます。

○島崎会長　ほか、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

じゃあ、今言いましたようなご意見等も踏まえて、よろしくご検討を引き続きお願いいたしたいと思いますが、このような方向で進むということで、ご承認いただけますでしょうか。

(異議なし)

○島崎会長　では、そのようにさせていただきます。

引き続き横田部会長、あるいは坂本委員ほか関係者の皆様、よろしく検討をお願いいたしたいというように思います。

続きまして、審議事項の2、ドクターヘリについて、事務局から説明をお願いいたします。

○中新井田救急医療担当課長代理　それでは、ドクターヘリについてですけれども、まずはお手元の資料3-1をごらんください。こちらは、ドクターヘリ導入検討委員会設置運営要領となっております。ドクターヘリの導入につきましては、早期に検討に着手する必要があります。島崎会長にご了解をいただき、本協議会のもとに、こちら、2月3日付で検討委員会を設置させていただいたところです。

1枚おめくりいただきまして、資料3-2でございます。東京型ドクターヘリについてということで、東京都は、これまで東京型ドクターヘリとして、東京消防庁が保有しています消防ヘリコプターを平成19年から活用してございます。現在、島しょ地域を中心に運用しているところでございます。

一方、1枚おめくりいただきまして、資料3-3になります。ドクターヘリについてでございますが、2の(1)、ドクターヘリに関する全国の取り組みについてでございますように、ドクターヘリは全国で導入が進んでおりまして、2018年9月現在で、44道府県53機が配備されております。こちらの事業は、資料の(3)運営費のところですが、1機あたり、年間2億5,000万円程度の運営費、こちらを国と各自治体が負担するという形で運営されております。

次の資料、資料3-4をごらんください。この、東京型ドクターヘリと、ドクターヘリとの比較をしております。



まず、医療機器を装備して医師が搭乗する点では同じでございますが、東京型ドクターヘリは、出場体制のところですね、大型機4機、中型機4機を使用しております、運用時間も24時間運用で、伊豆諸島までの運行が可能となっております。一方ドクターヘリでございますが、運用時間が、朝から日没までの日中帯の運用に限られておりますけれども、着陸の場所も設定しやすいなど、こういった違いがございます。

1枚おめくりいただきまして、資料3-5をごらんください。こちらは、ドクターヘリの運用方式(案)になります。一般的にドクターヘリは、こちらの資料右側にあります、基地病院とございますが、この基地病院にあるヘリポートから出場しますけれども、東京都内の救命救急センターのある病院では、ヘリポートを建物の屋上に設置しております。他県では、屋上にドクターヘリを駐機している例もございますけれども、リスクを考えて、東京都では、資料中央の立川飛行場にドクターヘリを駐機させて、基地病院の医師・看護師の方に常駐していただく案を検討しておりました。それから基地病院は、その下、協力病院からの医師や看護師を非常勤任用するなど、スタッフ派遣を受けながら、その医師、看護師を立川飛行場へ派遣していくといったことも予定しております。

運用の流れについてですが、救急車がAの救急現場ですね、こちらに急行して、患者を近くのランデブーポイントまで搬送します。ランデブーポイントというのは、既存のヘリポートのほかに、河川敷とかですね、広い平地とか、公園とか、そういったところが考えられるんですが、そこでドクターヘリと救急車が合流して、患者さんをドクターヘリの医師に引き継ぐという形にしております。

そのドクターヘリは、ヘリポートのある救命救急センターまで患者をヘリ搬送していくと、こういった流れを考えております。

続きまして、次の資料3-6をごらんください。

ここで、まず基地病院というのが出てくるんですが、基地病院の要件(案)として、救命救急センターや、ドクターヘリが離着陸できる場所を有していることに加えまして、例えば、(4)適切に医薬品を管理できること、(5)自院の搭乗医師や看護師を立川飛行場に配置できること、(6)他の協力医療機関から人材を受け入れるなど、救命救急センターの運営に支障を来さないことなどがございます。

それから、1枚おめくりいただきまして、資料3-7としましては、基地病院の主な役割(案)となっております。

事業実施前と事業実施後で分けておりますけれども、事業実施前としては、(1)運航調整委員会を設置して、運航要領とかマニュアルを作成していくこと。(2)として、搭乗医師・看護師の人材養成、(3)で医療機器等の整備。そして、(5)でドクターヘリ運航会社と業務委託契約の締結などがございます。

それから、2の事業実施後についてですが、運航調整委員会は、事業を進めていくのに必要ですので、引き続き運営していただくことに加えまして、(2)搬送先医療機関が決まらない場合のドクターヘリの受け入れ、そのほかに当番表の作成とか、技能維持

訓練、それから人材養成、医師等の任用事務。こういったものがございます。

ここまでが導入についての資料でございますが、1枚おめくりいただきまして、資料3-8をごらんください。こちらはですね、埼玉県のとくたーへりの共同運航についての資料になります。

1の目的にございますように、東京2020大会の開催を見据えまして、埼玉のとくたーへりを都内全域で運航する予定でございます。

埼玉のとくたーへりですけれども、埼玉県川越市の埼玉医科大学総合医療センターで、平成19年10月から運航されており、現在も年間600件、500件といった実績がございます。

4の今後のスケジュール（案）でございますが、去年5月に共同運航に関する協定を締結させていただき、6月に訓練を実施、7月から共同運航の運用を開始しております。ただ、こちらの予定案は、新型コロナウイルスの流行状況等を踏まえながら、このあたり、進めて行きたいと考えております。

1枚おめくりいただきまして、最後の資料3-9でございます。災害時臨時離着陸場候補地でございます。東京都の地域防災計画の震災編から引用しておりますので、平時から利用できる場所ではございませんけれども、参考としまして、公園とか、グラウンドとか、その箇所数を掲載してございます。

とくたーへりについては、以上でございます。

○島崎会長 ありがとうございます。

検討部会長の横田先生、経過等を含めてお願いします。

○横田委員 資料の3-5のところの基地病院という所を、少し補足をしたいと思います。通常のとくたーへりは、基地病院は、いわゆる駐機場を有しています。広島県以外のとくたーへりは、そのように聞いています。その基地病院にヘリコプターが駐機していて、ヘリコプターの格納庫もあることが、普通の道府県のとくたーへりです。東京においては、23区内のとくたーへりニーズはあまりないだろうという前提で、多摩地区を考えています。となると駐機場は立川飛行場ということになります。先ほどお話をしたように、都内の病院で地上に駐機場を確保できる病院がないということです。それから、屋上にヘリポートを有しているのは、いくつの病院ですか。

○中新井田救急医療担当課長代理 14病院です。

○横田委員 14病院、いずれも屋上ヘリポートということで、地上のヘリポートではありません。したがって、地上のヘリポートとして立川飛行場を利用して、基地病院から医者がヘリポートに毎日出向いて同乗するということになるだろうという議論でございます。

ただ、基地病院だけでは、人材の確保に負担が非常にかかるので、協力病院、たとえば都内の救命救急センターの医療機関を中心に、輪番制でやっていくという議論もしています。

基地病院をどこにするか。立川に駐機場をという前提で話しますと、やはり、23区からこの基地病院でスタッフが毎日そこに出向くというのは、距離的にも難しいだろうということで、やはり、この立川飛行場に近い複数の医療機関が、候補に挙がっていて、その中で調査をして、どこが一番いいかというところを、今議論をしているところです。

基地病院、駐機場がないドクターヘリシステム、医療機関でないところに駐機をして、ドクターヘリのシステムをやっていくというのは、例えば薬剤の管理等で解決すべき課題があります。特に麻薬の管理等々で、少し調整しなくてはいけない部分がありますので、現在、そこを調整しているというところであります。

それから、年間のドクターヘリの件数としては、多い県では年間1,000件を超えるというふうな県もありますけれども、都内の場合には、先ほど、大阪の百何件というのがありました、数値的には、それに近いのではと議論もしているところであります。

私のほうからは以上です。

○島崎会長 ありがとうございます。

それでは、委員の皆様、何かドクヘリにかかわることで、ご質問等はございますか。

数少ない、最後のあれですかね。ドクターヘリ導入の都道府県というのは。

○有賀委員 幾つかあるんですけど、最後に横田先生が言及されましたところの、基地病院についてなんですけれど、この基地病院というのは、麻薬の管理がどうこうだから、一つに決めましょうというふうな話を今、仰っていますけど、基本的に、例えば、今月はA病院、来月はB病院、再来月はC病院というふうなことで、どの病院がドクターヘリの、どの病院の持ち物なのかという質問に答えることができれば、僕は、それはそれで、ぐるぐる回しでもいいんじゃないかという気がするんですが、そこら辺の議論はどうなっているんですか。

○横田委員 今想定しているのは、基地病院が、例えばA病院となった場合に、その連携病院はその日だけは、その基地病院、A病院の職員になるというのが前提で、今議論しているんですね。ですから、ある月はA病院、次の月はB病院、その次はCとなると、なかなかその事務的な、あるいは手順に関しても混乱が生じることがあって、基地病院は固定したほうがいいのではないかと思います。

○行本救急災害医療課長 若干、ちょっと事務局からもいいですか。これ、ちょっと実務的な部分にもなるんですけども、国のこのドクターヘリの事業としましては、基地病院を決めますと、このヘリの運航会社との契約というのを、基地病院がやることになっておまして、それが、そのために、基本的には一カ所になる。なかなか毎月変えるとか、そういう契約もなかなかできないので、基本的には、1カ所でやるというのが、ほとんどの県でやられているような状況でございます。

○有賀委員 今のそのA病院の、乗るときはA病院の職員になるというふうに先生はおっしゃられていますよね、もしそれであれば、僕はそれはそれでいいと思うんですよ。

何を言っているかという、B病院や、C病院や、D病院で、この協力しているところ

ろがあるじゃないですか。そうするというと、そういうようなところにも、そういうふうな経験を積んでいきたいというふうな、ドクターヘリの経験を積んだ話を、僕ら医者の世界は基本的には伝承の世界ですから、後輩にそれを移していくというようなことがAだけじゃなくて、BやCやDやEでもできるというようなことができるような、そういう仕組みにしていったほうがいいんじゃないかというようなことで、今月はとかいう話をしたのですね。

今、言った麻薬の問題にしても、それから契約の問題にしても、それはほかがこうだからこうだというだけの話じゃなくて、そうでなければどういう方法があるのかというふうに考えるのは、やはり行政としてはしんどいかもかもしれませんけども、さすがに東京ですわねという話になるんじゃないかなと思いますので、一つのところに丸投げでは済まないという感じはします。

○横田委員 今、多くの施設に経験をという有賀先生のご意見ですが、例えば都内でヘリポートを持っている病院、例えば帝京大学の坂本先生のところのドクター、あるいは私どものところのドクターも連携病院として、週に1回程度協力し、そして基地病院が週に2回とかと輪番を考えています。

○有賀委員 僕は救急救命士と一緒に乗ってもいいんじゃないかと思うんですが、そこら辺の一緒に乗る人についても同じことですか。今の話は。

○島崎会長 救命士も一緒に同じようにと。

○有賀委員 救命士にしろ、ナースにしろ。

○横田委員 ドクターヘリは定員が少ないので、東京消防庁の救命士さんが乗るという想定は今のところしていません。

○島崎会長 ほか、いかがでしょうか。

例えば、A病院に決まったら、そこが国立なら国立の、あるいは公的病院なら、国家公務員か地方公務員に、その日だけなるの。

○横田委員 はい。

○島崎会長 それはできるんですね。

○横田委員 例えば、DMATではその担当の日だけの職員になります。

○行本救急災害医療課長 恐らくそういうときには、非常勤任用みたいな形をとって、その病院の職員として出動するというような形にとると思います。

○島崎会長 ほか、いかがでしょうか。

○有賀委員 資料3-6の(8)番にありますところの、東京型ドクターヘリと連携、これはどんなふうな患者さんのやりとりなり何なりを想定しているのか、ちょっとディスカッションを教えてください。

○横田委員 これは、いわゆる大型ヘリ、東京の中型、大型の場合、夜間とか、そういうことも協力できるという内容です。

○有賀委員 ということは、連携じゃなくて独立事象でいいんですか。今の話は独立です

よね。僕が言っているのは、だから東京型ドクターヘリと連携できるという話は、場合によってはA病院からの先生が複数の患者さんがいるらしいので、大きいヘリで乗っていくぞというような話で、これは、まさに東京型ドクターヘリのドクターヘリ版みたいな形になるんじゃないですか。そういうことを考えているのかなというふうに思ったんで、ちょっと聞いたんです。

○行本救急災害医療課長 すみません、まだ、そこまでの検討はしておりません。

○有賀委員 だって書いてあるじゃない。

○横田委員 例えばいわゆるドクターヘリは非常にパワーも小さくて、悪天候の場合には飛べません。

でも、一方で、現在の東京型ドクターヘリの中型、大型というのは、場合によっては夜間も飛行可能な性能、レーダーもついています。小型のドクターヘリが飛べなくても、東京型のドクターヘリであれば飛べますよという、そういうこともあるのかなと思っています。

○有賀委員 だから、そういう意味では、そっちのほうに持っていくという、それはここで言うところの正味のドクターヘリのアクティビティとは違うけれど、東京版のドクターヘリの発展形を助けることができる。そういうふうな位置づけにして、東京型ドクターヘリがそれなりの歴史を積んできたんで、これから先も、そういう意味では我が軍のパワーをそのまま持ち続けるような、そんなような感じがいいんじゃないかなという、そういう意見です。

○横田委員 これは行かないといけないと思います。

○島崎会長 ほか、いかがですか。

南先生、何かありますか。

○南委員 特別、意見はございません。でも、随分前からこの東京もぜひヘムネットをやってほしいという声がいろいろ私は聞いておりましたので、ようやくこうやって議論が始まっているということ、大変いいことだと思って喜んでおります。

○島崎会長 猪口先生。

○猪口委員 僕は検討委員会のメンバーなんで、その検討の過程の中で私は医師会ということで、救急救命センターではない立場で、むしろどちらかというところ、これが活用されることによって、いろんな医療的なメリットを享受できる立場なのかもしれませんが、それにしても、これ立川の飛行場を利用しながらやるということで、なかなか活用が難しいんですよ。

基地病院になるようなところというのは、本当にご負担がかかりますので、うまく運用が本当に必要だなと、資機材の運用していく問題だとか、麻薬の問題だとか、本当に知恵を使いながら乗り越えていかなきゃいけない問題がたくさんあるんだということは、皆さんにお伝えしておきたいなと思います。基地病院の方は、ぜひ頑張ってくださいと思います。

○島崎会長 ほか、いかがでしょうか。

東京型ドクターヘリというのは、基本的に多数の傷病者もある程度乗せられるというか、複数乗せられるということで、消防ヘリにドクターが乗っていく形ですよ。それとうまく連携を持ってやっていくというようなことが、ここに書かれているのは必要だなというような気がしています。

それから、もう一つは、今のところ残念ながら日中だけしか飛べない。全国的にドクヘリがそういう格好になっているということです、ちなみにね。

ほか、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

では、今の報告がありましたような方向で進めていくつもりでございますが、ご承認いただけますでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

○島崎会長 ありがとうございます。

引き続き、横田部会長初め、皆様方、よろしくお願ひいたします。

それでは、報告事項に入りたいと思います。

まず、新型コロナウイルス感染症への対応について、事務局から説明をお願いいたします。

○中新井田救急医療担当課長代理 それでは、資料4-1をごらんください。こちらは、新型コロナウイルス感染症 東京都緊急対応策ということで、3月12日に発表されたものでございます。

1枚おめくりいただきまして、下にページ数、字が小さいんですが、3ページ目に目次がございます。構成としましては、1番で、新型コロナウイルスについて、2番で、都の基本的な考え方、3番には、都民・企業等の行動指針、それから5番目に、国への緊急要望、7番目には、これまでの都の対応策等々となっております。

こちら、資料が多いので抜粋、ちょっと飛ばしてご説明させていただきますけれども、2枚めくっていただいて、12ページですね、図がございます。新型コロナウイルスの拡大防止に向けてということで、こういった形で都民の皆様へのお願いもさせていただいております。

その裏のページなんですけども、13ページ、新型コロナ？と思ったらという図がございます、かかりつけ医のいる方や、それから新型コロナ受診相談窓口、こちら24時間体制を経由して、受診が必要な場合には新型コロナ外来で診断を行い、検査が必要な場合にはPCR検査を行うと、こういった流れをとっております。

それから、またページを飛ばしていただいて、2枚めくっていただいて22ページ、上のほうのタイトルで、4、新型コロナウイルス感染症緊急対応策ということで、下のほうの(2)に、医療提供体制等の強化とございます。

まず、都立、公社病院の感染症指定医療機関において重症患者に対する集中治療体制を強化します。

それから、23ページに移りますけれども、感染症指定医療機関以外の都立、公社病院では、新型コロナ患者に対応する病棟を確保するとしています。

それから、入院医療体制の強化として、一般病床の確保を進めています。

それから、外来診療体制の充実では、先ほど13ページの図でもご説明しましたけれども、相談窓口の24時間体制とか、新型コロナ外来を設置するといったことが書かれております。

最後に、PCR検査体制については、民間検査機関の活用を含め、検査体制の拡充を進めますとしております。

それから、ページを飛んで51ページをごらんいただきたいんですけども、7番の、これまでの都の対応策ということで、51ページにまとめております。

医療体制の充実につきましては、1枚おめくりいただきまして54ページのところに、上から4行目で、医療体制の充実とございますけれども、一つは、相談体制、②として、検査体制の強化、③として、医療提供体制の充実、④で、SNS等の活用というふうに記載してございます。

それから、こちら飛ばしていただいて、資料4-2というのがございます。5、6枚めくっていただくのでしょうかね。資料4-2と右上に書かれた資料がございます。

こちらは、新型コロナウイルス感染症に関する対応方針についてということで、23日に公表させていただいたものでございます。

その医療提供体制の整備についての対応方針ですが、検査体制としては、1日最大340件まで可能とすること。外来診療体制については、新型コロナ外来を77カ所まで拡大すること。入院医療体制を段階的に整備すること。重症等に対応する病床を100～700床確保すること。そのほか、オンライン医療相談・診療の推進に向け、医師会等と協議することなどがございます。

都は、現在、このように新型コロナウイルス感染症の対応を継続に行っておりますけれども、このような事案に対しまして、迅速かつ適切に対応するためには、今後、救急医療に精通した専門家からご助言をいただくことが必要になりますので、今後、救急医療対策アドバイザーというものを設置することを検討しております。

事務局からは、以上でございます。

○島崎会長 ありがとうございます。

何かコロナ、質問等ございますでしょうか。

いろいろ皆様、現場等で困っているようなことがあろうかと思いますが、いかがでしょうか。

猪口先生。

○猪口委員 この対策のところでは、これにも出席して、いろいろ話をさせていただいているんですが、医療提供体制の話は結構いろいろしていて、今日もいろんな病原を集まりながら話をしていると思うんですが、患者さんの搬送に関して、ここ、救急医療の対

策協議会ですから患者さんの搬送に対して、どのぐらいの規模感で、どのぐらいの搬送力があるのかというのは、ちょっとまだ見えていないかなと思うんで、どうやらいろいろな法令とか、これまでの取り決めで見ると、コロナの患者さん、要するに指定感染症の患者さんを搬送するに当たって、特別な車両を東京は幾つかお持ちのようなんですけれども、それだけで足りるのか。

それから、消防救急が搬送はしてはいけないことはないようなんだけど、搬送するに当たっては、保健所、要するに都の福祉保健局のほうといろいろな取り決めをしっかりとらされて、その準備がなされていないとできないというような話も総務省のほうからは出ているようなんですね。

このところは、どの程度の話し合いができているのか、ちょっと教えていただきたいなと思うんですけれども。ここではわからないかな。

○島崎会長 いかがですか。

○木村委員 島しょ保健所の所長の木村と申します。大変お世話になっております。

基本的には、今、東京消防庁のところで重症のコロナの患者さんにつきましては、ラッサ車ということで5台ございます。

それは、重症の患者さんの場合に感染症対策課のほうから、あるいは保健所のほうから依頼があってラッサ車を動かすというところでございます。

それで、そのほかの患者さんにつきましては、今までラッサ車が使われたのは、3台か4台ぐらいだと思ひまして、実際のところは民間救急を利用しているところでございます。

民間の救急のところのコールセンターというところに保健所が依頼いたしまして、そこから事業者を幾つかございまして、その事業者を選んでというか、そこで受け入れてくれた場合に、その民間救急で患者さんを運ぶということで、確定の患者さんにつきましては、民間救急を一般的に使っているところでございます。

以上です。

○島崎会長 木村さん、今のお話、民間救急を使われているということで、有賀先生も疑問を持たれているんだけど、費用はどういう格好になっていますか、負担。

○木村委員 基本的には、それぞれの自治体で支払いするという事になっています。

○島崎会長 そうすると、運んでから後で承認を得て払う。

○木村委員 詳細までは存じ上げていないんですけど、基本的に運んだ後にそういうことになるんだと思います。

○島崎会長 じゃあ、一応、要請があればまずは運ぶということですね。

○木村委員 そうです。

○島崎会長 江原さん、東消のほう何かありますか。コロナの患者搬送。

○江原代理 もともとの基本的な考え方なんですけど、いわゆるコロナの疑いだという段階では、消防救急の搬送の対象になるということになっています。



ただ、感染症法に基づいて、これは疑似症であるとか、確定症例だとなった場合には、これは感染症の移送という業務になりまして、これは保健所さんでやっていただく業務ということになっていきますので、消防救急がそのまま運んでしまうということができないと。

そのために、保健所さんのほうと協定を結んでおりまして、さっき出たラッサ車という移送専用車両というんですけど、そういった感染症の確定患者が出た場合には、この移送専用車両の運行に東京消防庁は協力をする形で、保健所からの要請に基づいて、その5台の運用を図っているというところなんです。

それも、件数が増えてくるとあれなので、基本的に今は重症の患者さん、確定患者で重症の患者さんをこの移送専用車両を使いましょうと、それ以外、比較的程度の軽い確定患者さんは民間救急を活用していこうということで、保健所さんのほうは対応されているということだと思います。

- 有賀委員 東京消防庁の皆さんがラッサ車とか呼んでいる。その車両を使って運ぶときには、それなりの感染症の患者さんを運ぶということで、一定の水準で勉強というか訓練をしている人が乗るんだよね。
- 江原代理 もちろん訓練もしておりますし、この件は保健所さんの業務ということなので、その現場、現場で保健所の先生方の指示を受けながらやっております。
- 有賀委員 今、保健所の方が民間救急車を使うと言っていましたよね。民間救急車の運行に当たる人たちも基本的に同じような訓練をしているというふうに思っているんですか。
- 木村委員 実際、民間救急を頼みましたときに、保健所のほうからPP一式と、それから着脱に関しましてご指導させていただいて、着て、そして終わった後、脱いでと、あと、消防の消毒も含めて指導させていただいているところがございます。それは、保健所の役割としてやっているところがございます。
- 有賀委員 初めて予防着を着るといって人に渡して着ろというわけですか。
- 木村委員 今、実際、結構運行されておりますし、実際民救の方で着ていただいて、脱いでいただいてということで、今のところそこからの感染者ということでは、特に出て……。
- 有賀委員 それは、そんなことを言う。それが、そういうふうな仕事を民間救急がやるというときに、一定の水準でトレーニングするとか、そういうふうなことをしていないのかという質問なんですよ。  
結果的に感染者が出ていないからいいだろうという話には、僕はならないと思うんですけどね。
- 木村委員 繰り返しとなりますが……。
- 有賀委員 だって、僕らが例えば手術着を着たり、脱いだりするときも、一定の水準で訓練をしているんですよ。だから、一人で脱いじゃいけないよという話だって中にはあ

るわけで、そういうふうなことをそもそも民間の人たちに丸投げするみたいなのは、僕はあり得ないと思うんです。そこら辺は保健所ないし東京都の衛生部門はどんなふうな思想というか、基本的な考え方でやっているのか、ちょっとよくわからないんですけどね。

○加藤委員 私、東京防災救急協会で、先ほど出ましたコールセンターを運営しておりますけども、今回のコロナの関係で、全てコールセンターを通した民救さんを使っているわけではありませんけども、コールセンターに登録している94ですか、民救さんがいらっしゃるんですけども、そこは福祉保健局さんのほうと新型インフルエンザの関係で協定を組んでいて、そのために日ごろそういう防護服だとかの訓練をやっています。

実際協定を組んでいるのは38事業所なんですけども、38事業所が満遍なく訓練を受けているかということ、ちょっと現実的ではありませんけども、そういう枠組みというものはあって、実際にはそういう訓練をやっております。

ただ、今回、じゃあ、その訓練を受けている方が全て対応しているのかということは、そうでもありませんし、その38で協定を組んでいる以外の方も実際には運んでいるというのが現実ではあります。

○島崎会長 これから、コロナが増えてくる、確定診断がついた患者が増えてくると思うんですけど、確定診断というか、疑いの。そのとき、都としては民間救急で、まずはやってくださいというような格好になるんですかね。保健所からの要請ということになると、そういう格好でしか患者は運べない。

○矢沢部長 すみません、遅れまして失礼いたしました。

コロナについては、確定した患者については民間救急車ということになっていまして、原則、東京消防庁の車というか、原則ないんですけども、そのときに重症患者を運ぶときは、先ほどお話のあったように、ラッサ車を使わせていただくということは、今、やっています。

それから、厚労省の通知では、搬送に当たってはDMATカーだったり、病院救急車だったり、使ってくださいというのも出ていますし、最近の通知では、自衛隊に頼めとか、いろいろ出ていますけれども、現状においては基本、民間救急車ということで進んでおります。

○島崎会長 今のお話で、増えてきて民間救急だけでやってねで、もしオーバーフローしたときどうするかとか、その辺もちょっと考えておかれたほうがいいんじゃないですかね。

○矢沢部長 それはまた、ちょっと東京消防庁さんにご相談してからの話かと思います。

○有賀委員 こんなところでこんなことを言うと、えーとかいうかもしれませんが、病院に葬儀屋さんが出入りしていますよね。葬儀屋さんの中に、これ、業界筋から聞いた話なんですけど、何が原因かわからないけど、急死する人がいると、わかりますよね。恐らく病院の遺体を扱うときに、手袋をまだしていないという、そういう業者がまだいるん

だそうです。そういうところで、急にあの人が死んじゃったみたいよという話があるんだそうです。

やっぱり民間救急車が何ていうかな、どんなに危険でもとりあえずお金になるからやるというふうな、そういうふうなレベルの人たちが登録してはいないとは思いますがけれど、やはり社会の比較的弱い部分に、この手の話がゆがんだ形で行くというふうなことは知っていてほしいんですよね。

だから、僕は葬儀屋さんの方たちの業界に手袋をするようにと、わかりますよね。そういう話をどうやって広めるかというようなことも考えないといけないというふうに、実は真面目に思っているんですよね。

だから、今、言った民間救急車だからいいとか、そういうふうな話は多分あってはいけません。DMATとか、自衛隊とか、そういうふうなレベルは一定の水準で何らかの訓練をきちっと行う体制があるはずですよ。

だけど民間救急車で、あの人が急に死んじゃったんだよね、労災がおりているのか、なんて話になっていたら、この寂しい話はないわけなんで、その部分で僕は聞いているんですよ、さっきから一生懸命。

やっぱり、そこら辺の心をわかっていないといけない。どう思いますか。市民の代表なんだから、何か言ってください。

○南委員 私、民間救急というふうにくくりしているものの実態が、余りよくわからないので、ちょっと何とも。

○有賀委員 いや、タクシー会社ですよ。

○南委員 確かに今、有賀先生がおっしゃったみたいな心配は当然していなければいけないとは思いますが、結局、法律で行政の救急搬送する車は使えないとか、そういうことになっていった結果、確かに弱い者とか、利益を追求するためには、やむを得ないと思う人のところにしわ寄せが来るといような構図はもちろん絶対ないわけではないので、それはぜひそういうことがくれぐれもないように、ご検討いただきたいというふうには思います。

非常に現実に民間救急とくくりにしていますけれども、訓練をきちんと受けた人がきちんとやっているものもあるでしょうけれども、そうでないものも、もしあるとすれば、それはやはりゆゆしき事態になりかねないということは、そのとおりだと思います。

○清水代理 今日は代理で参っている、多摩総合の救命の清水でございます。

多摩総合は、コロナの確定の重症患者を実は多数受け入れているんですよね。ラッサで来たのもありますし、民間救急もあるんですけども、もちろん搬送中のある程度のそういう、無塵防護はできているんですけども、ただ、その後、どうしたらいいかがわかっていないんですよね、実は彼らは。

要するに、ストレッチャーを部屋に入れたら、実はストレッチャーのタイヤをまず拭いたりとか、モニターとか、酸素ボンベ、それも実はハイターでばっときれいにしてか

らじゃないと出せないとか、着てきたものをどういうふうに脱ぐかとか、あるいは搬送した車をどうする、あるいは養生についていろいろ覆うんですけども、それをどういうふうに覆うかとかいうのが、完全に全くばらばらなんです。統一されていないというところがございまして、それは端的に言えば知識がないんです。

多摩に来た者に関しては、救命とか、感染症科の医者が主導でこうなさい、こうなさいというふうにやって、ここで脱ぎなさいといって目の前で脱がしたりとか、そういうある意味教育をしながらやっているんですけども、ただ、それは仕方がないと思うんです。

ただ、これは東京だけじゃなくて、ほかの都道府県でも今、搬送が一番問題なんです。単純に言うと、どういうふうにしたらいいかわかっていないというのがあるんで、やっぱり少なくとも東京においては、ある程度の指針ですよ。こういうふうにしませうというような、そのガイドライン的なものをちょっと示してあげたほうが、やっぱりいいのかなというふうには思うんです。

例えば、民間救急の人なのか、N95の下に普通のマスクをしちゃったりして、それで意味のないこと、医学的に間違っていることをしているチームもあるんですよ。

だから、そういう意味で、やっぱり搬送が本当に問題ですし、実際、今、搬送のお願いをしても結構、そのやりとりで3、4時間かかるんです。平日の昼間であれば、保健所は機能していますけども、土日とか夜間になると、全然、事が進まないんですよ。

だから、そういうところに関して、やっぱり搬送というのは本当、今のお話に出ましたけど、非常に今後大事なことです。その辺の多少の、指針みたいなのをつくって、公表してあげるほうが民間救急とか、もろもろいいのかなというふうには現場では感じています。

○島崎会長 ありがとうございます。

コロナ対応が、今、言ったような保健所、それから民間救命士等を含めて、それから東消もかかわってくると思うんですよ、最終的には数が増えてくると。

東消はいいにしても、民間救急の今、言ったような特殊感染症に対する取り扱いのメディカルコントロールになるのかな、教育は早急にやっておく必要があるかもわからないですね。

メディカルコントロール協議会のほうでも、その辺のところを一緒になって考えていただく必要があるんじゃないですかね。

何となく言っても、かなり話を聞いていくと危ういような気もするんで、その辺のところを早急にちょっと考えていただければというように思います。

よろしいでしょうか。

矢沢さんのところも今の話、よろしく取りまとめて、早急に形をつくっておいていただけたらというように思います。

何か質問ありましたら、また後ほどということで、続いて、東京ルールについて、事

務局から説明をお願いします。

○中新井田救急医療担当課長代理 それでは、資料5-1をごらんください。

東京都における救急搬送及び東京ルールの運用状況でございます。資料の右側、令和元年の1月から12月までの実績をまとめてございます。

まず、救急搬送人員ですが、73万1,900人となっております。その二つ下、平均応需率ですが、全時間帯で75.7%、休日・全夜間帯で72.6%でございます。

それから、救急活動時間、出場から医師引継までの時間ですけれども、45分17秒ということで、前年より53秒の短縮となっております。

それから、救急医療機関の状況でございます。救急告示医療機関数は、令和元年10月1日現在で318カ所、それから、指定二次救急医療機関については241カ所となっております。

その下、東京ルールの運用実績でございます。まず、東京ルール事案の発生件数ですが、9,264件ということで、前年より2,163件の増でございます。発生割合は1.27%となっております。

それから、キーワード別分類ということで、上位4項目で要介護者等、整形外科、精神、アルコールの順になっております。このキーワードは、過去5年間ごらんいただくとおり、順位は多少変更はありますけれども、この4項目というところは変わってございません。

それから、1枚おめくりいただきまして、資料5-2でございます。こちらは、ご紹介をさせていただきます。

今、申し上げた救急医療の東京ルールですけれども、平成21年8月から開始しております。昨年10周年を迎えたところでございます。

東京都では、毎年9月に救急の日のイベントを行っているんですが、昨年は基調講演として島崎会長に、それから、特別講演としてプロレスラーの蝶野正洋氏をお招きしまして、それから、シンポジウムで有賀委員とか、横田委員にもパネリストとしてご出席いただいたところでございます。

こちらのほうは、ご報告となります。

以上でございます。

○島崎会長 ありがとうございます。

何かご質問等ございますか。

最終的には、今のところは1.27%ということで、ちょっと増えちゃったんだね。けど、選定困難事案がこれだけに減っているということは、東京ルールが非常にうまく機能しているかなという気がするんですが。

何か質問ございますか。よろしいでしょうか。

それでは、最後に、その他、東消のほうから、2点報告事項があると思いますので、東消のほうから説明お願いいたします。

○江原代理 資料6と7です。既に動いているところですので、簡単にご紹介をさせていただきます。

資料6でございます。多数傷病者発生時の病院端末装置を活用した情報共有等の実施についてという通知でございますが、列車事故とか、大規模な交通事故で多数の傷者が出た場合に、これまでホットラインでありますとか、救急隊の専用番号を使って基本的に電話で患者さんの受入れ可能情報を収集していたというところですが、それをより効率的にするために、全救急病院315施設に設置しているタブレット型の病院端末、これの一斉メール機能を使いまして、情報収集に当たっていきこうと、災害情報の発信と受入れ可能情報の収集に当たっていきこうということでございます。

昨年7月に試行的に訓練をさせていただきまして、非常に効果があったということで、この2月に福祉保健局さんと連名で各医療機関に協力の依頼文を出させていただいたというものでございます。

3枚目に、運用要領の概要というのがございます。詳細は割愛しますが、おおむね傷者が20人以上であったりとか、救急隊が10隊以上出るような災害、こういったときに一斉メール送信機能を使いまして、災害発生を早目に情報提供するとともに、受入れ可能情報の収集のために、3番にあるような何名ぐらい受入れ可能ですよという選択肢をタップしていただいて送信いただくと、その結果を集計して現場のほうにフィードバックして、早期の搬送につなげていくという事業でございます。

4月以降の運用を考えておりまして、医療機関さんの協力を得ながら、訓練もしながら円滑な運用につなげていきたいというものでございます。

続きまして、資料7のほうです。神経剤拮抗薬自動注射器に係る検討についてというものでございます。

サリンと神経剤を使ったテロが起きたときに、できるだけ早くその神経剤の拮抗薬を投与するということが救命のために非常に重要だということで、国の厚労省のほうで検討会を設置しまして、その報告書に基づく見解というのが昨年11月に出されたということです。それが、この資料7の6ページ目になりますかね。

要約すると、一定の条件を満たせば、現場で救出に当たる消防隊員でありますとか、あとは自衛隊の隊員であるとか、そういった職員が、いわゆるホットゾーンの中で要圧防護衣という宇宙服のような服を着て、救出活動に当たる職員がこの自動注射器を使えるというような見解が示されたということでございます。

その条件みたいなものが、ちょっとおめくりいただくと、資料のページだと16ページとなりますが、これが一定の条件と使用判断モデルというものになります。現場の状況、何人ぐらい傷者がいるんだとか、患者さんの症状はどんな症状なんだとか、それから、化学剤の検知器による検知結果がどうなんだというものを総合的に勘案しまして、これが神経剤によるテロだと判断した場合には、この自動注射器を使えるということです。

こういった状況がわかりにくいと、判断に迷うというようなことがありましたら、真ん中の右側に専門家の助言という部分がありますが、こういった専門のドクター等の助言を得ながら、この辺を判断していくというようなものでございます。

こういった国の見解が示されたことを踏まえまして、東京消防庁として、じゃあ、この辺の運用をどうしようかというところで、1枚目にお戻りいただきまして、その検討をするために有賀委員が会長で、東京都のメディカルコントロール協議会というのに専門部会を設置しまして、これも横田委員に座長をお務めいただきまして、東京消防庁としての対応方針をまとめていただいたということでございます。

国の判断モデルに準じまして、ちょっと1枚おめくりいただきますと、次がそのメディカルコントロール協議会の専門部会の報告書の概要になるんですが、例えば1-4、資料7の2枚目の1-4、右側の真ん中ラインですが、専門家の助言ということで、現時点の専門家は、東京DMAT特殊災害チームということで、既に東京にはこういったテロ災害に対応するためのDMAT特殊災害チームがありますので、こういったものを判断に迷ったときの専門家として位置づけましょうでありますとか、こういったご提言をいただいております。

2枚めくって、4ページ目になりますと、これをするための研修のプログラムというのがありますが、これを打つ隊員というのは、既に相当の教育を受けていますので、その辺の教育内容との調整を踏まえまして、この研修のプログラムも策定していただいたということでございます。

この報告書に基づきまして、東京消防庁として4月以降、この研修を進めて6月ぐらいをめどに現場でこういった災害が起きたときに、いち早く自動注射器で拮抗剤を投与できるような体制を構築していきたいというふうに考えております。

非常に雑駁ですが、資料6、7を説明させていただきました。

以上です。

○島崎会長 ありがとうございます。

今の東消のお話に対して、何かご質問等ございますでしょうか。

これは、傷病者と、それから救出する東消の救急隊員とその仲間に打てるわけね、ホットゾーンでは。

○江原代理 そうです。

○島崎会長 患者プラス自己注もできるんでしょう。

○江原代理 隊員自身で。

○島崎会長 隊員自身ね。

○江原代理 ちょっとそれはまた、違う枠組みの考え方になるとは思いますが、ここで言っているのは、あくまで傷病者のほうになります。

○島崎会長 いやいや、実際問題として、打てるわけ。

○江原代理 東消としては、そういう体制も整えております。

○島崎会長 ほかの救急隊員にも打てるわけね。

○江原代理 はい。

○島崎会長 それは大丈夫ですね。

これは、今、ほかの都道府県はどうなっているんでしょう。わからない。

○江原代理 まだ進んでいるというお話は聞いておりません。多分、東京が一番、今の段階では進んでいるのかなというふうには思っております。

○島崎会長 これ、昔からね、言われている内容で、東消が先頭を切ってやっていただければ、救急医療財団へこういう形でやるんだと、救命士のいろんな手技の向上のためのあれを申し入れると、そこでチェックしてオーケーなら、それがそのまま厚労省に上がって、オーケーなら全国に配布されるというシステムがありますよね。救急救命士の業務にかかわる何とか検討委員会とかいうところへ申し込む格好になるんですね。

横田先生のほうに絡んでいらっしゃる、何かありますか。

○坂本委員 いいですか。

救急救命処置の処置範囲拡大については、救急医療財団が厚労省から受託して検討していますけれど、本件に関しては救急救命処置ではなく、救急隊員でもない一般のレスキューの消防職員も実施できるということなので、救急救命処置の枠組みとはかなり違った、どちらかというところ、消防職員で現場で働く人だったら、誰でもやることのできるという取り扱いになっています。

○島崎会長 かなり幅広いな。

○坂本委員 そうですね。だから、自衛隊の隊員も警察官も対象である文書が、厚労省から出てきていますので、恐らくホットゾーンに入っていけるのは、救急救命士とか救急隊員ではなくて、よりレスキュー隊員の方ではないかという想定でやっていると思います。

○島崎会長 はい、わかりました。

ほか、いかがでしょうか。よろしいですか。

一応、こちらで用意しました議題は、以上でございますが、全体を通して何か質問ございますか。

よろしいでしょうか。

じゃあ、事務局のほうにマイクをお返しします。

○行本救急災害医療課長 島崎会長を初め、各委員の方々、活発なご議論をありがとうございました。

本日いただきましたご意見を踏まえまして、今後も都民の皆様が安心できる救急医療体制の充実強化に努めていきたいと考えておりますので、引き続きご指導、ご鞭撻のほどよろしくお願い申し上げます。

最後になりますが、今回をもちまして、島崎会長、有賀委員、南委員、阿真委員、以上4名の方が任期満了となりますので、ご紹介させていただきたいと思っております。



まず、阿真委員につきましては、平成23年から委員にご就任いただき、医療に関するご自身の活動経験をもとに、医療を受ける側の立場からさまざまなご示唆をいただきました。

それでは、阿真委員から一言ご挨拶をお願いいたします。

○阿真委員 すみません、最初から時間がないと聞いていたんですけれども、ちょっとやっぱり先ほどの有賀先生がおっしゃっていたことがちょっと気になっていて、そこが触れずに最後のお話をしたいなと思ったんですけど、やっぱりちょっと触れずにはいられないかなというふうに思っています。

搬送のお話を聞いていて、やっぱり結構不安というか、大丈夫かなというふうに思いました。これから、このままいけばいいんですけれども、このままいかなかったときに、民間の方々にお任せしているだけで本当に大丈夫かなというふうに思ったので、やっぱりそこはこれから確実に増えていくということを想定されていると思うんですけれども、それをもとに何とか安全な搬送ができるように、工夫していただきたいというふうに切に思いました。

すみません、ちょっと話が前後してしまっただけなんですけれども、私が委員を務めて、平成23年からなんで8年だったと思うんですけれども、平成25年のときに医療の啓発のことにに関して、報告書に掲載をしていただいて、これで東京でもかなり啓発が進むなということですごく喜んだことを覚えています。

その平成25年のときに、私は喜んだんですけれども、過去の検討会を見ていて、平成15年のそれはまだ私が委員ではなかったときの報告を見て、そこにも書かれていて、医療の啓発が大事だと書かれていて、10年間、全く動いていなかったんだということをそのとき、平成25年のときにショックを受けたというようなことを今でも覚えています。

今回、任期満了ということで、私はもちろん去るんですけれども、ちょっと私ごとになるんですけれども、私たちの団体がやってきた医療の啓発、医療のかかり方ということを自治体でやってほしいということをずっと言い続けてきました。

今回、厚労省から上手な医療のかかり方という取り組みが始まって、今年の2月にモデル事業があって、そして通知も自治体に対して出るということになったので、団体を4月末で解散するというところまで来ました。

ぜひ、これから市区町村がやっていく母子保健の事業にはなってくるんですけれども、そこに東京都もぜひご協力いただいて、本当に誰でもが上手な、今回、コロナのことで、これだけ医療のかかり方が大事だということが初めてわかったというようなことを市民の方からもすごく言われるようになって、やっとそういう時期がいい意味でも、そういう契機が来たというふうに思っているのです。ぜひそこは東京都さんのほうでも、市区町村が動いてくださるように後押しをしてくださるようなことをしていただきたいなというふうに思います。

以上です。ありがとうございました。

○行本救急災害医療課長 ありがとうございました。

続きまして、南委員でございますが、同じく平成23年から委員にご就任いただき、医療や福祉に関する報道を通して培われた幅広い知見をもとに、専門的なお立場からさまざまなご示唆をいただきました。

それでは、南委員から一言ご挨拶をお願いいたします。

○南委員 すみません、座ったまま失礼いたします。

今日は、大変長いことお世話になりました、ありがとうございますで終わろうと思っていたところ、有賀委員から大変、国民の代表として何か言えと言われてしまいまして、今回のコロナの状況なんかを見ていますと、やはり専門家会議というものがあるんですけども、そういうものの動きとはまた必ずしもそういうところが出す情報に皆さんが本当に従順に従うというよりかは、やはりいろんな情報が物すごくいろいろ出てくるので、それによって不安がかき立てられたりとか、そういうことの私どもメディアは矢面に立っているというか、そういう声が物すごくいろいろと出てくるところに立っているわけです。

先ほどもコロナ対策に対して都がされたことというのが、まとまって出てまいりましたけども、これがどれほど丁寧に都民に伝わっているのかということが、実は非常に重要なことで、しかもそれを受けとめた都民がどのようにそれを読むのか、理解するのかという最終的に情報というのは、それを受けとめた人がどう理解したのかということが重要なわけで、何を伝えたかではなくて、何が伝わったかということが重要なわけです。ですから、これから本当にこのコロナの問題だけでなく、今の神経剤の話にしても、救急医療と一言に言っても、本当にいろんなことがある、天然災害とか、そういう地震とか、そういうことにとどまらない物すごくいろんな場合があって、その都度、対応は同じでないということを考えますと、これ、本当に空恐ろしく大変な会議に今後、この会議が担うものの重さというものを非常に強く感じます。

ぜひ、私の立場としては、やはり一つでも二つでも、きちんとした情報をきちんと伝える情報をきちんと国民に対して出していく、そういう機能もぜひ担っていただきたいなというふうに思っております。

長いことお世話になりました。ありがとうございました。

○行本救急災害医療課長 ありがとうございました。

続きまして、有賀委員でございますが、平成18年から委員にご就任いただき、平成20年、24年、29年の計3回、諸委員会の座長を務められ、東京ルールの制度立ち上げや二次救急の体制強化等にご尽力いただきました。

それでは、有賀委員から一言ご挨拶をお願いいたします。

○有賀委員 言いたいことを結構言っちゃいましたので、今は単純に、長い間、どうもありがとうございました。

もう一言だけというのであれば、東京の医療をこれからも継続的に維持、発展させていくという話は、私は昔から言っていますけど、中小病院、私立の、そこら辺がしっかりやっているとというようなことを真正面からやっていただきたいと。

都立病院が幾ら頑張っても、たかだかできることはこれっぽっちというふうな、そういうふうな感じを持っていますので、ぜひ地域のいわゆる地域包括ケアシステムと、それから救急医療を上手にシンクロさせる話はもう中小病院がどれだけ地域、地域で頑張ってくれるかという話になるんだと思いますので、そこら辺は東京の行政として、ぜひ引き続きよろしくお願ひしたいと思う次第であります。

加えて、私、今、全国の労災病院の取りまとめをしていますが、コロナ騒ぎで各労災病院の病院長がその地域の保健所長といろいろ話をしていて、そういう話がどんどんフィードバックされます。

極めて多彩なバラエティーがあります。つまり、でこぼこ。よくやってくれている保健所があれば、話にならないという、そういう保健所も実はあるんですよ。東京ではございませんが、東京は労災病院は大田区にしかありませんので。

ですから、そういう意味で、今、言った中小病院というか、比較的規模の小さい病院を何とかずっとうまくいけるようにすることと、それから保健所の仕組みがしっかりと根を張っていくと、戦後の日本国を助けたのは保健所だというふうに考えないといけないと思いますので、ぜひこの二つはよろしくお願ひします。

以上です。

○行本救急災害医療課長 ありがとうございます。

最後に、島崎会長でございますけども、平成14年から委員、また同年から会長として専門的の立場から長年、都の救急医療体制の構築にご尽力いただきました。

それでは、島崎会長からご挨拶をお願いいたします。

○島崎会長 平成14年からということで、20年弱やっていたことになります。よくもこれだけ長くやっていたなと思って、今さらちょっとじくじたるものがあるんですけども、私が会長をやっている間に、東京都の救急医療体制がいろいろ新しいことに取り組んで、救対協のほうでやっていただきました。今は亡き小林先生なんか小児の三次救急医療の取り組みを、たしかやっていたと思います。それから、山本先生にも救命センターのあり方とか。あとは有賀先生に救急医療体制のあり方のアドバンスのもととか、それから地域包括ケア、その委員長とかもやっていただきました。それから、東京ルールもやっていただきました。

いろいろ思い出があるんですけども、一つは、やはり東京ルールですね。平成14年に救対協の会長になったときは、たしか選定困難事案が12%だったんです。全国でワースト10のトップから2番目、トップというか、奈良県に次いで東京都が12%と、とんでもない選定困難事案の数ということだったんですが、これではだめだということで、福祉保健局、それから東消等が頑張られて、東京ルールができたのが10年前です

かね。

そのころは、既に12%が6%ぐらいまで下がっていたんですね。今日のお話で、1.2%ということで、ちょうど私が就任した12%から1.2%で本当に10分の1に減って、しかも救急患者の搬送数が増えている中での激減で、非常に東京ルールそのものが東京都民の救急医療の安心・安全の支えになっているなどというのを実感しました。

もう一つは、唯一残ったドクヘリの運用が始まるということで、これは非常に私としてもうれしいなというように思います。

私自身が東京都の救急医療体制の構築にかかわってきたことは、非常に幸せで誇りに思っております。今までつつがなく、この救対協の会長として務められたのは、皆様のおかげだというように思っております。いろいろご協力いただきまして、本当にありがとうございました。

○行本救急災害医療課長 ありがとうございます。

それでは、協議会の閉会に当たりまして、医療政策部長の矢沢より、ご挨拶させていただきます。

○矢沢部長 医療政策部長の矢沢でございます。本日は、開会に遅れまして大変申しわけございませんでした。実は、新型コロナの関係で、今日、特定機能病院の管理者の方にお集まりいただきまして、今後、重傷者をICUなどにどうやって受けていくか、段階的にどうやって拡大していくかといったところのご意見を頂戴しておりました。

その矢先に、今日はPCRのプラスの患者さんが相当多く出たという情報が入りまして、そのことに対処しておりまして遅れたところでございます。

この救対協で今日は新型コロナの話をするつもりはなかったんですが、先ほどの搬送の話も特定機能病院のところでもお話が出まして、厚生労働省の方から総務省の対応なども今後広まっていくというふうに伺っておりますので、私どももそれに従って、正確な、安全な搬送体制ということを所管課と調整しながら進めたいと思っております。

また、今、島崎先生からお話のあったドクターヘリ、また、東京2020オリンピック・パラリンピック大会の延期ということで、ご迷惑をおかけしておりますが、このことについてもかえって1年先になるということで、私ども強固な医療体制をつくって、とても楽しみにしている皆さんのためにいい大会にしたいというふうに改めて決意を固めたところでございますので、引き続きご指導、ご鞭撻いただけますように、よろしく願いいたします。

最後に、今日、島崎会長を初め、有賀先生、南先生、阿真先生におかれましては、長年にわたりまして東京の救急医療体制の構築にご尽力をいただきました。まことにありがとうございました。

私が医療政策課長になったのが、たしか平成23年、そのときの部長があそこにいらっしやいますけれども、そのときから先生方にはずっとお世話になったんだなど、今、改めて感謝の気持ちでいっぱいでございます。

皆様の功績は、先ほど事務局からお話いたしました。ここで改めて4人の委員の先生方に感謝の意を込めまして、拍手をお願いしたいと思います。どうぞよろしく願いいたします。

(拍手)

○矢沢部長 ありがとうございます。今日、ご出席いただきました委員の皆様、誠にありがとうございます。どうぞ今後ともよろしく願いいたします。

○行本救急災害医療課長 それでは、以上をもちまして、本日の会議を終了させていただきます。

本日はどうもありがとうございました。

(午後 6時39分 開会)