

平成29年度  
第1回救急医療対策協議会  
会議録

平成29年7月31日  
東京都福祉保健局

(午後 6時00分 開会)

○八木救急災害医療課長 それでは、本日はお忙しい中、委員の皆様におかれましてはご出席をいただき、まことにありがとうございます。定刻となりましたので、ただいまから平成29年度第1回救急医療対策協議会を開催いたします。

私は、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医療政策部救急災害医療課長の八木と申します。よろしくお願いいたします。

まずは配付資料を確認させていただきます。

本日の配付資料ですが、お手元には資料が1から11まで、参考資料が1から3までございます。資料名のほうにつきましては、一覧に記載してございますので、ご確認いただきまして、落丁等ないように十分気をつけているつもりですが、もし落丁等ございましたら、議事の中でも結構ですので、事務局にお知らせください。

続きまして、委員のご紹介ですが、時間の都合上、配付資料の1、委員名簿の配付にかえさせていただきます、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

東京都社会福祉協議会総務部長の竹内委員でございます。

○竹内委員 竹内です。よろしくお願いいたします。

○八木救急災害医療課長 公益社団法人東京都医師会理事の新井委員でございます。

○新井委員 新井でございます。よろしくお願いいたします。

○八木救急災害医療課長 公益社団法人東京都歯科医師会理事の岡田委員でございます。

○岡田委員 岡田と申します。よろしくお願いいたします。

○八木救急災害医療課長 東京消防庁救急部長の森住委員でございますが、本日は代理として救急部救急医務課長の大木島様にご出席いただいております。

○大木島代理 森住の代理で大木島と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

○八木救急災害医療課長 また、永田委員、南委員、小林委員におかれましては、所用により若干おくられているようでございます。また、橋本委員につきましては、本日、ご欠席の連絡をいただいております。

続きまして、本日、代理出席していただいている委員を紹介させていただきます。

行岡委員の代理で東京医科大学病院救命救急センター長の織田様です。

○織田代理 行岡の代理で参りました東京医大の織田と申します。よろしくお願いいたします。

○八木救急災害医療課長 安田委員の代理として東京防災救急協会救急事業部長の江原様でございます。

○江原代理 安田の代理の江原でございます。よろしくお願いいたします。

○八木救急災害医療課長 今井委員の代理として警視庁交通部交通総務課、石原様でございます。

○石原代理 今井の代理で参りました石原です。よろしくお願いいたします。

○八木救急災害医療課長 近藤委員の代理として多摩総合医療センター救命救急センター

部長の清水様でございます。

○清水代理 近藤の代理で参りました多摩総合救命の清水でございます。よろしくお願いいたします。

○八木救急災害医療課長 また、本日は東京都保健医療計画の関係に向けて救急医療だけでなく、心血管疾患についてもご審議いただきますので、東京都CCU連絡協議会から高山会長にもご出席いただいております。

○高山先生 東京都CCU連絡協議会の高山でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○八木救急災害医療課長 なお、高山委員におかれましては、この後にまた別の会議がございますので、途中で退席する予定となっております。

続きまして、事務局職員を紹介いたします。

医療政策担当部長の矢沢でございます。

○矢沢医療政策担当部長 矢沢でございます。よろしくお願いいたします。

○八木救急災害医療課長 医療政策課長の遠藤でございます。

○遠藤医療政策課長 遠藤でございます。

○八木救急災害医療課長 地域医療担当課長の久村でございます。

○久村地域医療担当課長 久村でございます。よろしくお願いいたします。

○八木救急災害医療課長 医療推進担当課長の宮澤でございます。

○宮澤医療推進担当課長 宮澤でございます。よろしくお願いいたします。

○八木救急災害医療課長 災害医療担当課長の清武でございます。

○清武災害医療担当課長 清武です。どうぞよろしくお願いいたします。

○八木救急災害医療課長 よろしくよろしくお願いいたします。

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、会議録等が公開になっておりますが、委員の発議により出席委員の過半数で議決したときは、会議または会議録等を公開しないことができることとなっております。

本日につきましては、原則どおり公開という形で進めさせていただきますが、よろしいでしょうか、

(異議なし)

○八木救急災害医療課長 ありがとうございます。それでは、公開の取り扱いで進めさせていただきます。

なお、本日の会議はおおむね7時30分までを予定しております。よろしくお願いいたします。

それでは、この後の会議の進行につきましては、島崎会長にお願いいたします。

○島崎会長 ただいま紹介いただきました島崎でございます。座って失礼いたします。

救急搬送件数が全国で600万を超え、東京都にありましては、ついに70万に達し

そうだとおっしゃいます。

国の救急業務のあり方に関する検討会では、救急車の適正利用に関し、消防の行う＃7119の電話相談で救急患者を減らそうとしています。これはまだ30%ぐらいの実施率です。全国的に厚労省サイドで行う小児の＃8000は100%です。＃7119は、今言いましたような30%程度ということで、早く全国展開を図りたいというようなことをごさいます。

そのほか、テロ、災害対策でありますとか、さらには、救急統計をきっちり見直そうということが言われております。これは救急件数の増加に伴い、覚知、現着、病着の時間の延伸が大きな問題になっていきますけれども、例えば、病着に関する時間が他県に比べ東京都はそれほどよくないんです。なぜよくないのということなんですけれども、病院の玄関に入ったときの時間とか、救急の外来で看護師に手渡した時間、あるいは救命士が病院のドクターにハンドオーバーした時間、ばらばらなんです。それだけで数分くらいはもう変わってしまうということで、きっちり定義を決めて救急統計を見直そうということが言われております。

それから、もう一つ重要なのは、救命士の利活用です。これは消防救命士のOBでありますとか、非消防救命士を活用し、救急患者の増加に対応しようとするシステム作りです。消防救命士だけでいっぱい現場で休眠救急救命士をうまく使いたいというようなことです。

以上のような状況で東京都は、今回の議題であります地域包括ケアを含む救急医療の面の中間報告と、これは有賀先生が報告してくださると思いますが、それと高山先生のCCU等の報告事項がごさいます。

今、八木さんのほうからお話がありましたように、7時半には終了したいということでごさいますので、皆様のご協力、よろしくお願いたします。

以上であります。

今回、今申し上げました報告事項が2件、それから審議事項が2件あります。東京都における救急医療の現状等報告事項の1及び2を事務局から説明をお願いただけますか。

○中新井田救急災害医療課救急医療担当 事務局を務めます救急災害医療課救急医療担当の中新井田と申します。どうぞよろしくお願いたします。

初めに、資料3をごらんいただきたいと思います。

東京都における救急搬送及び東京ルールの運用状況となっております。

まず、救急搬送人員ですけれども、この表の右から2行目には平成28年1月から12月までの1年間でごさいますが、救急搬送人員69万1,423件となっており、また一番右側の行は平成28年7月から29年6月までの12カ月で速報値で69万7,572件と増加が続いているところでごさいます。

また、救急医療機関の平均応需率ですが、これは救急隊からの受入要請に対する応需は、全時間帯では75.6%、休日・全夜間帯では72.3%で、ともに上昇してごさ

います。

救急活動時間（出場～医師引継）までの時間が速報値で47分ちょうどと、引き続き短縮してございます。

次に、救急医療機関の状況でございますが、平成29年4月1日現在で救急告示医療機関は320施設、それから、休日・全夜間診療事業に参画する指定二次救急医療機関は242施設となっております。

それから、次に、東京ルールの運用実績でございますが、東京ルール事案発生件数は、直近の12カ月で6,676件で、平成27年と較べて減少してございます。また、東京ルール事案の発生割合は、救急搬送人員全体で0.96%となっており、1%を下回ってございます。

それから、地域救急医療機関センターの数ですが、こちらは最新は7月1日現在になりますが、89施設ございます。

最後に、東京ルール事案キーワード別分類で見ますと、上位4項目は変わりませんが、平成28年では精神が初めて最上位になり、また直近12カ月では要介護者等が最上位で、現在17.6%を占めてございます。

それでは、続きまして、1枚おめくりいただいて、資料4をごらんください。

まず、資料の左側で、転院搬送における救急車利用の適正化についてでございますが、1、現状・課題では、平成28年の転院搬送人員は4万3,665人で、全体の6.3%となっております。

また、平成26年12月に実施した実態調査なんですけれども、低緊急または非緊急が半数を超えており、医療従事者の同乗がなかったものが96.4%でございました。平成28年3月には国通知がございまして、医療機関が緊急業務として行う転院搬送は、原則として救急性や専門医療の必要性などが条件になりますけれども、関係者間で合意形成するように求めています。

このため、2番の転院搬送における救急車利用の適正化に向けた検討というところになります。都は医師会、学識経験者、東京消防庁で構成する検討会を昨年度設置しまして、救急業務としての転院搬送ルールの策定について検討してきたところでございます。

転院搬送の要請に関する要領は、既存のルールをまとめたものでございますが、四つ目の転院搬送依頼書については、新たに作成しまして、搬送依頼をする依頼元の医療機関に転院搬送の要件に合致しているかチェックしてもらい、また、事後の検証につなげていくこととしております。

3番目は今後のスケジュールでございますが、消防法の「救急搬送に関する実施基準」に定め、各医療機関へ周知後、10月以降に運用開始する予定です。

また二つ目の丸ですけれども、いわゆる病院所有の救急車や民間の救急車の活用について、医師や看護師が同乗する場合に、医療機関にその経費の一部を補助する事業を開

始する予定となっております。

それから、資料の右側、吐下血患者の受入体制の強化ですが、先ほどご紹介したとおり、東京ルールの発生割合は全体で1%を切っている中で、吐下血の発生割合は3.8%と比較的高くなってございます。

そこで2の受入体制の強化の考え方にございますように、①地域救急医療センター等が一時受入後に転送を要する、または圏域内での受入れが困難な患者を対象としまして、夜間の緊急内視鏡による診療体制を確保できる受入指定病院を、これは3番目になりますが、区部で1カ所、多摩では輪番で1カ所確保しまして、7月16日の9時から運用を開始したところでございます。

報告事項につきましては以上となります。お願いします。

○島崎会長 ありがとうございます。

ただいまの説明に何かご意見ございますでしょうか。

私のほうからよろしいですか。

3のスケジュールの中で病院の救急車を利用した場合の医療機関への経費の負担というのは、救急車に同乗しているは医師のみですか。

○八木救急災害医療課長 いえ、医師と看護師を想定した事業として今は検討しているところです。

○島崎会長 救命士は。

○八木救急災害医療課長 救命士は現段階では入っておりません。

○島崎会長 そうですか。わかりました。

よろしいでしょうか。

○有賀委員 資料4の右側の吐下血患者の受入体制の7月16日から出発しているようなんですけど、受け入れる仕組みとか、病院とか、これは吐下血センターとは呼ばないんでしょうが、何か呼び名はあるんですか。

○八木救急災害医療課長 現在は受入指定病院というような言い方をしております。

○有賀委員 もうちょっと易しいニックネームみたいな感じで、救命センターじゃないけれど、地域救急医療センターも何となくなじんできたような感じで、吐下血患者の受入指定病院という言い方は、当座はいいんでしょうが、長続きするかどうかというと、名前はいい名前をつけるといいんじゃないかなと、ちょっと思ったんですが。

○八木救急災害医療課長 ありがとうございます。確かに周産期ですと、スーパー総合周産期ですとか、なじみやすいもの、また、長年聞いて、事業のイメージがつくようなものということが浸透するためには必要だと思いますので、検討事項とさせていただければと思います。

○島崎会長 そうですね。継続性というのは非常に重要で、それなりの名前がついて、そういう受入機関がそういう名前ですぐに思い浮かぶというのは、非常に重要だと思います。また考えておいてください。

ありがとうございました。

よろしいでしょうか。

それでは、審議事項に入ってよろしいですね。

では、二つあるんですが、本協議会での議論の趣旨や今後の取り扱いで、事務局から簡単に説明をしていただいた上で、地域包括ケアシステムにおける迅速・適切な救急医療についての審議を始めたいと思います。

まず、事務局から説明をお願いいたします。

○中新井田救急災害医療課救急医療担当 それでは、資料5をごらんください。スケジュールとなっております。

審議事項2件につきまして、救急医療対策協議会での今後の流れを整理したものでございます。

まず、議事の(1)についてですが、前回2月6日の協議会において検討委員会、小委員会の設置を承認いただきまして、小委員会において、4月以降、論点整理や対策の方向性について検討を行いました。本日はこの内容を中間のまとめとしてお諮りするものでございます。

また、今後の小委員会では、具体的な内容についての検討を秋以降進めまして、次回、第2回救急医療対策協議会に最終報告する予定となっております。

それから、議事の(2)保健医療計画の改定についてでございますが、こちらの心血管疾患と救急医療について、本日ご審議いただき、矢印の下のほうに行きますが、8月18日に東京都保健医療計画推進協議会の改定部会、こちらに島崎会長とあとオブザーバーの高山先生にご出席いただきまして、ご報告する予定となっております。

それから、資料を1枚おめくりいただきまして、資料6-1をごらんください。

ここからは議事の(1)地域包括ケアシステムにおける迅速・適切な救急医療についてとなりますが、まず、1の検討対象・位置づけについてですが、平成26年度の実態調査、ワンウィーク調査の際に、65歳以上の高齢者の搬送元実績をお示ししてございますが、①自宅・外出先などからの搬送が約84%で、このうち②在宅療養患者が約5%とございます。在宅療養患者は米印にございますように、通院が困難で自宅等で医療・介護サービスを受けている患者さんというふうにしております。そのほか③高齢者施設、それから④転院搬送となっておりますが、こちらの③、④は別の委員会で検討することとしてございます。

そこで今回の検討委員会は、これまで設置した検討委員会の①と②の部分を検討対象としてございます。

具体的には、その下に四つの丸がございますけれども、傷病で通院しており、かつ、介護サービスを受けている高齢者、傷病で通院しているが、介護サービスを受けていない高齢者、傷病で通院をする必要はないが、介護サービスを受けている高齢者、通院医療、介護サービスをともに受けていない高齢者といった状況を想定して検討することと

しました。

それから、在宅療養患者に対しましては、既存の取り組みや、資料の中に東京都在宅療養推進会議とございますけれども、こういったものにおいてさまざまな検討が行われているところがございますので、在宅療養の既存の取り組みとの整合性を図るように検討するため、在宅の先生にも加わっていただいて検討会を立ち上げました。

それが次の資料となります。資料6-2をごらんください。

2番目が委員名簿となっております。島崎会長と事務局のほうで選任をして、ごらんのとおりとさせていただきますが、救急医療、在宅医療、介護職の方にも加わっていただいております。

それから、資料の右側です。3、検討経過及び今後のスケジュールについてでございます。

4月の第1回検討会で報告しました、下線のところがありますが、高齢者を取り巻く救急医療の現状について、第3回、こちらで中間のまとめをしておりますので、本日も報告をさせていただきます。

それでは、資料7-1をごらんください。

まず、検討委員会で議論する前提となる救急搬送の現状についてですが、1、具合が悪くなった時のところですが、平成18年から平成27年までの10年間の救急搬送人員の推移となります。全体に占める高齢者の搬送割合も年々上昇していきまして、49.9%とありますが、約50%となっております。

それから、2番目の初診時程度別としましては、高齢者は中等症以上の割合が高い一方で、軽症者についても四角に囲ってありますように、約4割程度ございまして、医療関係者の方々に相談できる仕組みというものが求められているのかなと思います。

資料の右側でございます。こちらは平成26年のワンウィーク調査から引用しておりますが、まず、65歳以上の救急搬送時間は、軽症から重症、重篤まで全ての区分で高齢者が長くなってございます。現場滞在時間についても、長くなってございまして、その理由としては救急隊から傷病者の情報収集等に時間がかかるといった理由も挙げられてございます。

それから、下のかかりつけ医療機関への連絡状況でございますけれども、かかりつけから連絡がある場合の救急搬送時間は、連絡なしと比べて1.4分短かったのですが、患者家族等がかかりつけ医療機関に連絡した割合は22.5%となっておりました。

それから、最後に、情報共有ツールの活用についてでございます。

救急医療情報キット等はかかりつけや服薬の状況、持病、キーパーソン等を含めて円滑な情報伝達を目的に、ほぼ全ての区市町村でキットが配布されております。このキットがある場合には、到着から医師引継ぎまでの時間が、ない場合と比べて0.9分短かったとなっておりますが、一つ目の丸にございますように、救急の現場でキット等が活用されたケースは4.2%となっております。



1枚おめくりいただきまして、資料7-2をごらんください。

まず、2の救急医療を受ける時に関する現状ですが、休日・全夜間診療事業の推移として、救急車で搬送された場合の入院数が増加しており、確保病床数に対する入院患者数の割合も年々上昇してございます。

また、二次救急医療機関別の受入状況については、休日・全夜間帯における救急患者が指定二次救急医療機関に集中している一方で、指定二次以外の救急告示医療機関の受入れは、休日・全夜間帯で約80件程度、4日ないし5日で1件程度となっております。

それから、資料の右側、3、救急医療を受けた後についてですが、こちらのデータは高齢者に限ったものではございませんが、救急医療の入院の割合が高い医療機関は在院日数が相対的に長くなってございます。

また、高齢者においては、認知症や独居の場合には在宅療養生活への移行に時間を要するといった意見もいただいております。

それでは、1枚おめくりいただきまして、資料7-3、これはA3版の大きな資料になってございます。これは、この後、続きまして、資料8の中間のまとめの本文を要約したものでございます。

第2の高齢者の救急医療に関する現状・課題のところをごらんください。

高齢者の状態から見て、1、具合が悪くなった時、2、救急医療を受ける時、3、救急医療を受けた後にを時系列でまとめまして、こちらの資料の右側が第3の施策の方向性を時系列に対応した形でまとめてございます。

それでは、第2の現状・課題についてですが、まず、1の具合が悪くなった場合、四つ目までの丸は先ほどご説明させていただいたとおりでございます。また、五つ目の丸のように、独居や老々介護世帯の高齢者は、急な事態に対応し切れないことがございますので、医療につなげるための支援が必要なこと。また、その次の丸ですが、医療を受けていない高齢者は、日ごろからかかりつけ医を持ち、疾病を予防することが重要ということが出ております。

次に、2の救急医療を受ける時でございますが、在宅療養患者や介護サービスを受けている高齢者については、かかりつけ医の訪問看護師、ケアマネジャー等との日常的な連携の中で支援され、身近な医療機関に搬送されることが必要ということ。

一方、3番目の丸ですが、突発・不測な傷病者のうち、地域の医療機関では対応が困難な場合については、中核的な二次救急医療機関が、地域のハブ機能を担う病院となって、一旦受け入れることとし、そのための急性期病床からの患者を円滑に受け入れるための後方ベッドを持った医療機関の確保が必要としております。

現状・課題の最後になります3の救急医療を受けた後でございますが、円滑な転退院に向けて救急医療機関と地域の医療・介護関係者等で情報を共有するなど連携強化が必要としております。

それから、資料の右側、第3、これらの課題に対する施策の方向性についてでございます。

まず、1番です。冒頭ご説明したとおり、高齢者の日ごろの状況によって、こちらの(1)から(3)区別してございますが、(1)医療も介護サービスも受けていない高齢者につきましては、日ごろ元気なうちからかかりつけ医を持つことの大切さや、それから、救急車を呼ぶかどうか迷った際に連絡する#7119、医療機関案内のサービス「ひまわり」といった相談案内サービスの普及など、区市町村や医師会等の取り組みを促進すること。

それから、二つ目の丸で、いざ具合が悪くなったときに必要となる患者情報の把握につきましては、救急医療情報キット等が高齢者に適切に行き渡るように普及率を向上させることや、情報の適宜更新を推進する区市町村を支援していくことが考えられます。

次に、(2)の通院又は介護サービスを受けている高齢者についてですが、こちらの(1)の方向性に似てございますけれども、(2)の高齢者は、日常生活の中でかかりつけ医や訪問看護師、ケアマネジャーといった方々とかかわりのある高齢者ですので、これらの医療・介護関係者の連携において支援を検討していくこと。

最後に、(3)の在宅医療を受けている高齢者についてですが、既に日常的な在宅医療や介護サービスを受けている高齢者ですので、具合が悪くなったときにおける医療・介護関係者の対応力の向上を支援していくこと。それから、具合が悪くなったときに円滑な対応ができるように、情報共有においても在宅のほうで進めておりますICTを活用した情報共有・多職種連携の中に救急医療機関を含めた取り組みを充実させていくことが考えられます。

次に、2の地域に密着した救急患者の受入体制の強化でございます。

(1)医療又は介護サービスを受けている高齢者については、病状の変化等があつて入院が必要となった在宅療養患者の受入れの機能を担う後方支援病床の確保や、医療機関が所有する病院救急車、いわゆる民間救急車を活用した搬送。こちらは葛飾区とか八王子市、町田市で既に行われてございますが、そういった取り組みを進めている区市町村の支援をしております。

また、(2)全ての高齢者については、積極的な救急搬送患者の受入れに取り組んでいます指定二次救急医療機関がさらなる積極的な受入れに取り組む場合の支援や、また、地域に密着した高齢者の円滑な受入れを促進するため、転院先となる病床等の整備・促進、それから、三つ目の丸でございますが、指定二次以外の救急告示につきましても、安定化した後の患者の受入れを促進、こういうところに向けて検討していくこととしております。

最後に、3、在宅療養生活への円滑な移行の促進でございますが、現在、転退院支援の取り組むを行っている入院医療機関に加えま

して、地域の医療・介護関係者に対して、退院支援マニュアルの活用の促進や、研修

内容の充実、また、次の丸にございますように、区市町村をまたぐ高齢者の円滑な在宅療養生活への移行に向けて、関係者間での広域的な連携の推進について検討していく必要があるとございます。

以上、長くなりましたが、施策の方向性についてお話をさせていただきました。

今後、秋以降、この方向性に沿った形で具体的な取り組みや事業案を検討したいと考えています。ただし、これらの施策は幅広くて、全てが来年度にできるものではないので、次の保健医療計画に記載して、今後の6年間の取り組みの指針としていきたいと考えてございます。

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。中間のまとめについての報告でしたが、今おっしゃったように、非常に幅の広いもので、それに対するきめの細かい検討と対応がなされていると思います。

お忙しい中、集中的にご審議いただきました有賀委員長を初め委員の皆様に対して心からお礼を申し上げます。

まず、検討委員会の委員長であります有賀先生に議論の経過とか、あるいは、補足等ご意見ございましたら、よろしく願います。

- 有賀委員 今、事務局がおおむねお話しいただいたので、ある意味、網羅的にご説明を賜っておりますので、いいと言えればいいんですが、ちょっと強弱をつけた形で、少し理解を誘うために。

本件は、地域包括ケアシステムにおける適切な救急医療というふうなことでわかるように、地域包括ケアシステムという要素と、それから適切な救急医療という要素の二つの面で議論をしないといけない。

適切な救急医療という従来からの救急医療の仕組みから見ますと、救急医療を受ける時ですかね、7-3の左の真ん中の辺に「地域のハブ機能を担うことが」というのがありますが、要は非常に活発な救急医療の施設、例えば、多摩総合医療センターの救命救急センター長が、きょう、見えていますが、そのようなところでも、恐らく突発・不測な傷病者のうち、対応が困難な事案については、救命救急センターは勿論、地域の中核的な二次救急医療機関などが、やはり面倒を見ないといけないだろう。これは大学病院も多分そういうようなことになるだろうと思います。そういうようなときに、地域のハブ機能として、救急医療の地域のいわゆるセーフティーネットとしての救急医療というふうな観点で患者さんを受けていただいたとしても、そこから円滑にいわゆる地域密着型の病院に患者さんを円滑に流していかなくちゃいけないだろうと。そういうようなことがあるので、従前からの救急医療の仕組みからすると、地域包括ケアシステムの中で支援されているような、そういうふうな患者さんであっても、行き場がないというような局面にあっては、恐らく、そういう意味でのハブ機能を発揮して、急性期病床から患者さんを円滑に受け入れるような医療機関を周辺で上手に整備していく必要があるんだ

ろうというふうなことがあります。

それから、今度は、地域包括ケアシステムのほうから見ると、確かに突発・不測な傷病者ということで、想定外というべき救急患者もいますが、地域包括ケアシステムに詳しい方たちによると、おおむね8割方はその患者さんの、これからどんなふう調子が悪くなるのかというのが分かると言います。つまり、飛行機が着陸するときの景色というふうな感じで、大体わかるんだそうですが、そうじゃないような2割方に関しては、今の話で言えば突発・不足な傷病者となる。そういうふうな観点でいくと、地域包括ケアシステムの中で生活を支援されているという延長線上で、いわゆる救急医療のような形で患者が運ばれるようなことがあると。

ですから、そういうような意味では、確かに東京消防庁に一肌脱いでもらっているのかもしれないけれども、東京消防庁は今も言った多摩の救命救急センターへ連れていくのではなくて、地域のしかるべき施設に運ぶような、そういうふうなことをしていかなくちゃいけない。それは日ごろからの地域包括ケアシステムというふうな切り口でいいわけですが、さまざまな施設が、場合によってはそのようなときのために一肌脱ぐというふうな仕組みをつくっていかないといけない。このようなことであります。

これはもうとりもなおさず、地域包括ケアシステムそのものの強化というか、充実というか、お年寄りの人たちが、いわば災害弱者にもなりますので、こういう言い方をしているかどうかは知りませんが、災害に強い地域包括ケアシステムといってもいいんでしょうか。そういう意味での地域包括ケアシステムそのものの充実が救急医療のことと同時進行でなされといけない。これが二つ目です。

三つ目は、これは資料7-3にあります。地域に密着した救急患者の受入体制の強化ということで、要するに、葛飾や町田や八王子で行われているような病院の救急車を利用した形で患者さんを運ぶと。右側の2の(1)の丸のところですね。後方支援病床の確保の次にありますところの医療機関が所有する患者搬送車や患者等搬送事業者を活用して、地域に密着した医療機関へ搬送していくと。地域へ密着した医療機関へ搬送するという事は、その瞬間から、また地域に戻る、そういうふうな作業が早速開始できるというようなことでもありますので、これが非常に大事だということでございます。

事務局が網羅的に説明していただきましたので、ちょっと強弱をつけて理解を誘うために少し付録として発言しました。

以上です。

○島崎会長 ありがとうございます。

わかりやすく簡単な説明をしていただきましたけれども、全体で、今、事務局、有賀先生のお話をお聞きになって、何かご意見等、ご質問ございますでしょうか。

地域にとっては非常に重要な問題で、地域包括ケアシステムの主要部分は恐らく救急医療システムを中心としたものになると思うんですけれども、住民にとって安心・安全の要みたいなものだと思います。いかがでしょうか。

東京都はこういう事柄にかけて、現在、先進的に国のトップを走って、いろいろと対応を考えてくださっていると思います。

私のほうから一つ質問させていただきたいんですけれども、資料6-1に書いている地域包括ケアの検討状況の対象が主に高齢者ということになっているんですよね。この検討対象の下に丸が四つございますが、これこれこれこれと云々している高齢者、高齢者、高齢者、高齢者となっているんですが、高齢者以外はどうするんですか。65歳以下ですよね。

○八木救急災害医療課長 そちらにつきましては、従来通りの救急のシステムの中で、そういう65歳以下の方については、きっと突発・不測の事故や病気が多いかと思しますので、現在の救急医療体制の中で対応のほうをしていくことだというふうに考えております。

○島崎会長 いや、例えば介護サービスを受けている65歳以下の方は、地域包括ケアのこのシステムの中には入ってこないという事でしょうか。

○有賀委員 地域包括ケアシステムそのものの概念としては、高齢者が多くなってきたんで、高齢者に話に勢い特化しがちですが、基本的には障害を持っておられる方たちを含めて、地域で支え合わなきゃいけないような方たちを全部包括しているはずですよね。

ですから、そういうふうな観点でやっていく。ただ、今、八木課長が言われたみたいに、ご自宅で看ている子供さんたちにしても、それから場合によっては透析を受けている方にしても、従来からのいろんな仕組みがあるので、それらの仕組みを上手にこれに合わせていくというふうな意図でご発言になっているはずですよね、いいですよね。ということですよ。

○島崎会長 今、有賀先生おっしゃったようなことを一言入れておいていただいたほうがよろしいのではないのでしょうか。よろしく願いいたします。

ほか、いかがでしょうか。

はい、どうぞ。

○宮崎委員 これから、さっきのお話ですと救急車の搬送で高齢者がどんどん増加しているということで、東京ルールにおいても高齢者が一番、今、第一位を占めると言われている。こういうことを考えると、包括ケアシステムを充実させるしかないと思うんですけれども。

私、今、中央区で会議をしているんですけども、中央区の場合では在宅患者さんの受け入れをするために、中央区で補助金を出してくれているんですよ。ベッド3床確保という東京都でもやっているようなあれで、そのかわり入院を受入れた場合は、2週間は差額代とか、そういうのは取ってはいけないと。2週間たつと大体だんだんよくなって退院できる方向に持っていけると思うんですけど。

そういうことで、補助金が出ていて、そういうようなシステムを中央区以外の他区もやっているところはあると思うんですけども、全体的に東京都の中でやっていけばいい

んじゃないかと、私、思いますけれども。

○島崎会長 はい、どうぞ。

○久村地域医療担当課長 東京都は今、いわゆる在宅療養患者さんを支える区市町村さんの取り組みを支援させていただいておまして、例えば在宅療養環境整備支援事業ですとか、区市町村在宅療養推進事業ということで、東京都のほう区市町村さんに補助を出させていただいて、区市町村さんのほうで、今お話のありました後方診療所の確保事業でございますとか、あるいは相談窓口を設置する在宅療養支援窓口の設置、そういった東京都が区市町村さんに補助をして、そして区市町村さんがそれぞれ補助していただくというふうな流れで、全区市町村さん対象に東京都補助事業を行っております。

○島崎会長 宮崎先生の中央区以外も、じゃあ、全区市町村がそういうシステムになっているの、今は。

○久村地域医療担当課長 そうですね。それで、例えば後方支援病床について言うなら、取り組んでいらっしゃる区市町村さんは中央区さんも含めまして、昨年度で16区市町村さんが後方支援病床確保の取り組みをやっていたらっしゃいました。

それと、あと、先ほど言っていました病院救急車、町田、八王子、葛飾、こちらも東京都の補助を使って実施していただいているところでございます。

○島崎会長 それは、東京都が補助金を出して、東京全都下を含めて出して、それのお金を使って、今やっているのが16地区なの。

○久村地域医療担当課長 そうですね。

○島崎会長 それ、出していて使っていない、やっていないのはどうして。

○久村地域医療担当課長 基本的にいろんなメニューがございまして、それは区市町村さんのほうで手挙げをしていただいで使っていただきますので、その重複した後方支援病床の事業として手を挙げていただいているということです。

○島崎会長 はい、わかりました。

ほか、いかがでしょうか。これ、手挙げというか、全部にやっていただけるのが一番早いですかね。

よろしゅうございますか。もし、時間がありましたら、また後ほどでも、きょうの恐らく審議の肝になるかと思しますので、ご意見ございましたら、後ほどでも結構でございます。

この中間のまとめの案の議論を有賀先生には引き続き、最終報告に向けて検討のほう、よろしく、委員の方々も含めて、よろしく願いいたしたいと思ひます。

続きまして、審議事項の(2)東京都保健医療計画の改定についての審議を行いたいと思ひます。

本日は、救急医療に加え、心血管疾患についても議論いただきたいと思ひております。

まずは、東京都保健医療計画の改定についての事務局、その後、心疾患のCCUのほうを高山先生ということで、よろしく願いいたします。

じゃあ、事務局、お願いします。

○中新井田救急災害医療課救急医療担当 それでは、資料9-1をごらんください。こちら、東京都保健医療計画についてとなっております。東京都は、資料にございますように、都の医療圏一次、二次、三次の保健医療圏を設定してございますが、救急医療に関しては、入院医療を必要としない救急患者さんに対する医療は、区市町村を中心に取り組みを推進しております。

また、入院治療を必要とする救急医療の取り組みとして、東京ルールなどございますが、こちらは二次保健医療圏を基本として、医療構築を進めております。

また、二次救急医療機関では対応できない重篤な救急患者の医療は、三次救急としてございます。ただし、開放性骨折とか、精神身体合併症、吐下血などの特殊な診療を必要とする患者さんについては、圏域内での受け入れを原則としておりますが、東京ルール事案で圏域内の受け入れが困難な患者につきましては、二次医療圏にかかわらず受入体制を整備するなど、柔軟に対応していくところでございます。

続きまして、資料9-2をごらんください。こちらが、東京都保健医療計画の改定についてでございます。

まず、計画の性質ですが、東京都の保健医療に関し、基本的かつ総合的な計画としており、計画期間は、平成30年度からの6年間となっております。

現行の保健医療計画は、平成25年から5年間でしたが、平成30年度は3年ごとに改定する介護保険医療計画の開始年でもございまして、医療機能の分化・連携と地域包括ケアシステムの構築を一体的に推進するため、6年間に変更してございます。

右が改定の要旨でございますが、保健医療計画と昨年、28年7月に策定した地域医療構想を一体化させて、地域医療構想に掲げたグランドデザインの達成に向け、それぞれの取り組みを具現化することとしております。

スケジュールについては、表が少しふえましたけれども、上から四つ、各疾病・事業の協議会において、ご意見をいただき、つまり救急医療と心血管疾患については、本日のご意見を踏まえまして、上から3段目の改定部会に報告し、最終的には医療審議会での諮問・答申を踏まえまして、公表するスケジュールとなっております。

それから、1枚おめくりいただきまして、資料9-3をごらんください。資料9-2でお話ししたとおり、保健医療計画と地域医療構想を一体化させて策定するため、こちらの資料を使って簡単にご説明します。

資料左側の東京都地域医療構想では、構想区域ごとに算定された病床数や医療の必要量を算出し、2にございます四つの基本目標とあるべき医療提供体制の実現に向けた取組などを示してございます。

例えば、救急医療については、基本目標のⅡの①にあります。ここでは高齢化を踏まえ限られた資源を有効に活用して、救急患者を適切な医療に確実かつ迅速につなげる取組の推進などを掲げてございます。

その内容は、矢印にございますように、保健医療計画の第4節の心血管疾患や救急医療に盛り込む予定となっております。

簡単ではございますが、事務局からは以上でございます。

○島崎会長 今、東京都保健医療計画の改定の説明ですが、全体的な議論は別の協議会で行われるそうですので、本協議会では心血管疾患と救急医療について、委員の皆様にご意見を伺いたいと思っております。

まず、心血管疾患について、事務局から説明、お願いいたします。

○有村救急災害医療課救急医療調整担当 心血管疾患について、説明させていただきます。救急災害医療課救急医療調整担当の有村と申します。よろしくお願いいたします。

それでは、まず、現行の保健医療計画に定める5疾病の一つであります、急性心筋梗塞ですが、医療法施行規則の改正により、心筋梗塞等の心血管疾患に改正されることになっておりまして、国の指針におきましては、心血管疾患の代表的な疾患として急性心筋梗塞及び慢性心不全が取り上げられております。

それでは、資料10-1をごらんください。現状（これまでの取組）、課題についてです。

急性心筋梗塞及びそれを含む虚血性心疾患の年齢調整死亡率につきましては、調査の回を踏まえるごとに下がってきておりますが、心疾患は都における死因の2位を占める状況は変わっておりません。

右側の課題に目を移していただきまして、心血管疾患は、今後の高齢化に伴い、患者の増加が予想されますので、発症予防のための生活習慣の改善などに係る普及啓発が一層重要と考えております。

続いて、病院前救護に関しまして、都内における心臓機能停止傷病者の搬送人員は、近年1万3,000人前後で推移しております。

応急手当の普及啓発に係る受講者の増加や、AEDの設置登録数の増加を踏まえまして、心臓機能停止傷病者に対するバイスタンダーによる応急手当実施率は、伸びていますが、27年で約3割、全国平均は48.1%と、都は全国よりも低い状況ですので、今後もさらなる普及啓発が必要と考えております。

また、AEDを使用しやすい環境づくりにつきましても、一層の取り組みが必要と認識しております。

急性期の取り組みといたしましては、心疾患患者を一刻も早く発症場所から搬送し、早期の専門的治療を行うことを可能とするため、東京都CCUネットワーク及び急性大動脈スーパーネットワークを構築し、診療体制を整備してまいりました。

こちらにつきましては、引き続き体制を維持した上で、集積された症例の分析を進め、疾患の研究などに努めるほか、提供される医療の質の一層の向上を図ることが必要と考えております。

続いて、回復期再発予防は、今回、都の保健医療計画としては新たに追加する内容に



なります。

参考として記載いたしましたのは、国の検討会資料におけるデータですが、急性心筋梗塞にかかるリハビリの実施率の低さや、慢性心不全患者の再入院率の高さが指摘されております。

まずは、こういった急性期以後の患者の実態につきまして、都内の状況を把握した上で在宅復帰に向けた継続的な治療の実施体制について検討が必要と考えております。

以上の現状と課題を踏まえました今後の方向性につきまして、5項目設定しております。それぞれ発症予防、病院前救護、急性期、回復期・再発予防の各段階に対応させております。

詳細につきましては、ページをおめくりいただきまして、資料10-2をごらんください。先ほどの、今後の方向性を踏まえました取組の1から5を記載しております。

まず、発症予防に係る取組です。急性心筋梗塞等の予防において、生活習慣の改善や高血圧を初めとする危険因子を減らすことが有効であることにつきまして、普及啓発を図ってまいります。また、歯周病と心筋梗塞などの関連性につきましても、あわせて普及啓発を行います。

取組2は、応急手当の普及推進です。都民がAEDを使用しやすい環境づくりといたしまして、AEDの設置場所が把握できるよう、設置者に対してAEDマップへの登録を働きかけるとともに、例えば時間帯による制限を受けないような利用しやすい箇所への設置を促進してまいります。

また、都民や患者・家族に対する講習会の実施につきましても、引き続き取り組んでまいります。

次に、取組3は、急性期の治療についてです。こちらは、これまでに築いてまいりましたCCUネットワーク及び急性大動脈スーパーネットワークを維持するとともに、レベルアップを図ってまいります。

ページをおめくりいただきまして、取組4が、早期退院と社会復帰を促進するための取組になります。患者が早くからリハビリテーションを受けられるための体制づくり、さらにその後の在宅復帰につながる継続的な治療実施のための体制づくりと、患者教育のあり方を検討してまいります。

最後に、取組5は、再発予防になります。疾患の再発予防に向けた多職種が連携した支援のあり方を検討するとともに、慢性心不全の増悪防止及び早期の気づきを促すための普及啓発を行ってまいります。

取組の概要は、以上でございます。

次のページ、資料10-3には、取組とあわせて保健医療計画において設定することが想定される指標を記載しております。

この指標につきましては、今後、ほかの事業との整合性も図りながら、調整してまいりますので、恐れながら決定を会長と事務局に一任していただければと思っております。

続く資料10-4から10-8までは、関連するデータになりますので、参考まで、ごらんください。

私からの説明は、以上になります。

○島崎会長 はい、ありがとうございました。

本日は、東京都CCU連絡協議会の高山先生に来ていただいておりますので、最初にご意見等、よろしく願いいたします。

○高山先生 CCU連絡協議会の高山でございます。発言の機会をいただきまして、ありがとうございます。現在の問題点を、非常によくおまとめいただいているというふうに私は判断しております。特にその中で申し上げますのは、急性心筋梗塞に関して、特に急性期の死亡率が減少してきていることです。これは日本全国そのような方向にあります。東京都に関しては、東京全体の集計を毎年行っておりますので、正確な登録データを全国的にも示すことができます。

その中で、急性心筋梗塞は今後、やはりさらに死亡数、死亡率とも、減少していくと考えられます。しかし、これから先10年、20年を考えると、次にやはり一番大きな問題が急性心不全であると考えられます。急性心不全についてですが、年間1万8,000人がCCUネットワーク72施設に急性心疾患として収容されます。死亡数は、最多が急性心不全になっています。患者数が年間6,800例でございます。そして、死亡率は急性心筋梗塞より少し高い率で、年間7%近くの死亡率です。

この死亡者の大半が、平均年齢80歳を超えるご高齢の方であります。こういった患者さんを今後どのようにケアしていくかということが、医療経済を考えても一番問題であり、取り組むべきところと考え私どもも協議を続けています。

現在、東京都CCUネットワークは、東京都福祉保健局、東京都医師会、そして東京消防庁により非常に大きなご協力をいただき、包括的に東京全体をカバーできるようになってきております。2015年には、急性心筋梗塞については、急性期病院に入院する患者さんの92%の集計データを得ておりまして、かなり正確な数値を出せていると考えています。

この組織が基盤になって、急性心不全、また慢性心不全の急性増悪の多数を含みます。慢性心不全は再発をするごとに病態が悪化していき、何回目かで死亡に至るとというのが、基本的な考え方です。それをどのように急な死亡に至らずにゆっくり看取れるようにする、そして効率的な医療の中で行うかというのが、私どもCCU連絡協議会の加盟施設が心不全治療施設として基盤になり東京都全体に集中して次の主要な力を注ぐべきと考えています。

以上です。

○島崎会長 はい、ありがとうございました。

ただいま、事務局と、それと高山先生のお話ありがとうございました。ご意見、ご質問等ございましたら、どうぞ。いかがでしょうか。

10-1の4番の再発予防のところも、ちょっとお触れになりましたけど、慢性心不全の患者の一番下ですね、4の、慢性心不全患者の約20～40%は1年以内に再入院ということで、これはかなり驚いたといえは驚いたんですけども、再発予防というのは非常に重要だと思うんですけど、その辺、何か考えておられるんでしょうか。

○高山先生 これは、やはり3点あると思います。第1は、市民、都民、患者への教育です。今まで心不全を起こしていない人にいかに心不全の兆候を早く見つけるか、あるいは自分で気がついてくれるかを教育する必要があります。キャンペーンなり、教育機会を設けることが非常に重要と考えます。

普段から例えば「むくみ」がある人はお年寄りも多くいらっしゃいますが、「むくみ」が全て心不全ではありません。「むくみ」があり仰向けに平らに寝ると息苦しいという場合は、肺が浮腫を起こし、うっ血を起こしている症状です。医療機関ではこれを患者さんに教育して、早い段階からかかりつけ医に相談してもらい、そんな市民教育が必要です。

第2が、かかりつけ医の現地医家の先生方に、これに対応して患者さんや家族に気がついていただいて、早期に積極的に治療していくことが考えられます。

そして、第3が、救急搬送を要するような重症になった場合に、効率的にこのCCUネットワークの組織を中心に、効率的に緊急入院して2-3日のハイケア治療と続く1-2週間の心臓リハビリを含む治療で、早期に在宅に戻し在宅医に委ねる。この3点が必要な3ポイントなのではと考えております。

○島崎会長 はい、ありがとうございます。今、おっしゃったような3つをぜひとも進めていただいて、医療の無駄をなくすようにしていただければというように思いますけど。よろしゅうございますか。

では、ウの救急医療について、説明をお願いいたします。

○中新井田救急災害医療課救急医療担当 資料11-1、救急医療をごらんください。

まず、資料の左側の現状については、これまでお話しさせていただいたとおり、救急搬送患者が年々増加しているが、そのうち、半数以上が軽症であること、また、これは高齢者に限らず全世代で申し上げているんですが。また、転院搬送件数は、全体の6.3%となっております。

これまでの取組のところでは、救急搬送患者の受入努力を評価する休日、全夜間診療事業の見直しや地域の救急医療機関が連携して救急患者を受け入れるための東京ルールの推進。

それから、圏域内での受け入れに時間を要する場合の対応として、開放性骨折等の二次医療圏にとらわれないような受入体制の強化など柔軟な体制をしいていくことを推進しております。

これらの取組により、救急隊からの受入要請に対する救急医療機関の応需率は75.6%まで上昇し、救急搬送時間は短縮してございます。

また、東京ルール事案の発生割合も先ほど申し上げたとおり減少して、圏域内での受入率は86.2%まで上昇してございます。

一方、資料右側にある課題としては、一つ目は高齢者の生活や症状に応じた救急医療体制の整備がございまして、これについては、先ほどの議事で報告したとおりでございます。

それから、二つ目、救急患者の円滑な受入れでございますけれども、こちらの救急医療機関による更なる受入れが始められますが、救急医療機関が救急搬送患者を受けられない理由として、約4割が手術中、または他患者対応中となっております。

また、指定二次以外の救急医療機関が都内には80カ所ございましてけれども、その4割は年間の受入れが50件以下というふうになっております。

開放性骨折等の特殊疾患については、既に取組が行われておりますが、速やかな受入れが二次保健医療圏にかかわらず円滑な運用が必要であること。

また、救命救急センターによる重症患者の更なる円滑な受入れには、症例や時間帯別の現状についての検証が必要でございます。

最後に、3番目の救急車の適正利用の推進についてですが、限られた搬送資源となっております救急車の適正利用につきましては、搬送利用における軽症者割合が5割を超えている状況となっておりますので、都民の方々に対する一層の周知が必要なこと。

また、医療機関からの転院搬送においても、緊急性などが条件になりますが、適正利用を一層推進していくことが必要としております。

1枚おめぐりいただきまして、資料11-1で、これらをつけてまして今後の方向性として3項目設けておりますが、その具体的な内容が資料11-2、11-3と続いております。

まず、資料11-2をごらんいただきたいと思っております。取組1ですね、この部分につきましては、審議事項の(1)の部分になりますので、引き続き議論を重ねまして、保健医療計画に反映させていきたいと考えております。

それから、資料11-3をごらんいただきたいと思っております。こちら、取組の2です。

まず、2の1として、三次救急については、救命救急センターが現在、26カ所ございましてけれども、基本的な機能を確保しつつ、それぞれの特長を生かした連携体制の強化を図ることなどとしております。

それから、2番の二次救急医療についてですが、これまでご議論いただいたもののほか、例えば四つ目の丸ですね、開放性骨折などの特殊な診療を必要とする患者、または精神疾患のある救急患者への対応の強化に関する取り組みについて記載していきます。

最後に、取組の3、救急車の適正利用の推進についてですが、相談機関の普及啓発や利用促進を図り、都民の方々へ周知すること、また、医療機関による転院搬送においても適正利用の周知を進めていくとともに、いわゆる病院救急車や民間救急車の活用促進をしていくことを掲げております。

資料 1 1 - 4 については、想定される指標とありますが、こちらの取り扱いにつきましては、先ほど心疾患で申し上げたとおりとなっております。

事務局からは以上となります。

○島崎会長 はい、ありがとうございました。

いかがでしょうか。ご質問、ご意見、何なりと。

では、私のほうから一つ、資料 1 1 - 1 の救命センターの收容可能回答率がふえたということで、一つは、收容可能回答率というのは、どういう意味、收容した患者が何%というのとは違うんですよね。

○中新井田救急災害医療課救急医療担当 收容可能回答率については、東京消防庁のほうから受入要請があつて、それに対してマルかバツかということで回答する、その要請を分母にしてマルと回答した率となります。

○島崎会長 要請があつて、何%受け入れたかという数字じゃないわけ。

○八木救急災害医療課長 そうですね、救命案件だと並行選定で幾つかの医療機関にまとめてというか、並行して受入要請をすることがあつて、それが三つ要請して、三つが間に合っても患者が行くのは 1 カ所ですので、回答率はマルと答えた数となります。

○島崎会長 マルと答えたところは、全て要請されているわけね。

○八木救急災害医療課長 はい、要請されたうち、マルと回答した医療機関は、要請値として分子のほうにカウントされます。そのうち、実際患者を受け入れるのは、1 医療機関ということになるかと思います。

○島崎会長 しつこいようだけど、例えば全国の救命センターは受入率を出しているわけです。その数字とは、違うのですか。

○有賀委員 どこどこ救命センターは、1 0 0 回お願いしたら何回受けたかというデータでしょう。

○島崎会長 普通そうですね。

○有賀委員 何が普通かわかりませんが、1 0 0 回お願いして何回受けたかという数と、それから 1 0 0 回お願いしたうち何件行ったかというのは、また別の話ですよ。

○八木救急災害医療課長 はい、そのとおりです。

○有賀委員 だから、今、言ったのは 1 0 0 回お願いしたときに、いいよと言ってくれたのはどれぐらいかという話で、どのぐらい行ったかどうかという話じゃないんですよ。

○島崎会長 そうすると、この数字のほうが、実際には高いわけか。

○八木救急災害医療課長 そのとおりです。

○島崎会長 そうすると、実態としては悪いといえど何だけど、数字としては受け入れた数で言うと悪くなっちゃうの。

○八木救急災害医療課長 確かにマルと言った以上に受け入れがあるかどうかです。

○島崎会長 そうだね。

○八木救急災害医療課長 はい。

○島崎会長 大都市、特に東京都とか、その周辺府県なんかは1センターが受け入れなくても、最終的には短時間で違う救命センターへ行けるわけですよ、10分位でね。ところが、地方へ行くとほとんど救命センターの受入率というのは100%近いわけ。

大都市とその周辺の救命センターというのは、やっぱり地方の救命センターより、かなり悪いんですけども、その辺が単純に数字だけがひとり歩きすると、えらい実態とかけ離れた、三次の重症救急患者は最終的にはきっちり大都市、その周辺は逆に断らざるを得ないときは断っているんです。

それをどこかへ書いておかれたほうがいいんじゃないですかね。報告書の中でも。

○八木救急災害医療課長 受入計画では、そのあたり、都民の方に誤解、不安を与えないような形で工夫して記載したいと思います。

○島崎会長 数字だけ見られて、誤解されると実態とかけ離れた重症救急患者受け入れの誤解になると思いますので、よろしくお願いします。

ほか、いかがでしょうか。

猪口先生。

○猪口委員 取組の3のところ、いろいろ既にたくさん出ているところですけども、病院救急車の話なんですけど、活用を促進するというくくりになっているんですけど、今、病院救急車を利用して高齢者の搬送をいろんな地域にお願いするんですけど、区市町村単位で行っていると、病院救急車が1台しかない、もしくはないというようなことで、先に進まないんですよ。非常にいい方法なんだけどと言ってはいただけるんですけど。

そうすると、やっぱり病院、病院に非常に負荷がかかり過ぎまして、なかなか難しいんで、これは促進するためには病院救急車そのものの保有台数をふやしていかないといけないんで、とりようによっては読めないこともないんですけども、活用を促進するのは、現状を効率的に行うように見えてしまいますので、それにしか見えないと言えれば見えないんで、もうちょっと保有台数をふやすようなところに目を向けていただくと、もっと広がるように思います。

○島崎会長 はい、ということですので、事務局、よろしく願いいたします。

何かございますか、八木さんのほう。

○八木救急災害医療課長 現段階、病院救急車を保有している病院という具体的な検討という、東京都の中では、まだ十分に行われていないところがあるんですけども、ご意見として承らせていただきたいと思います。

○島崎会長 病院任せにせず、都もそれなりにサポートしてくださいということだと思います。

ほか、いかがでしょうか。よろしゅうございますか。

本日、ご審議いただきました救急医療等の保健医療計画の改定については、私のご意見等ありましたものに関してはお預かりいたしまして、8月18日に行われます、東京都保健医療計画推進協議会改定部会というのがございますが、そこで報告をいたしたい

と思っておりますが、よろしゅうございますでしょうか。

はい、有賀先生どうぞ。

○有賀委員 さっきちょっと言いそびれちゃったんですけど、救命救急センターが受けるとか、受けないとか、何%だとか、いろいろありますが、東京消防庁から見ると、三次選定をした、または三次の救命センターに連れていきたいというふうなリクエストがあった、どこかの病院から。三次選定というふうにした患者さんで、三次救急に行けなかったというような症例はあるんですか。多分、ないんじゃないかなと思うんですけど。

○大木島代理 そういった意味で、希望どおりにいかなかった例は現状ではないと思います。

○有賀委員 ですので、100分の100オーケーというふうなことを東京消防庁側からもデータとして入れ込んでいただくと、何が何%であったとしても、救命センターについては東京都ではいいあんばいよねという安心の元になるんじゃないかなと思って、どう言おうかなと思って、時間があつたので言いました。以上です。

○島崎会長 いかがですか。東消さん。

○大木島代理 今、おっしゃっていただいたとおりでと思います。ただ、収容先の医療機関の分類だけで見ると、結果的に三次を希望したんだけど、ドクターの助言なんかがあつて、二次に行くというパターンもありますので、必要に応じた医療は受けられるような医療機関がいいという言い方ができると思います。

○島崎会長 もし誤解を招く恐れのあるような数字であれば、きっちりと、注をつけてね、今、有賀先生おっしゃったように実態としてはきっちりやっているんですよというのを実感として、都民の方もわかっておられると思うんですけども、よろしく願いいたします。

ありがとうございました。

今の話とは別に、私のほうでお預かりして、改定部会のほうで報告するというところで、よろしゅうございますか。

(「はい」の声あり)

○島崎会長 では、そのようにさせていただきます。

全体を通して、何かございますでしょうか。

珍しく、本日は平穩無事といたしますか、ご意見もなくして無事に終了いたしました、よろしゅうございますか。

どうぞ、山下さん。

○山下委員 救急医療の取組概要のところ、取組3、救急車の適正利用の推進ということになっておりますけど、大変、救急車の適正利用については大事なことだと思いますが、都民に周知するようになっていきますけれども、どういう方法で、何か今はされているのでしょうか。

○島崎会長 事務局、よろしく……、東消の大木島さん。

○大木島代理 今でもキャンペーンを張ったり、あと、ホームページなり、各ポスターを  
いろんなどころにお願いして、アピールという意味でやっています。そのアピールする  
中身の施策については、今、#7119 救急相談センターを、非常に強力にやっていま  
すけど、それだけではなくて、今お話しいただいた転院搬送の件にしてもそうですし、  
そういったことで施策をより多くいただいた、アピールの仕方としては、さまざまな広  
報媒体を使ってやっているというところが、今のところの現状でございます。

○山下委員 各区の広報誌なんかに出してもらっているんですか。

○大木島代理 そちらのほうについても、各区市町村にはお願いをして、折り込むパンフ  
レットなんかも配っていますし、区市町村が独自に使う広報誌の中にも、この#711  
9ですとか、その他の施策についてご説明をして、やっていただける範囲のスペースを  
使って取り組んでいただいているところでございます。

○山下委員 ありがとうございます。

○島崎会長 よろしゅうございますか。

ほか、いかがでしょう。よろしいですか。

(「はい」の声あり)

○島崎会長 では、以上をもちまして、本日の報告・審議事項を終了いたしたいと思いま  
す。

事務局、最後によりしくお願いいたします。

○八木救急災害医療課長 本日は、多くの報告事項、審議事項がございましたが、さまざ  
まなご意見をいただきまして、まことにありがとうございます。

本日のご意見を踏まえまして、島崎会長と保健医療計画の推進協議会の改定部会にお  
いて、またさまざまご意見いただいたものを計画の中に反映をさせていただきたいと思  
います。

委員の皆様におかれましては、引き続きご指導、ご鞭撻のほど、よりしくお願いいた  
します。

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。

どうも本日はありがとうございます。

○島崎会長 皆様、お疲れさまでございました。ありがとうございます。

(午後 7時24分 閉会)