

平成30年度
第2回救急医療対策協議会
会議録

平成30年12月27日
東京都福祉保健局

(午後 7時00分 開会)

○行本救急災害医療課長 定刻となりましたので、ただいまから平成30年度第2回救急医療対策協議会を開催させていただきます。

本日はお忙しい中、ご出席をいただき、誠にありがとうございます。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。よろしく願いいたします。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すが、次第に記載されているとおりでございます。事務局で確認しておりますが、万一不足がある場合は議事の途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。時間の都合上、資料1-1、委員名簿の配布にかえさせていただきます。

なお、5月の協議会以降に新たに警視庁交通部交通総務課長の谷井委員にご就任いただきました。本日は谷井委員の代理として警視庁交通部交通総務課渉外広報係の新田様にご出席いただいております。

また、近藤委員の代理としまして都立多摩総合医療センター救命救急センターの清水部長、永田委員の代理として東京都薬剤師会常務理事の森田様、森住委員の代理として東京消防庁救急部の江原救急医務課長にご出席いただいております。

なお、南委員、矢野委員、新井委員につきましては本日ご欠席とのご連絡を受けております。

また、横田委員、内藤委員、坂本委員におかれましては、少々遅れるとのご連絡をいただいております。

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。特段のご意見がなければ、本日につきましては公開で進めさせていただきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

なお、本日の会議はおおむね午後8時30分までを予定しております。よろしく願いいたします。

それでは、以後の会議の進行につきまして、島崎会長をお願いいたします。

○島崎会長 島崎でございます。本年度第2回目の救対協の会議ということで、お忙しい中お集まりいただきまして、本当にありがとうございます。

前回は、5月に行っておりますが、そのときの主な話は、地域包括ケアのあり方の報告を有賀先生からしていただきまして、それは粛々と報告に沿って進んでいるということでございます。

本日の審議事項は、そこに書いてありますように三つございますが、熱中症と大規模イベント、これはオリパラのことだと思っておりますが、それから救命センターの充実度評価ということでございます。今から8時半までということですが、時間が遅うございますので、皆様のご協力ですできるだけ早くできたらと思っておりますので、よろしく願い

いたします。

それでは、議事に入らせていただきます。審議事項は今申し上げました三つで、それから報告事項が一つございます。まず審議事項として、1番、熱中症に対する医療等の充実について、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 事務局を務めます救急災害医療課、中新井田と申します。どうぞよろしく願いいたします。

それではまず、資料2をご覧ください。

今年の夏は例年に比べまして暑く、都内の救急出動件数も多くなったところですので。このため、来年以降の熱中症対策として必要な事項について、ご意見を賜りたいと考えてございます。

なお、熱中症の予防についても議論することも大変重要なことではございますが、本協議会は救急医療に関する協議の場ですので、主に熱中症で救急患者となった方への医療等、これらを中心にご審議をいただければと思います。

まず、資料2のうち、1、熱中症救急搬送患者の発生状況でございます。

7月は35度以上の日が5日ございまして、熱中症の救急搬送患者数は平均で301.6人となっております。また、7月23日、最高気温が39度に達した日なのですが、この日は1日で403人で、重症、重篤の割合も比較的高くなってございます。このことは下の棒グラフ①の熱中症の発生状況、日別・程度別でもおわかりいただけるかと思っております。

また、熱中症の発生場所ですが、その隣②でございまして、居住・介護・宿泊施設が全体の45%、次いで道路等が25%となっております。

また、時間帯別・年代別の救急搬送患者数につきましては、その下、これは29年の6月から9月になりますけれども、棒グラフをご覧ください。①時間帯別では、10時台から17時台が多く、集計しますと全体の71%を占めております。一方で夜間に入っても熱中症の患者が搬送されている部分もございます。

また②の年代別の救急搬送人員でございまして、70歳以上の年代で搬送が多く、全体の42%を占めております。また、10歳代でも347件、全体の11%となっております。

これらの現状から、熱中症について把握すべき項目としてまとめたものが資料の右側になります。熱中症患者のうち医療機関への受診が必要な方は、救急車もしくは自力で医療機関を受診する、そういう流れに沿って把握すべき点を整理してございます。

熱中症の救急搬送は7月に多くなったわけですが、自力で医療機関を受診された方の数というのは、なかなか把握できていないことから、下の点線の大きな四角で内容とございますけれども、本年の7月17日から23日にかけて、熱中症関連で受診した患者について①から⑫の項目について把握したいと考えてございます。この辺、項目が多いのですが、少しご覧いただければと思います。

この調査なんですけれども、対象としては病院や診療所を考えております。ただ、どれくらいの規模で行うか、それから調査項目を含めまして、本日委員の皆様や、それから有識者のご意見等を踏まえながら検討してまいりたいと思います。

こちらの資料の最後になりますが、3、今後検討すべき事項でございます。

①として、今夏の猛暑時における熱中症の発生状況や医療機関の対応状況等に関する分析。②として、東京2020オリンピック・パラリンピック競技大会を見据え、今後の熱中症に対する救急医療体制等について検討したいと考えております。具体的には、この後、審議事項の(2)で、部会の設置をお諮りするんですけれども、そういった部会を活用して検討する予定ですので、ここでは熱中症に対する救急医療について、委員の皆様から広くご意見を頂戴したいと考えております。よろしくお願いいたします。

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が、何かご意見はございますでしょうか。今、お話があったように、これに関する決議事項というのは特にはないのですが、本当は熱中症予防が非常に重要なんですけれども、ここは救対協ということで、発生した熱中症患者の医療にかかわるところでの皆様方のご意見をお聞きしたいというふうに思っておりますが、いかがでしょうか。

じゃあ、坂本先生、どうぞ。

○坂本委員 熱中症の12個の項目がございまして、医療処置として酸素吸入、冷却、輸液等というのは重要なんですけれども、もう一つは、現場で応急手当として何がされていたのかという。例えばスポーツドリンクを飲ませていたとか、水をかけて風で煽っていたとか、氷嚢を当てていたとか、そういう応急手当の実施状況と、場合によっては有効性のようなものがやはり検討できると非常にいいのではないかなというふうに思いますので、ぜひ、応急手当の種類というのをに入れていただくとありがたいと思います。

○島崎会長 可能ですよね。その辺のデータ収集、どうでしょうか。

○行本救急災害医療課長 そうですね、今日はそういったいろいろご意見をいただきましたらば、その後、実施に向けて検討させていただきたいと思います。

○島崎会長 今、言ったのは非常に参考になると思いますので、よろしく申し上げます。横田先生。

○横田委員 遅れて来て申しわけありません。横田です。

二つあります。一つは、今日は清水先生が来られていますが、日本救急医学会の熱中症の検討委員会で、実は毎年熱中症の登録をしています。これは、全ての救急医療施設ではないのですが、全国の施設で、しかも倫理委員会が通ったところが自主的に登録をしているわけなんですけれども、今、医療機関ではそういったそのプロセス、倫理委員会をまず通さなくてはいけないというプロセスがまずあるということが一つと、さらにまた、もう一つ登録が必要になってしまうのかなというのがちょっと懸念がありますが、協力

することはやぶさかではないと思います。

それから、これも清水先生から、後でコメントもいただきたいと思いますが、今年の7月に実は、救急医学会で記者会見をして、特別提言、緊急提言をしました。これは7月の十何日で一番暑いときで、埼玉の小学生が亡くなったときですけれども、これは例えば、甲子園の予選だとか、ちょうど夏休みが入って、屋外で様々なスポーツイベントとか、いろいろな行事が行われる、そういう時期だったのですけれども、場合によっては、それを延期、中止、あるいは時間を少し考慮してくれという緊急提言でした。どれほど効果があったかよくわからないのですが、やはりその行政としても、ある程度指導力といいますか、行政のほうからも、そういった緊急というか、今日はもう控えるべきだとかというメッセージを発信していいのではないかと思います。

特にスポーツの熱中症というのは、あるいは野外の熱中症というのは、注意すれば必ず防げる、100%防げるので、そこのところは、やはり十分考えなくてはいけないというふうに思います。もちろん高齢者の熱中症という問題もありますけれども、特にスポーツで熱中症を起こす、あるいは野外の作業で熱中症を起こしてしまうというのは、やはり防がなくてはいけないのかなと思います。

以上です。

○島崎会長 ありがとうございます。貴重なご意見で、今の話は予防を含めた話になって、ちょっと言いましたけれども、予防も非常に重要ですが、それに関する委員会とかは別にあるのでしょうか。委員会というか、そういうことをディスカッションする場というのはあるのでしょうか。

○行本救急災害医療課長 現在は特にはないと思います。

○横田委員 よろしいですか。東京都として、今日はもう本当に注意してください。天気予報でも熱中症警報というのはありますけれど。

○有賀委員 災害時の避難と一緒にだよ。

○横田委員 ええ。だから、そういうメッセージというのは、やはり特に東京なんかはヒートアイランド現象なので、メッセージを出していいのかなというふうに、個人的には思っているんですけれども。

以上です。

○島崎会長 2番に関連して、今の話はいろいろ検討してもらえるかなと思いますので。

この熱中症の医療そのものにかかわる、ほかにご意見はございますか。

よろしゅうございますか。

失礼、清水先生、どうぞ。

○清水委員 代理人として恐縮ですけれども、先ほど、横田先生がおっしゃったように、日本救急医学会の熱中症に関する委員会ということで、いろいろと検討しているんですね。それは重症例に特化しているということもあるんですけれども、こういう検討をするのであれば、オリパラを見据えるのであれば、我々のテーマとして、一つは外国人で

すね、それから身体障害者という方々がどのくらい搬送しているのかということに非常に関心があるんです。実際、日本救急医学会の検討でなかなか拾い切れていないという部分もございまして、この項目に、外国人、それから身体障害者というものも加えていただくということは、我々としては非常に関心がございます。

もう一点、今年もございましたけれども、やはり教育現場、その指導者も結構、混乱するんです。いわゆる現場でのガイドラインもないというところで、例の死亡事故では、校長先生が謝っておりましたけれども、国としての指標とかもないというところですので、一つは搬送された子が学校の活動中であったかというところには、非常に関心があるところなので、学校の課題活動中だったとか、あるいは授業中、課外活動中であったという教育現場が絡んでいたかどうかというところも、関心があるところでございます。

○島崎会長 ありがとうございます。結局、今のお話も含めて、かなり予防的なあれで、これも2番で、災害医療協議会のかかわり、山本先生が座長をされているんですね。だから、いろいろな細かいそういうもの、今、出たようなご意見を含めて、災害弱者にかかわるものと、それから坂本先生がおっしゃった、現場対応はどうしているのというようなことをこの中に入れていただけたらなということだと思いますが。

はい、よろしいでしょうかね。

では続いて、審議事項の2番、大規模イベント時における救急災害医療体制についてということで、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3-1をご覧くださいと思います。

こちら資料番号の下に災害医療協議会資料とございますが、本年3月の資料でございます。東京2020オリンピック・パラリンピック競技大会に向けまして、熱中症対策など、様々な観点から大規模イベント時における救急災害医療体制について検討していきたいと考えております。このうち、救急ではなくて、災害医療に関することは、東京都災害医療協議会が所管しておりますので、そこでの検討状況について、まずこの資料3-1を使ってご報告させていただきます。

この資料で災害医療協議会、その下に大規模イベントにおける医療・救護ガイドライン改定部会というものを設置しております。資料の左側ですが、現行のガイドラインの概要をまとめてありますが、東京都は平成21年4月に現在のガイドラインを策定しまして、このガイドラインの改定に向けて、現在まで3回の部会を開催しております。そして、その検討内容は、資料の左側の中段になりますけれども、テストイベントなどで検証し、必要に応じてガイドライン等の見直しを行うこととしてございます。詳しい内容はこちらを少しご覧いただければと思います。

こちらは災害医療協議会の部分ですが、もう一枚をおめくりいただきまして、資料3-2をご覧くださいと思います。

大規模イベント時における救急災害医療体制検討部会の（案）でございます。資料の中央になりますが、東京2020大会に向けた取り組みとして、まず救急と災害の両協

議会在合同で部会を設置する必要があると考えております。

具体的には、三つの柱とございますが、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、この三つの柱を基本としまして、検討事項でございます①から⑤について検討したいと考えております。例えば②ですと、関係機関との情報共有、③では、後方医療施設の確保、④では、東京DMATの活用等がございます。

また、この部会の設置に当たりましては、その資料の下の点線枠内でございますけれども、救急医療対策協議会及び災害医療協議会の委員や関係機関の代表者等により構成します。また、2行目でございますように、検討事項に応じて部会委員以外にも出席を求めていくこととしております。

なお、この委員の選定に当たりましては、救対協の島崎会長と災害医療協議会の山本会長からご意見、ご承認をいただいで選任をさせていただきたいと考えております。

続きまして1枚おめくりいただきまして、資料3-3をご覧ください。

こちらは東京2020競技大会に向けた検討スケジュール(案)でございます。本日もご承認をいただきましたら、早々に部会を設置しまして、年明け1月からこの東京2020大会開催に向けて検討を始めたいと考えております。合わせて、下のほうになりますが、組織委員会、オリパラ準備局、東京消防庁等の関係機関と情報交換をしながら検討を進めてまいります。つきましては、部会の設置について、ご承認をいただきますようお願いを申し上げます。

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。事務局からは救対協と、それから災害医療対策協議会で、まず合同で2020に向けた取り組みをやっていくと。部会を設けてやっていきたいということを、まず、ご承認いただけますかということでございます。

いかがでしょうか。これについては、両方でやっていくというのは、それなりにリーズナブルかなというように思いますが。

猪口先生。

- 猪口委員 この合同部会設置に関しては、非常に大事なことかなと思うところではありますけれども、まず資料3-2のところの検討事項で、三つの柱で、日常の救急医療体制の確保というふうに挙がっておりますけれども、オリパラで25会場あるんですよね。25会場あって、それぞれにVMOというドクターがいて、そのVMOを出している病院が、その会場にまた人を出していくと。25会場に対して1日当たり五十数名のドクター、その2倍のナースたちが出ていくというのが現状なんですけれども、実際のところは、どの病院がどこに行っているかというのは、内部的にはわかっているようなんですけれども、公表はされていません。

その日常の医療というのは、ただでさえ、逼迫している状態、夏場は先ほど出ていますとおり熱中症で相当大変な状態になる。そこにそれだけの人間がとられていくというこ

とに対しては、それぞれの病院が、日常の医療を崩さないようにするのは必須ではあるわけですが、そういうようなことがきちんとされているのかどうかよく見えませんので、こういう検討部会で強い情報を発信していただきたい、メッセージを発信していただきたいし、それから検討部会ができることによって、その情報、どうなっているかという情報もしっかり集めて検討していただきたい。

ぜひ、この辺のところを踏まえて、検討事項を、三つの柱と検討事項、大事なことばかりだと思いますので、ぜひ設置して検討していただきたいなと思います。

○島崎会長 ごもったもな意見で、日常救急がきっちりと担保されている上に、こういうものをやっていくということで、それなりにマンパワーも、いろいろな情報収集等含めているだろうと。それをきっちりとやっていただきたいということですが、事務局から何か今のあれに対してございますか。

はい、どうぞ、矢沢さん。

○矢沢医療政策部長 ありがとうございます。組織委員会とお話ししている内容では、VMOの先生には、それなりの救急医療であるとか、そういった専門家が必要だということなんですけれども、それ以外のスタッフについては、一般のいわゆるG Pレベルの先生方をお願いしたいというふうに、組織委員会は言っていると。

ただ、頼まれた側の病院がそのことをどのくらいご認識されているかというのは、私が知っている限りでは非常に温度差がございます。今、その辺をどうやって調整するかというのは、組織委員会と話をさせていただいていますので、余りにも、例えば選手村も、実際には治療するわけではないので、診断ができて、これが入院が必要だ、医療が必要だったら出すという考え方だと思います。競技会場も同じはずなんです。ところがそこは非常に混乱しているんで、余りにも混乱が続くようでしたら、もう少し組織委員会とどういう手を打つかということを検討させていただきたいということは、組織委員会とは協議済みでございます。非常に皆さんの感覚がばらばらかというふうに思います。

○猪口委員 それぞれの医療機関に対して、医師を要請しているわけですが、基本はボランティアベースというところがあります。そうするとVMOに関しては、救急医療に精通した人間という話で、それ以外はじゃあG Pで、救急医療体制を崩さないようにというような、本当にメッセージがきちんと伝わっているのかどうか。

やはりボランティアベースでやろうとすると、それぞれの病院もその希望者中心という話になってしまうと、それは救急の方たちは、そういうところに行くことに慣れている人たちだから、そういう状態にもしなっているとしたら、やはり戦力ダウンは否めないのかなと思うので、どうしろというのは難しいかもしれないけれども、日常の救急体制は崩さないようにというメッセージは漠然とかもしれませんが絶対に出しておきたいなという内容だと思います。

○島崎会長 はい、ありがとうございます。

どうぞ、有賀先生。

○有賀委員 今、猪口先生が盛んに言われていることは、恐らく今、言及されたところの組織委員会の方たちが、かなり現在の救急医療にしても日常的な普通の医療にしても、人を余らせて展開していることでは絶対はないという現状についての漠然とした認識というか、わかっている度合いが、かなり乏しいんじゃないかと。したがって、このくらいの人がいるといいなみたいな話が机上で出てくると。猪口先生の病院もそうですし、僕が前にいた大病院もそうですけれども、それなりの地域における役割を担っていますので、それに対して100分の100の人がいるか、場合によっては90人が100の仕事をしている場合もあるわけなので。ですから、そういう現状に関する臨場感というか、その辺がわかっている人同士で話をしていただかないと、多分、最後の最後にどんでん返しで、全然違うことをやらなければいけなくなるというようなことが起こるんじゃないかなというような漠然とした懸念を持ちます。

そういう意味で、普段の救急医療に余り使われていない資源をどう使っていくのかという話でいきますと、これは島崎先生や僕らが一生懸命やっているような、民間の救命士がいますよね。あのような人たちを上手に使うということも含めて、これはもうボランティアベースじゃなくて、きちんとした業務として、このような仕事をしてくれという形で、きちんとオーガナイズした形で、そのような人たちを使うと。普段、救急じゃないような人たちが来て、炎天下になるのかどうか知りませんが、そこで働けと言われても、慣れていませんよというナースやドクターがいっぱいいるはずなんです。そういう意味では、普段余り使われていないような、そういうふうな資源をどう使うかという中で、民間救命士の話も、やはりちゃんとしたほうがいいんじゃないかなと。この小さい紙の左下の通常時の医療ニーズの対応、非常時の医療ニーズへの対応という、その①の一番下の4番目には、病院救急車や民間救急車の活用と書いてありますよね。これも、通常時の医療ニーズへの対応、救護所の設置とか、この辺の話は、もう限りなく日常的な話を単純に膨らませている話になりますので、わかりますよね。やはり、普段使っていない資源をどう使うのかというところに頭をやわらかく使っていただかないと、やっていけないんじゃないという感じです。

○島崎会長 ありていに言うと、民間救命士等を含めて、今、これからいろいろと民間の救命士の問題が取り上げられておりますが、この時期には、それなりのシステムとしてきちりとしたものができ上がるだろうということを見越しての発言だと思いますが、確かに民間救急車、あるいは病院救急車の中に、うまく取り込んで、そういう人的資源等も含めて、うまく使いましょと。これは、この合同委員会の中でそういう話を具体的に決めていっていただくというようになろうかと。非常にうまく使えば、非常に有効だなという気はします。

○有賀委員 そういうことを知っている人たちに入っていたきたいという気がします。

○島崎会長 部会にね。

○有賀委員 少なくとも猪口先生なんか多分、十二分にわかっていると思うので、医師会

か、そういうふうな形で入って行ってほしいということを行っているわけです。

○島崎会長 はい。その辺も含めて、部会の人選は決めていきたいと思います。

ほかはいかがですか。

阿真さん、どうぞ。

○阿真委員 先ほどの資料2の説明を伺って、さらに資料3のお話を伺って、横田先生もおっしゃっていたスポーツとか屋外のときに、今日は控えるべきだよというような、そういうものが、あと教育現場でガイドラインが必要だというお話が、清水先生からもあったと思うんですけども、それを考えると、オリパラのときには、気温が例えば何度で湿度がどれくらいあったら、これぐらを超えたらもうこの時間は中止とか、そういうことをこれから決めていくということでもいいんでしょうか。そこをちょっと教えていただきたいなと思ひまして。

○行本救急災害医療課長 競技に関しては、組織委員会なり、JOCなど、そういうところでの対応になりますので、そういったものではなくて、周辺の医療体制の救急患者が発生したときの体制についての検討のための会議ですので、競技そのものに関するものではございません。

○島崎会長 それはそちらのほうにお任せしてということで。競技はBLTか、湿度だとかが非常にクリティカルな状況だなどと思っても、やってしまうわけでしょう、結局は。そうすると、その観客等を含めた人への周知徹底ということが、この合同委員会等を含めて、どういう形で、そういう情報を投げかけるかというようなことはある程度決めておいたほうがいかにもわからないですね。

ほか、これに関していかがですか。予防的な、あるいは今言ったような非常に状況として熱中症になりやすいよというようなことを含めた民間への広報というか、リアルタイムでの情報提供を含めて、この五つの真ん中の検討事項の中に、そういうものも入れてやっていきたいとは思ひますけれども。

ほか、いかがでしょうか。

では、そういうことで、部会の設置をお認めいただけますか。

(異議なし)

○島崎会長 では、そのようにさせていただきます。

人選に関しては、災害医療協議会の山本会長と検討して決めたいというように思ひます。よろしくお願ひします。

続きまして、救命センターの充実段階評価について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4をご覧ください。救命救急センターの充実段階評価について(案)でございます。

こちらにつきましては、厚生労働省から、今年の2月16日付で通知がございまして、その内容は前回の協議会にて、ご報告をさせていただきます。その内容について、一部振り返ります。

資料左側の中央ですが、新たな充実段階評価の評価区分7-1、年間に受け入れた重篤患者数。それから評価区分25、救命救急センターを設置する病院の年間受入救急車搬送人員。これらは所管人口10万人当たりで配点するものとなっております。

三次救急医療につきましては、その下、2のところがございますように、高度な専門的医療として、都全域で対応することとしております。そこで3の所管人口の基本的な考え方になるわけですが、これまでは、所管人口は、都全域ですね。人口が約1,360万人ございますが、その人口を26施設で等分していたところがございます。

これに対しまして、救命救急センターから、様々なご意見をいただいたことから、案がございますように、各地域の人口を近隣の救命救急センターに配分するというところを検討したところです。

具体的に申し上げますと、まず、各地域の人口というのは※1にございますように、A区B町〇丁目、例えば都庁でいいますと、新宿区西新宿二丁目といった地域が一つの単位となりますが、その地域を単位とした住民人口を基本としつつ、昼間人口も考慮するとします。

また、※2、近隣の救命救急センターとは、各地域から直近上位3カ所で、かつ10キロメートル以内に立地する救命救急センターとしております。23区内などでは、救命救急センターが多い地域もあり、地域が重なることもありますので、直近上位3カ所まで配分するというようにしております。

また、一方で地域によっては、隣の救命センターが離れた地域もございまして、そういったこともあり、地域の重なりが比較的少ないところ、主に10キロメートル以内に配分するというように限定しております。

この案につきましては、今月13日に三次救急医療施設運営会議というものにお諮りしたところです。この三次運営会議につきましては、参考資料として会議要綱もおつけしておりますので、後ほど、ご覧いただければと思うのですが、都内の救命救急センター26施設、全ての施設にご出席をいただくものでございます。

この会議におきまして、またはその会議後に、幾つかの病院から個別にご意見をいただいております。例えば、上位3位というよりも、最も直近の人口、地域の人口を割り当てるべきではないかとか、二次医療圏単位で人口を救命センター数で割るべきではないか。それから、昼間人口を考慮するべきではない、しないほうがよいのではないか。それから、例えば23区内で、同じ23区内でも、所管人口に大きな差が出る場合があるんですが、そういったことがあることから、現行の均等割りにするべきではないかといった様々なご意見をいただいております。現在集約を進めているところでございます。

東京都といたしましては、資料の(案)の考え方を基本としながら、各救命センターの所管人口を算出したいと考えております。委員の皆様からご意見をいただきたいと考えております。

それから、資料のほうを進めさせていただきます。資料右側、三次救急医療施設運営会議のあり方について、ご説明させていただきます。

今、評価項目で8番、26番、33番について抜粋してございます。

評価項目の8番では、三つ目のポツになりますけれども、下線部分になります。院外の委員会（メディカルコントロール協議会等）で応需状況の改善等に向けた検討を実施しているとうございます。

これにつきまして、東京都では全ての救命センターが出席する会議体というのが、先ほど申し上げた三次会議しかないわけですが、この会議が院外の委員会に該当するか、この点について、厚生労働省に確認したところ、下のところがございますように該当となるという回答が出ています。

また、評価項目26番も同様に該当となると回答をいただいています。

それから、評価項目33のところをご覧いただきますが、こちら下線部のとおり、メディカルコントロール協議会、地域医療対策協議会または救急患者受入コーディネーター確保事業にかかわる会議に常に参加し、地域の救急医療体制の充実に貢献しているとうございます。

この点につきましても、厚生労働省に確認したところですが、東京都のこの三次救急会議が東京都の救急医療対策に反映できる会議体であれば該当となるという回答を受けています。このため、資料の最後の部分になりますけれども、この三次救急医療施設運営会議を活用して、必要に応じてその内容を東京都の救急医療対策に反映させていきたいと考えております。

救命センターの充実段階評価につきましては、以上でございます。

○島崎会長 今までの説明でいかがでしょうか。所管人口割り当ての基本的な考え方というのが（案）の中に書いてあるんですけども、いろいろな意見が三次救急医療の会議から出て、検討して、結局こういう形で決めたいと。受け入れ人数をこういう形で決めたいということですが、基本的な考え方に関するご意見等はございますか。

坂本先生。

○坂本委員 今の基本的な人口の考え方というところで、※2のほうの考え方で、もうちょっとこれを実は発展させた研究が最近よくございまして、例えば人口100メートル四方で人口メッシュをつくって、そこにいる人は、例えば直近三つであれば、どの救命センターに行くかという確率は、距離の2乗に反比例すると。だから、1キロメートルのところと10キロメートルのところだったら100対1ですし、2キロメートルと4キロメートルだったら4分の1というふうな計算を100メートル四方ごとに全部計算して、全部積み上げると、もちろん道路状況だとか、そういうものがありますから、それが現実のものではないんですけども、この10キロメートル以内、三つを均等に分けるのよりは、かなりいいというような、たしか研究がございまして、少し大きなコンピューターと今、100メートル四方に何人ずつ住んでいるかというふうなデータは

手に入れられるようですので、それにもう少し精緻な数値を研究したものかなというふうに、ちょっと研究みたいになってしまいますけれども、思いました。

○島崎会長 どうですか。ちょっと大変なような気がするけれども。

○行本救急災害医療課長 ありがとうございます。非常に高度な話になるので、参考にはさせていただきたいと思っておりますけれども、今後、これも余り時間がない中で決めていかなければいけないことでもありますので、今後また、参考に検討の材料として、ご意見として伺っておきたいと思っております。

○島崎会長 同じ10キロメートル四方内でも、三つは場所によって、密度によって違うでしょうという話ですね。

○坂本委員 100メートル四方に住んでいる人が、例えば1,000人いたとしたら、その人たちがどこに行くかというのは、必ずしも一番近くではないわけですがけれども、ただ、近いところに行く確率のほうが高いので、その確率は大体、距離の二乗に反比例するというのが妥当なモデルだという話の内容です。

○島崎会長 どうぞ。

○有賀委員 これは現行の割り算で、どの救命センターも52万5,000人、これではいけないの。何が不都合があるの、これで。

○島崎会長 密集、救命センター、密集地帯とそうでないところで違うということだね。

○有賀委員 人口が多ければ、患者が多いの。

○島崎会長 そういうことだけれども、百数十万人の人口を背景にした救命センター一つのところと、そうでないところに、そういう意見も出たんだよね。

○行本救急災害医療課長 はい。

○有賀委員 坂本先生のところは、52万5,000人を所管人口にしていて、10万人当たりこれだけ来るという話をすれば、恐らく余計にたくさん来るよね。恐らく。何かそれではいけないの。

○島崎会長 今、言ったようなことでしょうか。できるだけ、平等というか、数の不平等みたいなものが出るのではないかな。それでやると。

○行本救急災害医療課長 立地状況といいますか、各病院が建っているところ、それから先ほどからありますように密集していたりとか、いろいろそこによって搬送やカバーするエリアが大分、実態としては変わっているところをなるべく実態に合わせたものに反映したほうがいいだろうということから、こういう形で考えております。

○横田委員 23区内は有利なんですよ。

○有賀委員 田舎は不利なの。

○横田委員 それだけ所管人口がないのに、デューティーがあるという

○島崎会長 だけど、その代わり一つしかないという話です。

○坂本委員 ちょっとだけ。もともとの評価区分の、上のほうの10と28で、人口10万人当たりとしたのは、東京などは非常にモデルがつくりにくいんですけれども、地

方でも100万都市とか、50万都市とかという区が、そこに運ばれるのが、例えば1カ所しかないようなところであれば、100万人のところでは救急重症患者を2,000人診ているところと、50万人のところでは2,000人を診ているところでは、やはり地域に対する役割が100万人のところは本来潜在的には4,000人ぐらいいるのに、半分ぐらいしか診られていないというふうな評価をしようということ、人口10万人当たりということになったと思いますので、それは、東京みたいなところで、非常に救命センターが密接にリンクしていて、交通手段も難しいところで、一つの救命センター当たりの抱える、本来診るべき人口というのを決めるのは非常に難しいとは思いますが、ただ、やはりそれでも、実際問題としては、非常に人口に対して救命センターの少ないところと、多いところがあるので、その自分の所管人口に対しての役割、責任をどのくらい果たしているかということ、これを指標にするのであれば、少しでもそれに近い数値が出せたらいいのかなということだというふうに思っております。

○島崎会長 先生は、この三次救急医療施設運営会議に……。

○坂本委員 出ていないです。

○島崎会長 出ていらっしゃらない。この中には。

○有賀委員 でも、充実度評価の議論には先生は入っているんでしょう。

○坂本委員 充実度評価のほうは、救急医学会の委員会で検討していますので。

○有賀委員 だからそこで、今言ったような典型的にこれが使えるところと、そうじゃないところがあるわけだから、それにちょっと触れておいてくれれば、それで終わりだよな。

○島崎会長 今のような話を。

○坂本委員 ですから、東京都はずっと歴史的に均等割りできていたもので、それはなかなかそういう数値を決めるのは難しいからということだったんですけども、それなら例えば、多摩地区と23区では状況も違いますし、多少、より精度を上げるということは、質を評価して改善していくにはいいのではないかなというふうな発想だと思います。

○島崎会長 これは、差し当たって、東京都だけのモデルとしてやって、ほかの都道府県とは別ですよな。

○行本救急災害医療課長 別です。

○島崎会長 各都道府県がそれぞれつくりなさいということで。

○行本救急災害医療課長 そうです。各都道府県で決めることになっています。

○島崎会長 そうですよな、割り当ては。

それで、点数がつくから、救命センターの新しい評価で補助金が変わってくるわけだよな。でしょう。

○坂本委員 この数値がボーダーラインになるかどうかは別として、厚労省はこれを一つの評価の一つに使っているというのは確かです。

○島崎会長 だから結構シビアな話になる。

○有賀委員 点数に差をつけて、競争させようという、そういう人たちの考えることは、こういうふうなことを考えるんですよ。僕みたいにそうでない人は、今までどおりにやって何が困るんだい。今までどおりにやって、十分いい点数をつけるような仕組みにしまえばいいだけの話なんだよね。

だから、今、現在どれぐらいの面倒を見ているのかということが、全ての救命センターでわかりますよね。これ、点数をつけるとそんなに差が出てしまうの。この52万5,000人でやってしまうと。

○行本救急災害医療課長 差はかなり出ます。

○島崎会長 だから分母分の分子が、分子ができるだけ少なくなるようなことが、救命センターにとっては有利だよ。有利というか。

○有賀委員 23区が大きくなるんだろう。

○横田委員 有利になってしまうんでしょうね。

○有賀委員 多摩は多摩で、別のルールにすればいいんだよ。

○島崎会長 自治体で決めるということでしょう。都道府県で。

○有賀委員 東京都はこうしますでもいいわけですよ。

○島崎会長 23区内外と別の考え方ですとか、そういうのも可能なのか。

○有賀委員 そんなの決まっているじゃないですか。こうしました、でいいんだ。そんなものを一々聞くから、向こうが考えてしまうんだよ。

○島崎会長 坂本先生、何か決めたときの話は。

○坂本委員 やはり、自分の病院が、例えばいっぱい救急車を受けていても、それが周辺人口が多いので、救急車が多いのか、あるいは、非常に頑張っているのか、遠くからも来ているのか、あるいは、いっぱい見ているつもりだけれども、本当は人口が物すごくいっぱいあって、いっぱい断っているけれども、それでも来るものもいっぱいいるのか、というようなことは、自分の病院がどういう形で、今後、救急の受け入れを改善していくかということには、役立つ情報かなというふうには思っております。

○島崎会長 ということです。

○有賀委員 それを簡単に引き受けるから、こういうことが起こるんだよ。

○島崎会長 それと今の話で、たくさん来ているけどという話ですけれども、例えばERも一緒になっている救命センターもあるよね。そのERの軽いのと重いのは、きっちり受け入れ数の中で分けるわけね。

○行本救急災害医療課長 入り口はともかく、重篤患者数ということで、カウントしていきます。

○島崎会長 ということに分けるわけね。

物すごく忙しいですといっても、では1時間で何人来ているのかということで、そういうのをきちんと分けたら、そこそこの実態が出てくるということですね。

有賀先生、ということではいかがですか。

- 有賀委員 僕の人生観と合わないだけですよ。
- 猪口委員 違う話ですが。
- 島崎会長 違う話ね。全く違う話。
- 猪口委員 違うとは、この右側の4のほうの話。三次のこの会議、三次救急医療施設運営会議のメンバーは三次の26施設のメンバーだけでやっている会議なんですか。
- 行本救急災害医療課長 三次の救命センターと、東京都医師会に参加いただいております。

○猪口委員 これを東京都の救急医療対策に反映とって、我々、東京都医師会が入っているわけではあるわけなんですけれども、やはり東京の救急医療体制というのは、二次救急も含めて、いろいろなバランスの中で成り立っているものだから、ここのもしかして意見が非常に突出したまま、そのまま反映するというような形になると非常に困るから、やはり反映するに当たっては、きちんといろいろ考えてもらいたいなど。いろいろなステークホルダーの方たちが入って、検討していただきたいなと思いますので、こうすることによって、いろいろな条件をクリアすることはわかるんですけれども、やはり慎重にやりたいなという気持ちはちょっとあります。

○行本救急災害医療課長 ありがとうございます。すみません、少し説明が足らなかったかと思いますが、この三次医療の会議で、そういう課題、それから提案なり、いろいろご意見いただいたものについて、そのままということではなくて必要に応じて、この救対協等に挙げさせていただいて、そこで検討して、また反映等のご検討もいただくというふうに考えております。

○猪口委員 よろしくお願ひします。

○島崎会長 ほか、いかがでしょうか。

先ほどの評価方法ですけれども、こういう基本的な3の所管人口の基本的な考えで、一応やってみるといような、やりたいといようなことですが。

どうぞ、内藤先生。

○内藤委員 内藤病院の内藤です。当院も小さいですけれども、救急を受けています。ただ、その場合、やはり人員の関係もあって、受けられる救急車の台数、もしくは救急の傷病者の数というのが限られてしまうんですけれども、この救命救急センターの検討の中で、ちょっと私も救命救急の状況というのは余りよくわかりませんが、実際にはそのセンターの人員によって、受けられる救急車台数とか、傷病者数といのはある程度決まってしまうんじゃないかと思うんですけれども、ただ、多く受けるとかではなくて、その規模であったりとか、そこも鑑みた中で、どれだけ努力しているか、もしくは受けているかというところは、検討の内容には入っているのでしょうか。

ちょっと基本的なところで、申し訳ないですけれども、受けている数だけではなくて、キャパとして受けられるだけ受けているのかどうか、そのところがちょっと確認したいと思って、質問させていただきました。

○島崎会長 恐らくその救命センターのマンパワーとか、いろいろな設備とか、そういう条件で、そこで実際受けられるキャパの結果で、今まで動いているわけですけども、そのキャパ、総合で結局、何人受けられるかという話になっているんですかね。

○内藤委員 救命救急なので、多分、どんどん断るということは基本的にはないのではないかなと勝手に思っておりますが、それが内容の問題ではなくて、マンパワーの問題で、お断りせざるを得ないみたいな部分で、それが例えば応需率みたいなもので評価されてしまうと、ちょっとそこも全部鑑みての話なのかどうかということで、お聞きさせていただきました。

○島崎会長 例えば、非常に救命センターとしての応需率が悪いよという救命センターがあったときに、それがそのマンパワーを非常に病院としてつぎ込んでいないというような話であればまずいよねという話で、それが受け入れの人数に反映されて、受け入れてくれるところは、ちゃんとそれなりに頑張っているという事で、補助金を増やすとか、何かそんな話ではないかなと思うんですけどもね。

だから、病院全体の重症救急患者の受け入れの態度というか、そういう全般的なものをこれに反映させる。それだけではもちろんないですけども、そういうことではないかなと思うんですけども。そういうことですか。

○行本救急災害医療課長 よろしいでしょうか。三次救急、救命センターの設置運営要綱の中に、重症患者等は必ず受け入れるという、そういう精神でもって運営するというのが、まず大前提にございます。そういう中で、キャパというお話なんですけど、そういう視点ではなくて、まずは、やはり受け入れられるということが前提で指定しているところがあります。仮にもし満床であっても、可能な限り応急処置に努める。要は受け入れるというのが大前提になっておりますので、この評価、充実段階評価の中にそのキャパというところの部分は、項目としてはございません。

○内藤委員 ありがとうございます。

○島崎会長 実際、東京都はどうか。全国的にも98%ぐらいの救命センターの受け入れ率ですよ。だからそういう意味では非常にいいんですけども、恐らくこういうことをやり出すというのは、もう精いっぱい頑張って、非常に高い受け入れになっているのか、結構入ってくる患者が少なく、背景人口も少なく、だから恐らく、かなり差があるんですね。数百人とはいいませんが、数千人も、重症だけだとそんな1万人近くも受け入れられないんですけども、実際には、重症だけ取り出しても、3,000人ぐらい受けているところから、1,000人、あるいはそれ以下のところ、いろいろなあれがあるので、大変頑張っているところに何とかということが、元々のこの発想ではないかなと思うんですけども。

そんな感じですか。坂本先生。

○坂本委員 恐らく救命救急センターとしては、まず初めに、その地域のニーズがあって、その三次救急のニーズに応えるということが、救命救急センターの役割となりますので、

それを少ない人数で、できる範囲でやるというよりは、その病院の救命救急センターを持つ病院の管理者としては、そのニーズが満たせるように、そこにマンパワーを配置するのが義務であるというような形で、恐らく救命救急センターの、島崎先生が最初の充実度評価をつくられたころから、そのストラクチャーの充実という部分では、必要な人員の配置ということを考えられてきたというふうに思っています。

その点で二次救急が、それぞれ少ないリソースをみんなで生かしながら、協力してネットワークで全体としてやっていくというよりは、やはり救命救急センターには最後の砦として機能するということが求められているんだと思っています。

- 内藤委員 すみません。ありがとうございました。
- 島崎会長 ほか、いかがでしょうか。
- 有賀委員 東京消防庁に聞きたいんですけども、救命センター、3カ所ぐらいたっていた時代がありますよね。要するに、オーケーと言ったところに行くという。A、B、Cに聞いて、CがオーケーだったらCに行く。ありましたよね。今、現在は、さっき受けたからもういいだろうとか、さっき受けたからちょっとそこは聞くのをやめておこうとか、そういうふうなことをやっていますよね、きっと。何でもかんでも取れという形で電話をしていないよね。
- 江原委員 基本的には、やはり直近のところから連絡はさせていただいているという運用だと思います。
- 有賀委員 だけど、5分前に直近に行って、また行くという話ではないよね、きっと。
- 江原委員 基本的には、当たらせていただいています。
- 有賀委員 だから、そのときは、Aに当たったけれども、BとCがオーケーが出たら、じゃあBのほうに行こうかと、やっているよね。
- 江原委員 オーケーをいただければ、Aのほうに行きます。
- 有賀委員 そうだけれども、5分前に受けて、また受けるのという話になると、恐らく、難しいとか言う可能性があるじゃない。そういうことを言っているわけ。
- 江原委員 そこは病院さんのほうにお任せしていますので、オーケーだと言っただければ、そこには運ぶというのは大前提で運用しています。
- 有賀委員 だから、今言った、基本的に受けるという話と、本当に受けているかどうかという話は、善意で考える限り、いろいろあるよねということを僕は聞こうとしたんですよ。だから、受けてくれれば、受けてみたいなマグロの流れみたいな言い方をしてもしょうがないので、本当にちゃんと診られているかどうかというのがあるので、恐らくは何というのか、上手に振り分けているのではないかなと、僕は思っているんだけど、そうではないということ。
- 江原委員 例えば、多数傷者みたいなときであれば、一つの医療機関に集中しないようになどといった配慮は当然するんですけども、ただ、原則的にどうかといったら、やはり直近かなと答えざるを得ないとは思っています。

- 島崎会長 だけどその辺、先生がおっしゃるように、あうんの呼吸で現場と受け入れ医療機関でやっていると思いますけれどもね。
- 有賀委員 だから、今、言った、管理者とそれから現場の投入される人的、物的資源の関係については、坂本先生が言うことは、教科書的には全くそのとおりでなんだけれど、現に、投入すべき人がいないという状況がもしあったときに、じゃあ、あなたのところが悪いんだよねという話には、多分ならないんだと私は思うんですよ。定性的には。だけれど、こういうふうなやり方で、金目の話にしていって、要するにニンジンで馬を釣っているみたいなどころがありますので、そのときの計算の方法をより精緻にするという話は、今もあうんの呼吸という人の心まで入れると、本当に何がどう精緻かという話は、きちんとしておいたほうがいいのではないかなと思って、僕はそんなのではなくて、もうちょっとほか、大体何とかなるように計算してしまえよと言ったのは、そういうことなんです。
- 江原委員 受け入れの数の考え方とは違うんですけれども、右側のほう4番のほうの例えば8番とか、26番、消防からの受け入れに対して、どういうふうに対応したんだというようなどころ、これは我々消防のデータということではなくて、各医療機関さんでそこは判断してもらっていると思っていますので、こういった各医療機関での受け入れ状況の記録とか改善への取り組みというものは、この全体の中では評価されるような仕組みにはなっているのかなとは思っているところです。すみません。
- 島崎会長 大体、出尽くしましたか。
- 有賀委員 いいんですけど、自分たちで自分たちの首をしめるようなことは、やはりやめたほうがいいのではないかというのはあるんです。本当は。
- 島崎会長 いかがでしょうか。基本的な考え方として、こういうので、一度やってみようと、東京都としてはということです。こういう方向性で、まずはやってみるということで、よろしゅうございますか。

(異議なし)

- 島崎会長 それから、三次救急医療施設の運営会議、先ほど、猪口先生からもちょっとお話がありましたけれども、そのあり方が基本的に、ここに書かれているようなことで、了解をいただきたいということですが、これもよろしいですか。

(異議なし)

- 島崎会長 それから、この中にも書かれていますけれども、厚生労働省に確認したら、三次救急会議の内容を東京都の救急医療の対策の中に、きっちり反映できる会議体であるということで、それに読みかえるということが、33番にも書いていますけれども、これもこういうことで、よろしいですかね。

(異議なし)

- 島崎会長 ありがとうございます。よろしいですか。

最後に、報告事項に、時間がありましたら、また全体を通して、ご意見を伺いすると

と思いますが、報告事項をお願いします。

○中新井田救急医療担当課長代理 報告事項です。

資料5をご覧ください。

こちら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。資料の一番右側の欄を中心に申し上げますが、平成29年12月から30年の11月まで、直近の12カ月の状況です。

救急搬送人員につきましては、速報値で74万2,000人。昨年までと比べまして増加しております。その要因としましては、先ほども申し上げた夏の猛暑時における救急搬送の増加等がございます。

また、その下、東京ルール事案の発生件数がございますが、こちらは、搬送人員が増加したことにもよりますが、6,982件と、近年は減少傾向が続いていましたが、増加に転じております。

ただ、発生割合につきましては、0.94%でございます。引き続き1%を下回っております。

東京ルール事案のキーワード別分類ですが、上位4項目は変わらず、要介護者等、整形外科、精神、アルコールとなっております。今年の冬は、都内でも大雪がございましたので、整形外科をキーワードとする東京ルール事案が増加しているところでございます。

簡単ではございますが、事務局からは以上です。

○島崎会長 ありがとうございます。74万分の6,900で、約1%とすごく減っているんですけども、非常にいいことだなと思います。

これ、何かご質問なり、ご意見はございますか。

ワースト4がここに書いてあるように、ほとんど変わっていないんですね。アルコールとか、精神とか、要するに意思の疎通の取れない要介護者も含め、取れないのがなかなか受け入れてもらえないというのはよくわかるんですけども、整形は、これは何とかならないのですか。いつも思うのだけれども。救急をやっている整形の病院というのは少ないということなんですかね。整形の病院というのは山ほどあるでしょう。猪口先生、何か意見はございますか。

○猪口委員 これ、搬送困難事案になるというのは、多分、複雑骨折みたいなものとか、夜間対処するのが一般の二次救急医では、非常に難しい。だけれども、救急隊のトリアージでは二次救急になってしまうというようなものなんだろうと思います。

いろいろな地域で救急の当番表をつくったりしながら、努力はしているんですけども、なかなか減少しないというのが現実です。

○島崎会長 それと、他部位損傷を伴う整形の患者というのは、整形外科はとりにくいような感じですかね。

○猪口委員 二次救急の現実としては、外科系、内科系それぞれ一人のドクターで、二人

当直をしているところが多いと思いますけれども、外科系を扱うのは一人というときに、いろいろな場所をぶついたりなんかすると、やはり難しくなる。頭部外傷が一緒にあったりすると、非常に難しくなると思います。

○島崎会長 それ、押しつけ合いと言うとまずいけれども、そういう格好になることが多いんだよね。骨折は大したことがなくて、シーネを当てておいて、一日、一晩待てばいいのを頭部外傷、脳神経外科に行ったら、そういうのは、ちょっと足を痛がっていますと、腫れていますと言っただけで、もう断られたり。逆に整形に行ったら、頭を打っているならだめよというようなのが、その辺が問題ですね。

どう対応をしたらよいか、これはずっと昔から言われているんですけども、なかなか。

○坂本委員 よろしいですか。帝京大学では東京都の開放骨折の受け入れ事業をやらせていただいておりますので、東京ルールで開放骨折で、どこもとれなければ基本的には全部受けるということにしているんですけども、当初に比べると件数は減っていて、その増加傾向は余りないので、どうもだから、開放骨折で医学的に非常に緊急性を要する人というよりは、何か別の因子、例えばひとり暮らしで頸部骨折でとか、そういうふうな方がもしかしたら対象になっているのかもしれないので、この整形外科というものの内訳が昔は開放骨折が多かったんですが、少し変わってきたような気がしますので、分析するのは価値があるかなと思います。

○島崎会長 認知症の骨折とか、そういうこと。

○坂本委員 それがどの分類に入るかわからないですけども、その整形が何しろ多少この平成29年に増えているのであれば、これが開放骨折だけで全部増えたとはちょっと思えないので、ちょっとその要因については調べていただくといいかもしれません。

○有賀委員 これも東京消防庁がわかっていると思うんですけども、お年寄りですよ。

○江原委員 一般的には、高齢者の頸部骨折疑いとか、腰椎の骨折疑いとか、そういった長期的な入院になるのではないだろうかというようなものが多いかなという印象は持っています。

○島崎会長 だけど、選定困難事案の全国平均が大体六百数十万の搬送患者数の4%ぐらいなんです。東京都は10年前、12%だったから、それと比べたら10分の1に減っているということで、非常に東京都のこういう東京ルールに参画していただいている医療機関の先生方、非常に努力をされていると思います。本当に頭が下がります。

これに関しては、よろしいですかね。

どうぞ。

○木村委員 以前、何か要介護者と、この救急の困難事例について、どういう人かということでの調査が平成26年か何かに行われたかと思うんですけども、そのときに、例えば要介護者等であれば、普段いわゆる在宅医療を受けていない単身の高齢者で、というような、そういう要介護者にしても、先ほどの整形外科も同じなんですけれども、ど

ういう要介護者なのかなというのがある、それに応じて、なかなか自治体としても対応は難しいんですけども、今後どういう対応をとればこういう方が減るのかなという、対応につながればいいかなと思います。

- 島崎会長 要介護は、老健からいろいろな場所に入っている人たちがいるので、今言ったような分類、整形もそうですし、なかなかちょっと大変ですけども、そういうデータというのは、出せますか。ベースにそのデータはありますか。
- 行本救急災害医療課長 現在そういう集計、統計はとっていないです。
- 島崎会長 今後、例えば、介護施設からが非常に多くて、それが受け入れられないとか、老健は受け入れられるとか、そういうのが出ると具体的な対応が結構これから可能になるなというようには思いますけどね、今のご意見を聞いています。
- 行本救急災害医療課長 よろしいでしょうか。この東京ルールに関しては、各医療圏で地域救急会議というのを開いていただいているところですけども、その中で、東京ルールが大分減ってきている中で、今おっしゃっているような流れになっている要介護、要は社会的背景があるところが、今後大きな課題だというのは、各圏域でやはり問題視されているところです。

そういう部分につきましては、やはり福祉的な対応というのがかなり重要になってきますので、その辺は、各自治体、区市町村等の基礎的自治体も交えて検討を進めたほうがいいんじゃないかというふうに、少し取り組み始めている圏域もございますので、そういう取り組み等がまた進んでくれば、こちらでもまたご報告できるかと思います。

- 島崎会長 よろしくお願ひします。

どうぞ。内藤先生。

- 内藤委員 今の問題については、たしか地域包括ケアシステムにおける救急車の適正医療についての答申の中で、出口問題という言葉があって、今まで救急は必ず早目に救急の医療機関の管理下に置くということが、救急の一番の目的で、それについて検討してきたと思うんですけども、私もそこに入れていただきました。その中では、救急病院からの出口問題というところ、そこが初め、たしか言葉として含まれていまして、今お話を聞いても、これがどうだということはまだデータもない中で、私もお話しできませんけれども、ただ、転院先、もしくは次の落ちつき先探しのところで、非常にやはり救急として受け入れにくい部分があるということは、その答申の中にそういう文言が入っただけでもわかるようなことじゃないかなと思っております。

- 島崎会長 ほか、いかがですか。

全般を通して、何かご意見等はございますか。審議事項も含めて。ご発言されていない方。

どうぞ。

- 山下委員 ちょっと前に戻りますけれども、先ほど、現場対応のお話が先生から出ましたけれども、ちょうどこの夏、暑いときなんですけれども、赤羽の駅のところで、改札

を出たところで、前に交番があるんですけれども、そこで若い女性がひっくり返っているんです。そうしたら交番から、女性の方と男性の方が二人出てきて、一生懸命仰いだり、それからペットボトルの冷たいのを一生懸命つけてあげたりしているんです。一生懸命、交番のお巡りさんがそういうふうに行っているということは、大変偉いなどと思って見ておまして、そういう訓練というか、何かそういう教えはしていらっしゃるんでしょうか、警察で。どんどんそういうのをやっていただいたほうがいいかなと思います。

必ず警察のところで、倒れるとは限りませんが、そういうようなことができる人がたくさんいたらいいなと思っております。

○島崎会長 警察から出てきていただいておりますが、今のご質問で、交通課から。

○新田委員 交通なので、地域とは直接私は関わりはないんですが、警察官の全員が警察官になるとき警察学校に入っておまして、その場で救急法とか、あとは心肺の蘇生のやり方とか、今、AEDの使い方とかの教養も受けておりますので、一般的に地域の交番についている警察官については、ある程度のそういう救急に関する知識は習得していると思っております。

あとは、やはり交番は、地域の一番身近にあるところなので、特に今年の夏みたいに暑いときは、やはり熱中症の対策というのは、やはり地域のほうでは、もしそういうのを発見したときは、速やかに119番をするとともに、応急措置でこういうことをやりなさいという教養はしているところであると思っております。

○山下委員 一生懸命やってあげて、救急車を呼んでいたと思うんです。ですから、救急車が来るまでは見ておりませんでしたけれども、お巡りさんたちがよくやってくださって、よかったなと思っておりました。

ありがとうございます。

○島崎会長 坂本先生。

○坂本委員 熱中症に対する応急手当は、今現在ガイドラインの中でも、応急手当の一部として教えられるようになっていまして、消防の行う上級救命講習の中に入っていると思います。それから、日本赤十字社も救急法の講習の中に、やはり熱中症に対する初期対応、まさに今言っているように体を濡らして仰ぐとか、首筋や太もものつけ根に冷たいアイス当てるかということがございますので、警察の皆さんは日赤からの救急法の講習をよく受けていらっしゃいますので、その辺は影響しているかなと思います。

先ほども、私、その辺の市民による応急手当のですから実態をやはり今回の調査で、ぜひ、調べていただくと、今後どういうふうな講習をしていけばいいのかということにも、関わってくるのでということで、お願いした次第です。

○島崎会長 熱中症に関しては、今言った現場対応というのは非常に、一般の方々の救急患者に対する対応で非常に重要だと思います。

ほかいかがですか。発言されていない方で、よろしいですか。

一応こちらで、用意させていただいた審議事項は以上です。

事務局、よろしくお願ひします。

○行本救急災害医療課長 ありがとうございます。本日も精力的にご議論いただき、誠にありがとうございます。本日のご意見も踏まえまして、引き続き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。委員の皆様におかれましては、引き続きご指導、ご鞭撻のほどよろしくお願ひ申し上げます。

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。

遅い時間まで、本当にありがとうございました。

○島崎会長 どうも皆様、お疲れさまでございました。

(午後 8時21分 閉会)