

令和5年度
第1回救急医療対策協議会
会議録

令和5年8月30日
東京都保健医療局

(18時00分 開始)

○千葉救急災害医療課長 皆様、大変お待たせいたしました。本日はお忙しい中、救急医療対策協議会にご出席いただきまして、誠にありがとうございます。定刻となりましたので、ただいまから第1回の協議会を開催させていただきます。

私は、保健医療局医療政策部救急災害医療課長の千葉と申します。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、どうぞよろしくお願いいたします。

本日はWEB会議とさせていただきますので、ご発言の際には、恐れ入りますが、お名前をおっしゃっていただきながらご発言いただきますよう、よろしくお願いいたします。

また、ご発言のないときには、ハウリング防止のために、マイクをミュートにしてご出席いただきますよう、よろしくお願いいたします。

それでは、開会に当たりまして、遠藤医療政策部長よりご挨拶を申し上げます。

○遠藤医療政策部長 本日は、委員の皆様には大変お忙しい中、救急医療対策協議会にご出席をいただき、ありがとうございました。

今後とも関係機関の皆様と連携を図りながら取組を進めてまいりたいと考えておりますので、本日は限られた時間ではございますが、委員の皆様から忌憚のないご意見をいただければありがたく存じます。

本日はどうぞよろしくお願いいたします。

○千葉救急災害医療課長 次に本日の配付資料でございますが、事前に皆様のお手元に配付させていただいております次第の一番下に、四角で囲ったところに記載してございます。

資料が1-1から3-4まで、参考資料が参考資料1から参考資料4までとなっております。万が一、不足あるいは落丁等ございましたら、議事の途中でも結構ですでお申し出をお願いいたします。チャット機能等を使ってお知らせいただければ、事務局から手配をさせていただきます。

続きまして、委員のご紹介でございますが、時間の都合上、資料1「救急医療対策協議会委員名簿」の配付をもって代えさせていただきます。

変更のあった委員のみご紹介させていただきます。

今回、人事異動等に伴い、医療機関代表の日本医科大学多摩永山病院の畝本委員が辞任をされております。

次に、交代のあった委員でございますが、交代された委員が4名いらっしゃいます。

まず、医療を受ける側の委員のうち一番上の、東京都社会福祉協議会総務部長が長谷部委員から田中委員へと交代されました。

次に、関係団体の委員の一番上でございますが、東京都医師会の委員が猪口委員から土谷委員へと交代されております。

同じく、関係団体の一番下、東京都防災救急協会の委員が、植松委員から熊井委員へと

交代されております。

最後に、関係行政機関の委員のうち杉並区健康担当部長兼保健所長が、増田委員から播磨委員へと変更となっております。

続いて、本日の委員の代理出席のご紹介でございます。

医療機関代表の、東京都立多摩総合医療センター院長の樫山委員の代理として、副院長の田中先生に本日はご出席をいただいております。

また、関係行政機関代表の警視庁交通部交通総務課長、尾寄委員の代理として、伊藤様にご出席をいただいております。

最後に、本日のご欠席の委員でございますが、医療を受ける側の委員のうち、東京都社会福祉協議会の田中委員、その次の東京都国民健康保険団体連合会が桃原委員、関係団体の委員のうち東京薬剤師会の根本委員、関係行政機関より島しょ保健所長の田口委員の計4名の委員から、本日ご欠席のご連絡をいただいております。

また、関係団体の委員の土谷委員につきましては、本日遅れて出席とのご連絡もいただいております。

続きまして、本日の会議の公開についてご説明をさせていただきます。

資料1-2、「救急医療対策協議会要綱」をご覧ください。要綱の第9に、会議及び会議録等の公開、非公開の条項がございます。

当協議会は、会議、会議に関する資料、会議録等は原則公開となっておりますが、委員の発議により出席委員の過半数で議決したときには、会議または会議録等を公開しないことができる規定となっております。

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、いかがでしょうか。

よろしいでしょうか。ありがとうございます。

それでは、原則どおり、公開として進めさせていただきます。

なお、事務局が用意いたしました議題は2つでございます。本日は概ね1時間半程度の協議会を予定しております。

事務局からは以上でございます。

それでは、以降の議事につきましては会長にお願いしたいと思います。横田先生、よろしくお願いたします。

また、最初に一言ご挨拶をいただきましたあとに、議事に入っていただきますとありがたいと思います。よろしくお願いたします。

○横田会長 ありがとうございます。ただいまご紹介いただきました救急医療対策協議会会長を拝命しています横田でございます。よろしくお願いたします。

皆様方におかれましては、本当にお忙しい中、時間を割いていただいております。

今日は審議事項が2つございます。1つは、東京都保健医療計画、これは救急医療分野の改定について、この国の第8次になるのでしょうか、医療計画の改定に基づいて、救急医療分野の改定についてご審議をいただくということ。

それから、2つ目。東京都保健医療計画、平成30年3月改定の進捗状況についてお諮りをしたいと思います。

それから最後に、この次第には書いてないんですが、先ほど遠藤部長からお話がありました新型コロナウイルス、今5類になりましたが、直近のデータを皆さんに共有していただいて、実は救急医療がまた逼迫しつつあるというところを、データをお示しますので、ぜひ共有いただければと思います。

それから、これも機会があるごとに私はお話しさせていただいているんですが、東京都の特に都民の方が、例えば心肺停止の傷病者を目撃したときに、いわゆる心肺蘇生を少しでもやっていただくと、蘇生率がもっと上がるというデータを出したいと思いますので、それも含めて、今日はお時間をいただきたいと思います。

それでは、早速、審議事項に入ってまいりたいと思いますが、まず1番目、東京都保健医療計画（救急医療分野）の改定について、事務局から説明をよろしくお願いします。○馬場救急災害医療課係長 事務局の救急災害医療課の馬場と申します。よろしくお願いいたします。

それでは、資料2-1をご覧ください。

こちらは、東京都保健医療計画の改定の概要を整理したものになります。上段のところをご覧ください。

保健医療計画は、医療法に定める医療計画を含むものであり、東京都の保健を含めた保健医療に関して施策の方向性を明らかにする、基本的かつ総合的な計画として策定をしております。

現行の計画期間は、平成30年度から令和5年度まで。

次期計画期間は、令和6年度から11年度までの6か年間となります。

2段目の記載事項についてですが、がん、脳卒中などの疾病と救急医療、災害時医療などの5事業、在宅医療に係る目標、医療連携体制等となっております。今回の改定からは、国の指針において新たな6事業目として、新興感染症発生・まん延時における医療が追加をされております。

3段目の、計画改定スケジュールをご覧ください。

8月までの期間が、疾病・事業ごとの協議会での計画内容検討期間となっております。本日こちらの協議会で検討を行い、計画の主な内容をまとめてまいります。

また、これ以降の8月から12月にかけて、保健医療計画の改定を行う保健医療計画推進協議会の改定部会におきまして、実際の計画内容、骨子、素案等を詰めてまいります。

年明けに向かひまして、パブリックコメント等を行った上で、年度末の医療審議会の議論を終えて、計画改定という流れで進んでまいります。

続きまして、資料2-2をご覧ください。

今回の計画改定に関しての救急医療分野の骨子案になります。内容としては、現行の保健医療計画、令和3年に行った中間見直しの取組等の内容をベースとしながら、国の指針や現下の救急医療の状況などを踏まえてまとめたものとなっております。

内容に入る前に、まず資料の構成について説明をさせていただきます。

まず、横軸をご覧くださいますと、左から右へと、現状、課題、今後の方向性、目標、想定される評価指標を記載する形式となっております。

続いて、縦軸をご覧くださいますと、一番上が、救急受入体制の総論的な項目として記載をしております。

2段目が、三次救急。

次のページの上段が二次救急。その下が初期救急。

次のページの上段が、地域包括ケアシステムにおける迅速・適切な救急医療の確保。

その下が、救急患者の搬送・受入れルール（救急車の適正利用）となっております。

また、3ページ目、一番下のところをご覧くださいますと、想定する評価指標に関しての注を複数つけさせていただいております。

それでは、改めて資料2-2の1枚目をご覧くださいたいと思います。

まず、救急受入体制の強化の総論でありますが、現状で救急搬送人員は、平成28年の69万人から、令和4年には71万人へと増加しております。

その次の、救急搬送人員に占める65歳以上の割合につきましても、50.1%から53.2%へと増えております。

また、その次の次、救急搬送時間については、47分から62分へと増えている状況でございます。

右の欄、課題をご覧くださいますと、高齢者の搬送割合が増加傾向にあること、また、東京ルール事案の発生件数と発生割合の増加も挙げてございます。

右の「今後の方向性」としましては、二次保健医療圏ごとに設置します地域救急会議等を活用した情報共有の推進と、東京ルールの現況や医師の働き方改革の影響などを踏まえて、都の救急医療体制について、救急医療対策協議会等において中期的な方向性を検討、としてございます。

目標は、これまでと同様となりますが、「いつでも、どこでも、誰でも、その症状に応じた適切な医療を迅速に受けられる救急医療体制を確保」としてございます。

評価指標につきましては、新たなものとして、「三次救急の収容可能回答率」と「心肺機能停止傷病者の1か月後予後」を想定しております。

続きまして、2段目の三次救急医療になります。

現状ですが、都内の救命救急センターについては、今年3月に新たに指定をした2つの医療機関を加えまして、28となっております。また、救命救急センターへの搬送件数については、平成28年の2万7,000件余りから約3万2,000件となっております。

さらに令和4年3月には、小型ヘリを活用したドクターヘリを導入しております。

課題に移りまして、救命救急センターへの搬送件数は増加傾向となっております。ドクターヘリについては、近隣県との広域連携体制の構築と効果的な運用等を課題としてございます。

今後の方向性としましては、三次救急医療施設連携会議等を活用したセンター間の連携及び情報共有等の一層の推進と、ドクターヘリに関しまして消防機関を初めとする各機関と連携をし、効果的な運用体制確保の引き続きの推進、災害時の効果的な運用方法等の引き続きの検証としてございます。

また、記載はしてございませんが、ドクターカーにつきましても今後検討が必要と考えております。

目標につきましては、先ほどの再掲となります。

評価指標につきましては、新たなものとして、救命救急センターの充実段階評価S評価の割合、収容可能回答率を想定しております。

恐れ入ります、続いて2ページ目をご覧ください。上段の二次救急医療になります。

現状でございますが、救急告示医療機関は、本年4月時点で315施設。そして東京ルール事案の発生割合が、平成28年には0.96%でしたが、令和4年には7.29%となっております。

課題に移りますが、中小の病院などは、感染対策等を講じることなどにより、従前の受入れが難しい状況が継続したこと。また、東京ルール事案の発生件数及び発生割合の増加となっております。

今後の方向性としましては、二次医療圏ごとに設置する地域救急会議において、関係者間による定期協議等を継続的に実施していくほか、救急外来での救急救命士等の活用により、受入体制の強化を図る医療機関の支援。

初期治療後に状態が比較的安定した救急患者が身近な地域へ早期移行できるよう、医療機関の取組を支援としてございます。

目標につきましては、こちらも先ほどの再掲となります。

評価指標につきましては、これまでと変更ございませんが、応需率と東京ルール事案に該当する救急搬送患者の割合を想定しております。

続きまして、下段の初期救急医療になります。

現状ですが、区市町村が行う休日夜間急患センター等の初期救急医療に対して支援を行っているほか、区市町村単位単独では体制確保が難しいとされる診療科への、都による広域的な体制確保を行っております。

課題、今後の方向性としましては、現状でありました体制の継続のための支援等としてございます。

目標につきましては、こちらも先ほどの再掲となります。

評価指標につきましては、救急搬送患者の軽症者割合も想定しております。

続きまして、3ページ目をご覧ください。

まず、上段の地域包括ケアシステムにおける迅速・適切な救急医療の確保になります。

まず現状ですが、高齢者人口が平成27年の307万人から令和5年には314万人となっております。

また、救急搬送人員に占める65歳以上の割合は、再掲ですが、令和4年には53.2%となっております。

課題としましては、救急医療を要する高齢者は、患者情報の把握などに時間を要し、救急搬送に時間がかかる傾向にあること、また、独居や老老世帯であれば急な事態に対応できないことがあることのほか、高齢者や社会的背景を有する救急患者は入院期間が長期化する場合があること、などを挙げております。

今後の方向性としましては、救急医療情報キットによる情報共有に取り組む区市町村の支援のほか、二次救急で申しあげました初期治療後に状態が比較的安定した救急患者が、身近な地域へ早期に移行できるよう、医療機関の取組に対する支援、また、医療機関が所有する患者搬送車や、患者等搬送事業者の活用の促進などとしてございます。

目標につきましては、救急搬送が増加している高齢者が、保健・医療・介護関係者の連携の下、迅速・適切に救急医療を受けられるよう体制を確保、としてございます。

評価指標につきましては、再掲となりますが、応需率などを措定しております。

続きまして、救急患者の搬送・受入れルール（救急車の適正利用）になります。

まず現状ですが、救急出場件数は、平成28年の78万人から、令和4年には約88万人となっております。

課題に移りまして、東京消防庁による令和4年の救急出動件数は過去最高となっており、また、救急搬送人員に占める軽症患者の割合は、依然として50%を超過してございます。

今後の方向性としましては、関係機関とも連携しながら、「#7119」等の利用促進など普及啓発を実施としてございます。

目標につきましては、救急相談体制の充実を図るとともに、救急車の適正利用を推進としてございます。

評価指標につきましては、救急相談センター（#7119）の認知率、初期救急における救急搬送患者の軽症者割合も想定しております。

骨子案についての説明は以上でございます。よろしくお願いたします。

○横田会長 説明をありがとうございました。この救急医療体制に関して総論的なこと、それから三次、東京ルールを含んだ二次、それから初期、そして地域包括ケアシステムの中での救急医療の確保というところ、受入れのルールの説明をいただきました。

各委員から何かコメント、質問があったら、ぜひお願いしたいと思います。いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

では、私のほうからよろしいですか。

この初期救急の中で、救急医療搬送件数、あるいは救急の件数がまた増えてきた。一時コロナで減って、また増えてきた。その中で、割合としては若干減っている傾向とは思いますが、軽症の要請といいますか、依頼がまだまだ多い。

そういう中で「#7119」を強化するというのももちろんですが、都民への普及啓発だとかいうことは、「#7119」というところに含まれている、そんな読み方でよろしいのでしょうか。あるいは、特別何かアクションみたいなものをするということはあるのでしょうか。

○千葉救急災害医療課長 ご質問ありがとうございます。

現時点では特別にこういう手だてがあるというのは、具体的にはまだございません。

「#7119」に加えまして、「適正な利用」という言い方がいいのかどうか分からないですが、ためらわずに救急車を呼んでいただきたい場合と、それから、かかりつけ医や地域の医療機関にかかっていたいただきたい場合というのは、きちんと皆様に正しい知識を持っていただきたいとは思っております。

ただ、それに対して具体的なアクションというのは、また先生方からいろいろなアイデアをいただきながら取り組んでいきたいと思っております。

○横田会長 ありがとうございます。委員の皆様のほうから。

土谷委員、お願いします。

○土谷委員 東京都医師会の土谷です。私からは評価指標についてコメントしたいと思います。

特に高齢者の軽症が増えているということですが、それがいい悪いの話じゃなくて、これはもう間違いなく増えていくわけです。

かつての、人の命を救わなければいけないというような救急から、転んで、あるいは熱が出て、移動手段がなくて救急車を呼んでいるというものを、同じに扱っているわけなんです。

そうなると、例えば、今後、高齢者救急を全て受けられるわけじゃなくて、このあとの話にも出てきますが、応需率が上がっていくということは考えられないし、あるいは高齢者救急の割合が減っていくということも考えられないというか、むしろ増えていく。

そういうことが容易に予想される中で、そのまま応需率を指標にしても、世の中がよくなったかどうかという指標とするのはいかなものかなと思うんです。

私たちが一生懸命取り組んでいても、人口動態そのものが、そちらの影響のほうが大きいので、それを指標として、「高齢者救急は軽症者が増え続けています」と言われても、私たちが、じゃ無力だったのか、何もしていなかったのかと。

だから、私たちの努力を反映する指標にはなりにくいんじゃないかなと思います。

○横田会長 ありがとうございます。確かに独居の高齢者が医療にアクセスする際に、そのアクセスの方法がない、自力では行けないという場合に、やむを得ず「119番」をするケースというのは、恐らくこれからどんどん増えていく。

そういう中で、応需率はある意味で指標にはなるんですが、それだけで評価していいのかということですよね。この辺はいかがでしょうか。

○千葉救急災害医療課長 ご質問ありがとうございます。先生のご指摘は本当にごもっともだと思っております。

現在の指標の取り方ですと応需率ということで、全てをひっくるめた、単なる応需率の頭数字を指標にしているんですが、その内容というのがきちんと分からないといけないのかなと思っております。

例えば二次救急の中でも、脳卒中ですとか心筋梗塞の方々の応需率、それ以外の例えば高齢者の方の応需率とか、中身を分けるという手段も考えなくてはいけないのかなと思っております。

一方で応需率というのが、救急医療体制を数値化して見るときには、それ以外に何かうまいアイデアがないものですから、応需率の取り方、見せ方、表し方を、今後、計画をつくったあとも進行管理や評価の段階で、また繰り返して大変申し訳ないですが、この協議会等でご議論いただいて、つくり上げていきたいとは我々考えております。

○横田会長 ありがとうございます。確かに病院にかかりたいけれども医療アクセスがなかなかできなくてというケースと、脳卒中とか心筋梗塞のように本当にすぐに応需をして活動時間を短くするような疾患とは、もし可能であれば分けてデータを出せると。

全体としては余り変わらない、あるいは逆に下がったけれども、本当に迅速に対応しなくてはいけない疾患に関しては改善しているんだということが出れば、都民への説明もよくできると思いますし、救急車を上手に適正に使うということのメッセージにも確かになると思います。

その辺、東京消防庁は門倉部長がきょうご出席ですが、何かコメント、ご意見がありますでしょうか。

○門倉委員 応需率については、消防救急からしてみたら非常に大きな指標ですから、これは柱にはしていただきたいと思います。

あとは、今、先生がおっしゃったように、内容をより精査するという方向はありかなと思います。

○横田会長 ありがとうございます。確かにそうですね。消防にとって応需率というのは、難しいですが、一番重要な指標だというのはそのとおりだと思います。

ほかにありますでしょうか。

では、また私から。

あとでデータも出すんですが、新型コロナの影響もあって、東京ルール是件数というのは、先ほど馬場係長から説明がありました平成28年は、全体の0.96%であったのが、最近では7.29%となっていますよね。

新型コロナの感染拡大の前から少し上昇傾向であって、それがコロナでさらに顕著になったということだと思うんですが、この辺の、上昇傾向であったとかいうところの分析、その分析があつてまた対策ができると思うんですが、その辺はいかがでしょうか。これは難しいとは思いますが。

○千葉救急災害医療課長 非常に厳しいご質問でお答えが難しいんですが、例えば1つの疾病が非常に増えて、それに対する医療資源が足りないとかいう形ではなくて、軒並み全部、需要が増えているということ。特にその中でも高齢者の救急が増え続けているというのが現状でございます。

通常、1点で何かを改善するというのではなくて、先ほど申しあげました計画のうち中長期的な、東京ルールを含めた二次救急全体の在り方ですとか、あとは、5番で申しあげました地域包括ケアシステムにおけるいわゆる高齢者を支える救急車の仕組みはどうあるべきかという、全体で様々な方々からのご意見をいただきながら、短期的な対策は当然やっていくのと同時に、中長期的な検討も進めて、しっかり救急体制を持続可能な形でつくり上げていきたいと思っております。

○横田会長 ありがとうございます。東京ルールというのは国際的にも非常に評価された医療システムだったんです。それが今、コロナの影響が一番大きいんですが、当初の実績、成果よりは少し、そうじゃない傾向になっているというところで。

特に東京ルールは、二次救急ということで、二次救急の代表である矢野委員、何か今の件に関してコメントがありますでしょうか。

○矢野委員 高齢者の救急車は確かに増えているんですが、「高齢者」というくくりになつてしまつて増えているというよりも、高齢者で、発熱で、あともう一つ何か加わるというところが大きいです。

例えば高齢者だって、発熱もなくてコロナが疑われない人というところは、そんなに受入れが少なくなっているという印象がなくて、むしろ、コロナと何かがあつて高齢者、この3つ重なったときに受入れ病院が相当少ないのは事実だと思います。例えばコロナで高齢者で手術が必要とか。

コロナでも若い人で軽い人は別に、5類になって帰せばいいんですが、コロナで高齢者で何かあって入院が必要というときに、病院の中はまだ2類相当と同じようなことをしなきゃいけないので、それで東京ルールに全部引っかかっているんじゃないかと思います。

○横田会長 確かにそうですよね。高齢者は、複数の疾患を抱えている中でさらに新型コロナウイルス感染ということで、あとで私のデータを出しますが、かなり増えていて、ベースライン自体がかなり上がってしまったという現状。

矢野先生のご指摘でした。ありがとうございます。

新井委員、お願いします。

○新井委員 新井です。2つあります。1つは、全体的なことですが、「今後の方向性」で、総論のところに「地域救急会議の活用」ということが書かれています。それから二次救急のところでも「地域救急会議の活用」ということがあります。

文言の問題ですが、総論のところの「地域救急会議等を活用した情報共有の促進」というところだけで終わってしまっていて、二次救急のところには「協議を継続的に実施」で、対策を練るというところまで、文言として意味合いがあります。

ですので、ぜひこのところは、最近でもないですが、地域救急会議が余り活発に使われていない、情報共有だけで終わってしまっているところがありますので、そこで東京ルールのところを、どうやって地域で、面として見ていくかという議論につなげていただきたいと思います。

ですので、ぜひ総論のところに「地域救急会議を活用した東京ルールへの協議」とかいう形で文言を入れておいていただきたいと思っています。

○横田会長 ありがとうございます。二次救急のところには書かれているけれども、総論のほうにも書いてほしいというご意見ですね。

○新井委員 そうですね。その地域救急会議のところも、初期救急を担う方たちにもぜひそこに参加してもらうような形で拡大をして。先ほどからお話が出ています、高齢者の軽症の患者さんたちをなるべくかかりつけ医のほうで診ていただく形に結びつけていただくと、全体としての高齢者救急も対応ができるのではないかと思います。

それから、もう1つよろしいでしょうか。

○横田会長 お願いします。

○新井委員 横田先生が委員長をされている循環器病対策推進協議会の議論のほうですが、そこで議論されたことが救急のところにもまたドッキングして、保健医療計画として組み立てていくという形で議論されていると思います。

その中で、本当に重症な方たちを迅速に病院に運ぶ、その重症度、緊急度に応じた救急搬送について、国のMC協議会の議論を踏まえて対策を立てていくというところが、循環器病対策推進協議会のほうには盛り込まれたと思うんですが、こちらの救急医療の保健医療計画のところではまだ入っていないように思うんです。そこはいかがでしょうか。

○横田会長 ありがとうございます。2点ですね。

事務局からよろしいですか。

○千葉救急災害医療課長 ご質問ありがとうございます。

まず1点目の、計画改定の骨子案の1の、総論のところの書きぶりですね。「地域緊急会議等を活用した」というところをもう少し踏み込んだ、具体的な記載を、というご意見でございます。

ごもっともだと思いますので、我々のほうで、今日いただいたご意見を踏まえて検討していきたいと思っております。

もう1点の、重症度、緊急度に応じた救急搬送体制の、国での議論のことをご指摘いただきました。

また、循環器病対策推進協議会のほうの骨子案ではそれを取り入れているということでしたので、その横の、循環器病のほうの記載を、もう一度、今手元にないものですから確認しつつ、どこに入れるのがふさわしいか、2の三次救急のところなのか、3の二次救急のところなのか、どちらに書いても、両方に書いてもいいかもしれませんが、また本日のご意見を踏まえて考えていきたいと思っております。

○横田会長 ありがとうございます。先ほど委員がおっしゃったところと多分、重複する部分だと思うんです。

これだけ救急の要請が増えていて、需要に対して供給がなかなか追いつかないような状況の中で、めりはりといいますか、本当に迅速に対応しないといけない疾患と、そうでないと言ったら語弊がありますが、少し区別して、なかなかそこは書きぶりが難しいと思うんですが。というようなところを確かに議論した。今そのご指摘をいただいたんだと思います。

よろしいでしょうか。今の経緯に関して、ほかの委員の方、よろしいですか。

では、全体を含めて、ほかにご意見がありますでしょうか。

同じく、医療機関代表の内藤委員から、全体を通じて何かコメントがございますでしょうか。

○内藤委員 内藤です。確かに方向性としては全体的によろしいと思っております。先ほどの高齢者救急の増加という社会的構造とも関係するものに対して、どのように対策を立てていったらいいかということも、コメントとして入れていただく、方向性として考えていくということも、ところどころ必要なと思いました。

○横田会長 ありがとうございます。いかがでしょうか。

○千葉救急災害医療課長 今のご指摘は、5番のところですね、「地域包括ケアシステムにおける迅速・適切な救急医療の確保」ということで、いわゆる高齢者救急、高齢者の救急医療をどうやって支えていくのかというところですが、私どもといたしましては、1番の

総論のところにかかせていただいております「救急医療対策協議会等において中期的な方向性を検討」。

こちらでは、まだ特にこういうことを集中的に議論していこうということではなくて、大きなくくりとして、今後の東京の救急をどのようにしていくべきなのかを考えているところですので、その中でも高齢者の救急というのは非常に重要なファクターですので、救急の方々だけではなく、在宅を担っている方々、往診とかをやっている方々、かかりつけ医の先生方も交えて、広く議論をしていきたいと思っております。

また、その議論の内容ですとか、具体的にどのような形でやっていくというのは、また検討しながら、先生方からもご意見をいただきながらやっていきたいと思っております。

○内藤委員 ありがとうございます。病院救急車の活用とか、いろいろと今までも対策を取られているんですが、やはり高齢者は、急に状態が変わったときに対応するというと、それは高齢者だから救急ではないということではなくて、急な変化であれば高齢者も救急車を使うということは当然だと思いますので、そういった中で、急ぎじゃない高齢者をどうやって診ていくかということは、本当に全体で考えていかないといけないことだと思います。

○横田会長 ありがとうございます。この5番の、今の内藤委員、新井委員が話された「迅速・適切な緊急医療の確保」のところ、例えば「緊急度、重症度が高い疾患に関しては特に円滑な救急医療の対応ができるような」という、そんなところを今後の方向性に一言書くといいのかなど。具体的に脳卒中とか心筋梗塞という。多発外傷もそうなりますよね。

ですから、重症度、緊急度が高い病態に関して迅速・適切な救急搬送がさらに促進できるような、そんな方向性を書いてもいいのかなと思って、今の議論を聞いていました。

矢野委員から手が挙がっていますが、その前に、医療を受ける側の代表の方からご意見をちょうだいしたいと思います。今こちらにおられる山下委員から、全体を通じてコメントがありますでしょうか。

○山下委員 全体によくできておまして、これで結構だと思います。

私ちょっとお聞きしたいんですが、ドクターヘリを今いろいろと、コロナがあり、それから熱中症がありということで、私なんか知り合いの方がいろいろとなっているんです。そんな年取ってないんです。みんな若いのにそういうのになって、やっぱり10日ぐらい寝てたりということがあるんです。こういう場合にドクターヘリは大事なことで、どんどん活発にやっていただけたらと思います。

大分前に聞いたことがあったんですが、ドクターヘリの発着場所がなかなか見つからないとか、反対があるとか。なぜそんなものを反対するのかなど。近所にそういうものができたら私なんかはいいなと思っていますが、反対があるということですので、反対はなるべくないようにみんなに周知をさせていただいて、これは大変いいことで、命が助かることですので、一生懸命やっていただけるようお願いしたいと思います。

もう一つ、最初に「6年に1回改定をする」と言われましたね。これは、ここに「新興感染症発生・まん延時における医療」とかいうのがあって、こういうのが出た場合に改定をするんですか。

○横田会長 事務局、いかがですか。

○千葉救急災害医療課長 ご質問ありがとうございます。ドクターヘリにつきましては、応援をしていただくご意見をいただいたということで、我々もきちんと、しっかりやっていきたいと思っております。

もう1つは、資料2-1の2の「記載事項」のところのご質問だと思います。「新興感染症発生・まん延時における医療」というのが、これまではこういう記載がなかったんですが、「新たに計画の中にきちんと書け」というのが、国からの指導でありますので、改定の時点で、既に医療を書くというふうなところでした。

○横田会長 ありがとうございます。

もう一方、医療を受ける側の代表で、重村委員、全体を通じてコメントがございませうでしょうか。

○重村委員 「患者の権利オンブズマン東京」の重村です。全体の計画とかこの内容は、よいと思っております。

先ほどから議論になっております高齢者の医療については、人口的にどんどん高齢者は増えていきますが、在宅の方であるとか救急の場合とか、地域のかかりつけの先生なのか、地域の中である程度ものを診るようにして、それよりも重症なのは救急車でもっと大きな病院に行くとか、具体的に、どういうときにはこういうところという、大まかなものがあると、対応するほうとしても、「あ、これは」という振り分けができると思います。

救急車を呼ぶほうにしても、「じゃ、ほかのどこどこに、こういう状態でしたらそちらに連絡してください」とか受け皿があれば、1本のところに全員が行くのではなくて、ある程度のグループ分けができたなら、救急車を利用するほうとしても助かることだと思いますので、そういう具体的なものが今後は必要なのではないかと、今の話をお聞きして思いました。

○横田会長 ありがとうございます。「#7119」というのもありますが、まだまだ周知が足りないところもあるかもしれませんし、引き続きその普及啓発は重要だというご意見と伺いました。

今の重村委員のコメントに関して事務局からは何かありますか。よろしいですか。

○千葉救急災害医療課長 ご質問ありがとうございます。

高齢者を含めて、救急医療体制を構築したりとか、短期的な対策、中長期的な議論を踏まえてしっかり対策を取るとともに、それを都民の皆様にはいかに知っていただくかが一番大切だと思いますので、積極的に取り組んでいきたいと思っております。

○横田会長 ありがとうございます。

矢野委員、お待たせしました。コメントをいただければと思います。

○矢野委員 総論のところの「救急受入体制の強化」の方向性に、「医師の働き方改革の影響などを踏まえ」と書かれています。

中期的な方向性ということで書いてあるんですが、まず来年4月以降は、短期のところでの評価が必要じゃないかなと思います。特に二次救急に対する影響が非常に大きいことが予測されますので、短期的と中期的と両方の評価が必要なのかなということです。

あとは、次の「救急受入体制の強化」に書かれている課題の中にも、それは盛り込まれたほうがいいのではないかなと思いましたので、ご考慮いただければと思います。

○横田会長 2024年問題、医師の働き方改革は、国のほうの指針にも特出しで出ていると思うんですが、これは東京都では別に議論がされている、あるいはそれぞれの分野の中で書き込んでいくのか、その辺はいかがでしょうか。

○千葉救急災害医療課長 まず総論のところを書いた意味は、中長期的な議論のところにはこの環境要因は非常に大きいものですから、欠かせないという思いで書きました。

ただ、今ご指摘のとおり二次救急のところにはその記載がありません。当然、我々、今後の、4月に向けて取組が必要だというのは認識しておりますので、その点をどう表現するかは考えたいと思います。

○横田会長 ありがとうございます。非常に重要なお指摘でした。

坂本先生が入られましたので、特に三次、あるいは二次の視点からでも構いませんが、坂本委員から全体を通じて何かコメントがございますでしょうか。

○坂本委員 公立昭和病院の坂本です。少し遅くなって申し訳ございません。

今までの委員の皆様から出た意見は、よくまとまっていて大きな異論はないんですが、やはり高齢者の救急医療というところが大きなかぎになるのかなと思っております。

三次救急に関して言うと、高齢者の方は、もちろん重症であれば三次救急に来ていただきたいわけですが、ACPという観点から見て、本来は本人が侵襲的な医療を望んでいないのに三次救急に来てしまうというのが、三次救急の中ではベッドの逼迫を招くという状況になっています。

またもう一つの理由としては、そういう方が救命医療を望んでいないとなったあとも、受入れ医療機関との連携がまだ十分できていなくて、なかなか三次救急から出られなくなってしまいうという問題があると思っています。

また、中等症、軽症に関しては二次救急で、地域の中でというお話でしたが、一定の医療資源として、救急車の台数や消防力に限界がある中でやっていくので、特に高齢者の方が何かあったときに、2つの理由があります。

1つは、足がない。今、老人の独居、あるいは老老ということで、行き方が分からない。それから、119番をすればどこか病院を選んでくれるけれども、自分で受け入れてくれる病院を探すことが極めて困難であるということで、やはり119番通報をして救急車に

頼ってしまうということなので、行政サービスとしてその部分を補完するような何かをつくっていかないと。

今の東京消防庁の力で、平時においては何とかありますが、例えば熱中症が非常に多い時期、あるいは感染症が多発しているようなときは、限界を超えてしまうと逼迫が起きてしまうということで、そこら辺の対策が必要かなと、お話を伺っていて思いました。

○横田会長 ありがとうございます。最初にご指摘をいただいたACPに関しては、5番目の「今後の方向性」のところに書かれているんですが、先生からは、ACPに関して医療機関の連携というふうなお話でしたよね。「ACPの普及啓発、地域の医療」云々、これではまだ表現が足りないということでしょうか。

○坂本委員 今、都内の救命救急センターで非常に患者さんの高齢化が起きている。これは人口動態からやむを得ないと思いますが、その中で、「いや、そんな人工呼吸器なんか付けてほしくない」とか「手術なんかしてほしくない」という方も、三次救急にどうしても一定数来てしまって、それがご本人の希望に沿わないということもありますし、また、そういう方がベッドを埋めることによって、本来診なければいけない方の応需が困難になっているという現状もあるということです。

そこに関して、日頃から、いざというときにどのような医療を受けたいか合意形成をしていくことが、地域のかかりつけ医の先生との間で重要な案件かなと思ったので、発言しました。

○横田会長 ありがとうございます。今のことは、どこの医療機関でも、特に高次医療機関では日常本当に困っているというか議論しているところですよ。ここの方向性のところにも今のご指摘いただいたところが書いてあるということで、そのような視点からのご意見だったと思います。

それから2番目に関しては、これは冒頭に土谷委員のほうからお話のあったところを、まさに坂本先生がご指摘いただいてありがとうございます。確かに高齢者がどういった形で医療アクセスをするか非常に困っている中で、どのようにこれも情報発信をしていくかということだったと思います。

全体を通じて、ほかにもございますでしょうか。土谷委員、お願いします。

○土谷委員 東京都医師会の土谷です。皆様の議論を聞いて改めて思ったんですが、かつての救命を目的とする救急と、あと高齢者の搬送手段がない、あるいは受診先が分からない救急要請、この2つは分けて考えていくべきではないかなと思うんです。

そうすると、そのときの評価する指標も、今までの搬送時間、応需率、東京ルールの場合というのは、本当の救命のための救急の大きな指標をそのまま使えるものだと思うんですが、高齢者の搬送手段がない救急要請と、受診先が分からない救急要請については、指標についての区分が必要かなと思いました。

○横田会長 先ほど来お話がある重症度、緊急度が、必ずしもそうでないケースを分けて考えたかどうか、そんなことですよ。

○土谷委員 搬送手段がない救急要請については、例えば規定時間の中でどのくらい収容できたか。去年で言うと搬送時間が6分28秒ということなので、60分以内にこれだけ搬送できました、その割合が何%でしたとか、そういったような指標を考えてみていいのかもしれないなと思いました。

○横田会長 今、土谷委員からご指摘いただいた、データとしてはたしか東京消防庁はお持ちでしたよね。門倉委員、コメントがありましたらお願いします。

○門倉委員 搬送時間については、65歳以上の高齢者に限定した搬送時間はデータとしては出せると思います。

○横田会長 ありがとうございます。ですから、例えば括弧書きでそういうデータを出してみてもいいのかなと思いました。

全体を通じて、メディアの立場から庄子委員、何かコメントがございませうでしょうか。

○庄子委員 皆様のご意見をお聞きして私から何か言うことはないんですが、「#7119」のところですよ。

想定する評価指標ということで「#7119」の認知率があるんですが、認知率が上がったところで、救急車を呼ばないかという、そうでもないというのがまた難しいところで、その辺はリテラシーの問題も絡んでくるので。

「今後の方向性」では「関係機関とも連携しながら#7119等の利用促進など普及啓発を実施」と書いてあるんですが、救急車を呼んだほうがタダだし、楽だからという方は、高齢者に限らずいらっしゃると思うので、その辺をどうするかが一つ課題かなと。この指標だけではなかなか測れないのかなと思いました。

○横田会長 ありがとうございます。リテラシーの問題というご指摘はそのとおりだと思います。

きょう代理出席で、多摩総合医療センターの副院長の田中先生がご出席ですが、全体を通じてでも構いません、あるいは個別のところでもいいんですが、何かコメント、質問はありますか。

○田中委員代理 檜山の代理で出席しております、副院長の田中と申します。

皆さん大体発言されていて網羅しているとは思いますが、6事業目に加わった感染症についてです。

具体的にはコロナのことだと思うんですが、現実的に今大変困っているのは、熱中症の時期で、かつ高齢者がコロナにかかり、自宅では療養できないという搬送が非常に多くて、そういう方の搬送先が見つからないという非常に大変な状況が起きていて、5類以後も余り状況が変わっていないようにも思えるんです。

なので、その点も少し踏み込んでいただくといいかなと、現場側からは思います。

○横田会長 ありがとうございます。

○遠藤医療政策部長 コロナのご対応ありがとうございます。今も熱中症と、また発熱患者さんの増加ということで、救急医療機関様には大変ご苦勞をおかけしております。

一方、幅広い医療機関でのコロナ患者さんの診療という点では、5月7日時点ではコロナ患者さんの99%の入院先は確保病床ということだったんですが、現時点では56%が確保病床、43%が確保病床以外ということで、コロナが軽症であれば通常の診療の病棟の中で診ていただけるということが、少しずつ増えてきております。

また、この夏の熱中症では、医師会さん、病院協会さんと知事が一緒に、プレスという形で都民に呼びかけたり、セルフメディケーションということで抗原キット、また「#7119」の利用なども呼びかけを行っているということでは、地域包括ケアシステムの実装も同時に図ってきているところです。

感染症予防計画の策定を今行っている中で、先生のご意見も含めて、医療計画と整合性を保ちながら、次の6年度に向けて医療体制を構築していきたいと考えております。

○横田会長 ありがとうございます。

それでは、歯科の立場から寺田委員、コメントがございましたらぜひお願いします。

○寺田委員 東京都歯科医師会の寺田でございます。私たち東京都歯科医師会の歯科からの立場としては特に発言する内容はないんですが、とてもよくできている内容ではないかと思っております。

○横田会長 ありがとうございます。

皆様のほうから積極的にいろいろなコメント、質問をいただきました。

今のコメントや質問を踏まえまして、また私のほうでお預かりして、9月4日に行われます東京都保健医療計画推進協議会の改定部会に報告したいと思っておりますが、よろしいでしょうか。

ありがとうございます。

新井委員、お願いします。

○新井委員 5疾病6事業ということで、「新興感染症発生・まん延時」が追加になりました。ここの救急医療のところでの、パンデミックのときの臨時の医療施設での対応とかいうところは、この計画には盛り込まれないのでしょうか。ちょっと気になりましたので質問しました。

○横田会長 事務局、いかがでしょうか。

○千葉救急災害医療課長 ご質問ありがとうございます。行政の分けといたしましては、救急医療のほうでは、感染症の臨時の施設は記載をする予定はございません。感染症予防計画のほうでそれが記載される予定と伺っております。

○新井委員 分かりました。じゃ、そちらの別の計画に入ることですね。

○横田会長 その分野でということですね。

○新井委員 了解しました。

○横田会長 よろしいでしょうか。

それでは、今お話ししたように、9月4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で、皆さんからコメントをいただきました内容を反映した報告をしたいと思います。

それでは、2つ目の審議事項に入りたいと思いますが、東京都保健医療計画の進捗状況について事務局から説明をよろしく申し上げます。

○馬場救急災害医療課係長 恐れ入りますが、資料3-1をご覧ください。こちらが保健医療計画の進捗管理・評価についての概要になります。

資料の下段をご覧くださいと思いますが、進捗評価の進め方が記載されておりまして、左側から「各疾病・事業の協議会等で評価内容について検討」ということで、本日この場でご意見、ご確認をいただきます。

資料の中に移りまして、本日いただきましたご意見等は保健医療計画推進協議会で報告をし、協議が行われることとなります。

続きまして、資料3-2をご覧ください。

こちらは、計画の進捗状況に対する評価の仕方について事務局での考え方を整理したものととなりますので、ご参照をいただければと思います。

続いて、資料3-3をご覧ください。

こちらは、1枚目が、救急医療に係る進捗状況評価の総合評価と、各指標の達成状況になります。

まず、各指標の達成状況ですが、1つ目の二次救急医療機関の応需率から4つ目の救急活動時間までは、計画策定時と比較をして後退しているため、達成状況はDとなっております。

5つ目の救急相談センター、「#7119」の認知率と救急搬送患者の軽症割合につきましては、計画策定時と比較をして概ね達成しているため、達成状況はBとしてございます。

資料の2枚目は、事業実績になります。こちらの表の右から2列目をご覧くださいまして、令和4年度の実績を事業ごとに取りまとめたものとなっております。

資料の1枚目にお戻りいただきまして、資料、左上の総合評価ですが、資料3-2により達成状況の平均値を出しますと1.66となりまして、総合評価としては、計算上、Cとなります。

しかしながら、昨年度、令和3年度の評価をいただいた際と同様に、令和4年度においても、救急医療が新型コロナウイルスの感染拡大の影響を大きく受けたことに鑑み、事務局案としては「評価できない」とさせていただきます。

また、以上の総合評価、各指標の達成状況、事業実績について、事前に委員の皆様にご意見をお伺いし、まとめたものが資料3-4となっております。

これをご覧いただきますと、「策定時の数値はコロナ禍前のものであり、これを用いて現状を評価することは困難」といったご意見や、「#7119に対して認知率も向上できたことは大きく評価できる。コロナ禍において役割を発揮したことも認知率向上につながったのではないか」といったご意見。

また、その他として、「要綱第6に基づき、東京ルールの改定を委員会で検討が必要」といったご意見をいただいたところでございます。

計画の進捗状況についての説明は以上です。よろしくお願いいたします。

○横田会長 ありがとうございます。資料3-4に書かれていますように、指標の上から1番目から4番目までは、直接新型コロナウイルス感染拡大の影響を受けたということで、達成状況としてはBですが、実際、それぞれの大きな波が押し寄せたときには、かなり救急医療自体が逼迫して、その評価がなかなか難しい。前年度もそのような対応だったと思います。

5番目と6番目の対応に関してはBというところでございます。

というところで、事務局の案としては、「評価できない」というところに今回もしたいということですが、本件に関して委員の皆さんからご意見をちょうだいしたいと思います、いかがでしょうか。

なかなかご意見、お話しするのはしづらいと思うんですが、坂本先生、ご意見はいかがでしょう。

○坂本委員 事務局から事前にこの資料3-1と3-2を見せていただいて、それぞれの個別評価項目に関して言えば、コロナ禍の中で非常に厳しい状況で、Dが4つ、Bが2つという状況の中で、それだけを見て全体の評価をすると、全体の総合評価も厳しくなってしまうわけですが、それに対して事務局から、想定状況と違う、コロナの影響があるので「評価なし」とする、というふうなご説明をいただきました。

考え方としてはそのような考え方と、コロナ禍のような救急需要が増えている状況においては、今の東京の計画に対してまだ結果としては不十分であるということで、厳しい点をつけるということと、2つの方向があるのかなと思いました。

ただ、「評価なし」としたとしても、ここに関して、課題があつて、それを解決しなければいけない問題があるんだということに関しては、明確にしておかないといけないんじゃないかなと思っております。

○横田会長 ありがとうございます。「評価なし」とするのであれば、その内容といたしまさか、コロナにどういうふうに対応するのだろうかということでした。

あと、医療を受ける側の代表として、重村委員、いかがでしょうか。

○重村委員 新型コロナの影響を受けたというのが如実に数字に表れているのは、こちらを見るとはっきり分かります。

その影響がいろいろあるので評価ができなかったということに、ちょっと違和感と申しますか、こういう状況があったから評価は下がりますが、こういうことがあったからこそ、こういう評価になりましたと。

コロナの影響があると救急医療はこういう状態になってしまうんですという、そういう現実的なものを出していくのもいいのではないかなと感じたんですが、いかがでしょうか。

○横田会長 あとでまた、別件で私、「最後にスライドをお見せしたい」とさっき言いましたが、例えば今の感染の拡大が第9波と呼ぶかどうか、いろんな議論はあるんですが、少なくとも第8波までの波のときに、例えば救急医療の、救急隊の活動時間だとか病院選定時間が非常に長くなっていました。

それをもって評価するのはやっぱりちょっとミスリードするのではないかというふうなところで、評価ができない。

ただ、坂本先生がおっしゃったのは、そういうことを踏まえて、ただし書きのようなものを書いたらどうかということです。

そんな感じが事務局からのことですが、そこはいかがでしょうか。

○重村委員 ただし書きで記載するのはとてもいいことだと思います。実際の活動時間がどうであったかとか。

結局、コロナになるということは、今まであり得ないというか、初めての経験ですので、そういうコロナ禍でどうであったかということをしきりと記録に残しておくのが、今後のためにも、次に何が起こるかとか分かりませんが、それこそ記録として残しておくことが後のためになるような気がするんです。

ですから、実働時間が以前と比べてどうであったかとか、ある意味そういうことは知りたい事実というか、数字だと私は感じますので、ただし書きであり、評価が上がった下がったとかいう結論を、評価がどうかということよりも、どうしてこうなったかとか、そういうことの実事がとても大切に思います。

○横田会長 ありがとうございます。非常に重要なご意見でした。

日赤の立場から矢部委員、いかがでしょうか。

○矢部委員 今の意見はとても貴重だと思いますし、コロナの状況というのは、ある意味、今回でないと得られないという怒られちゃうんですが、大事な大事な情報だと思いますので、そこは記録としてとどめるほうが、できるだけ客観的な事実を交えた記録として残しておくべきだと思いますので、私もそのご意見には賛成します。

○横田会長 ありがとうございます。

もうお一方、伺ってみましょう。熊井委員、いかがでしょうか。

○熊井委員 防災救急協会の熊井でございます。今のご意見がありましたが、私の立場で意見を言わせていただくのもどうかと思いますが、どうして評価なしに至ったかということですね。

これは、ただし書きとして委員長がおっしゃられましたが、そのあたりは書き加えるといえますか、付加したほうがいいのかなど思っております。

それと併せて、取組3の部分についてはBという評価もされているわけですから、こういったところでは評価が上がったということで、それに対する考察についても付加すべきではないのかなと感じております。

○横田会長 ありがとうございます。

それぞれの委員からのコメントを踏まえて、事務局、いかがでしょうか。

○千葉救急災害医療課長 ありがとうございます。私どもといたしましては、この救急医療が、横田先生がおっしゃられましたように、ダイレクトに影響を受けたということで、「評価できない」といたしました。

ただ、「評価できなかった、それで終わり、一切それ以外はなし」ということではなくて、影響を受けて、どういうふうな形で救急の現場は苦しかったのか、どうして逼迫したのかというのは、きちんと表現をして、その上で、想定されなかった事態なので評価できなかったという、今、委員の皆様からいただいたご意見は十分反映させて、コメントというか、きちんと、どうしてそうなったのかという理由を、皆さんに分かるように記載していきたいと考えております。

○横田会長 ありがとうございます。

○遠藤医療政策部長 1点だけ補足で。救急の活動時間の延長などを指標にこれまでもあるかと思うんですが、「発熱あり」と「なし」で、例えば5波までは、基本的には発熱以外の救急の活動時間はほとんど変わらず、一定に来られたのに、発熱の方だけの救急の活動時間が30分も40分も延びるということを5波までは繰り返していました。

そして、オミクロンの中で圧倒的に患者数が増えたときに、確保病床を7,000近くまで増やす一方で、今度は一般の医療のほうが悪くなってきて、発熱以外の方も救急が悪くなったという形で、いろいろと反省やこういった振り返りも予防計画の中ではさせていただいているところです。

今後こういった感染の拡大が出たときにすぐに対応できるように、また救急の資源をできるだけ使わずに入院調整だとか臨時の医療施設がすぐに立ち上がるような、感染症などのこういった措置だとか地域の調整権などもしっかり書き込みながら、医療計画と整合性を取っていきたいと考えています。

○横田会長 しっかり説明していただけるということでした。

新井委員、お願いします。

○新井委員 感想になるかもしれないんですが、評価にあたっての目安という物差しが、5%以上達成したらAであるとか、5%未満ですとBという物差しがあります。これを、物差しを変えてしまうのはよくないと思います。

この物差しを当てはめると、先ほどのDとかBという形になるんですが、去年、コロナの感染の大きな波を2回かぶっていますが、その波をかぶった中での指標が、このぐらいで下げ止まっているというのは、実は医療側から言うと批判されてしまうかもしれませんが、実は「よくやっている」という評価をしてもいいのかなと個人的には思っています。

このぐらいの下げ止まったところで何とか救急医療を維持したという評価も、実はできると思います。ただ、それをここに書き込むのは無理だと思いますが、そのような形で、完全に崩壊してしまうところまでは至らずに、何とか下げ止まったという評価をしてもいいのかなと、私自身は思っています。

○横田会長 ありがとうございます。例えば新型コロナの死亡率だけを取ってみると、世界的に東京都は非常に成績がいいわけです。ただ、一方で指標を取ってみるとこういうBになるので、だからこそ、なかなか評価が難しいところをぜひ説明をきちっとしていただいて、ということだと思います。

坂本委員、お願いします。

○坂本委員 追加になりますが、もし総合評価を「評価なし」とするのであれば、先ほどの注釈という話もありましたが、私の考えとしては、右に4つのDがありますが、Dは「達成が遅れている」ということで、どちらかという現状維持ぐらいのところの印象の言葉です。

ただ、それぞれの指標がかなり大きく劣化しているというか、非常に厳しい波の中でかえって悪化しているという状況から考えると、この例示の中では「その他」というところにして、それは非常に大きな救急への負荷がかかったために、従来の指標では評価ができないような厳しい状況になっているということを書いて、ここが「その他」なので総合評価としては「評価なし」になるとしたほうが、論理的には整合性が取れるかなと思いました。

○横田会長 そこはいかがでしょうか。

○千葉救急災害医療課長 そうですね。各指標の達成状況というのはそれぞれ数値化したものでやっておりますので、実績値が、資料3-2にあるような記載の基準に当てはめるとこうなるということですが、表現としては、今、坂本先生がおっしゃったように、Dは「達成が遅れている」という表現になるものですから、そこは現実とは違うのかなと思います。

ただ、そこをDではなくて、「その他」、実績値が取れない。この計画で言う「その他」というのは、何らかの事情で統計が取れないとかいうふうな想定をしましたので、こんなに環境が変わる、状況が変わるというのを想定しなかったものですから、そこにするかどうかは、この評価をいただく協議会で決めていただければと思います。

○横田会長 その辺、坂本先生、この数字で評価するということで、今回この分類だとDにせざるを得ないというところ、よろしいでしょうか。

○坂本委員 だから、本来、最初から、Dの次にEというのを用意して、「かえって悪化している」というのがあれば、それに相当するようなことなんだと思いますが、皆さんがそれで「やむなし」と思えばいいと思います。私としてはそういうふうな意見でした。

○横田会長 ありがとうございます。

ほかによろしいでしょうか。

それでは、今、坂本先生の意見がございましたが、この救急医療分野の進捗状況の総合評価については、「評価できない」という形で。ただし、「なぜ評価できないか」という説明書きはきちんと書き込む。そんなことでよろしいですね。

ありがとうございました。

それでは、時間ももうないんですが、二、三分時間をいただいて、今まで議論したそのものです。事務局、投影していただけますか。

これは、委員の方はもう知っているデータもあるんですが、初めて見る方もいると思いますので、説明させていただきます。

上のグラフが、先ほど来、何回も議論が出てきました東京ルールの推移です。

そこに第1波から第8波まで山と谷があると思います。このような形で推移をしてきたわけですね。今、直近のデータで言うと、1日当たり209件というのがあります。

先ほど遠藤部長から、平成28年は成績が一番よかった。そのときの1日平均で言うと17件だったんですね。年間約6,000件だったんです。それを365で割ると17件。

ところが、このようにベースも上がっているし、各波が押し寄せたときには、一番高い波のときには373というふうな数字になっています。こういう状況で、今の救急の状況が逼迫しつつあるというところだと思います。

次のスライドをお願いします。

これは東京消防庁からの「#7119」の中での発熱の依頼件数です。これも8月28日、直近のデータだと146件ということで、これもコロナウイルスの波とちょうど相関して、このように山のピークが出ています。

こういう中で、やはり救急医療が現在かなり逼迫しているという状況で、5類になって3か月になりましたが、実は救急の現場では、かなり今、状況はきつくなっているというのを、ぜひ委員の皆さんに共有していただきたいと思います。

ちなみに、じゃコロナで入院している患者さんの数はどのぐらいかというのが最後のスライドです。現在、2,600名ということです。

国の指標で、それぞれ市民の方に普及啓発というか、アラートを出す指標というのが4つあるんですが、今の東京都のデータで言いますと、その4つの指標で、それに達したものが1つはあるんですが、この入院患者様もそれに近づきつつある、そんな状況です。

ということで、ぜひ、それぞれの医療機関で引き続き感染の拡大に注意してほしいということと、こういう中での救急医療の迅速な対応をぜひよろしくお願いしたい、このようにこの機会をいただいて皆さんにお願いをしたいと思います。

それから、次に、これは毎回、機会があるごとに述べているんですが、47都道府県ごとの心肺停止、特に蘇生が、元気になることが期待できる心室細動と心室頻脈の生存率の比較ランキングです。

東京都は毎年、消防庁から数字として公表されるんですが、私、見やすいように、「見える化」、グラフ化しました。このように東京は、全国平均と比べると必ずしもよくないんですね。

では、その原因は何か。今日は細かなデータを出しませんが、幾つか指標を考えて、統計操作をしてみました。

例えば、救急隊の到着時間としては東京都は長いんですが、確かにそれは統計的には蘇生率と相関はするんです。あるいは、医療機関までの搬送時間も東京都は長いほうで、それも確かに相関するんです。

しかし、最も蘇生率に相関するのは、現場に居合わせた、東京都で言うと都民ですね、都民がその場で心肺蘇生をしたか、応急手当をしたかというところが、一番統計的には関わる。

それは当然ですよ。その場にいた人がすぐに心肺蘇生をすれば、助かるチャンスは出てくるわけです。全国平均でも、119番をしてから救急隊が到着するまでは8分、9分かかるわけです。

ですから、1分ごとに蘇生率は10%低下するわけですから、8分、9分かかるともう蘇生、生存率というのはゼロに近くなる。ですから、その場に居合わせた人が何もしないと、蘇生は期待できないわけですよ。

そういう中で都民も、頑張る人ももちろんいるので、次の表を見てください。これは令和3年度で、都民が心肺蘇生をして、かつAEDを使った場合の蘇生率です。赤い丸が2つありますが、下のところを見てください。

都民が心肺蘇生をして、AEDを使った場合に、50.7%の生存率です。これが令和3年です。

次の令和4年を見てください。さらに上がって、57.7%です。これは先ほどの全国平均と比べますと、あっという間に東京都はトップになるんですね。

ですから、ここは皆さん、事あるごとに、いろんなチャンスがあると思いますので、都民に普及啓発。今度、9月13日と記憶していますが、「救急の日」に都民の公開講座があります。そこでも私、このスライドを使って、都民の方、頑張りましょうと。

特に岡山とか福岡とかいう県は、バイスタンダーCPR、すなわち、その場に居合わせた人の応急手当をする割合が非常に高いんです。東京都で言いますと、応急手当、そ

の場に居合わせた人が心肺蘇生をする割合は、47都道府県中46位です。一番低いのが香川県で、次に低いのが東京です。

これが仮に福岡とか沖縄とか長野というふうな数字まで上がってくれば、東京都はあっという間に上位のほうになるというのは、先ほどのスライドのとおりなので、100%になれば、蘇生率が57.7%になるわけです。

この割合を、少なくとも全国平均、さらにトップに何とかなるように、私もいろいろなところでアナウンスしますので、ぜひ皆さんも普及啓発をよろしくお願ひしたいと思ひます。

この救急医療対策協議会のそもそものミッションというか、仕事ではないのかもかもしれませんが、こういう実態があるということをぜひご承知いただければと思ひます。

お時間をちょうだいしました。

○山下委員 今のお話は、NHKで朝早く、5時半ぐらいから、よくしております。私も実際にやってみないと分からない、経験をしなきゃいけないと思っております。

○横田会長 ぜひいろいろなところで宣伝していただきたいと思ひます。ありがとうございます。少しお時間をちょうだいしました。

矢部委員、よろしくお願ひします。

○矢部委員 時間がないところで1点だけ、日赤も消防庁さんと同じで、救急法の講習等を展開していて、大変興味深く拝見しました。

この資料は事前には配付されていなかったと思うんですが、もし頂戴できるのであれば、今後の講習普及事業に役立てたいと思ひますので、ぜひ資料を頂戴できるとありがたいなと思っております。

○横田会長 ぜひ使ってください。これは公表されたデータを私が見える化しただけです。

○矢部委員 すごく分かりやすいので参考にさせていただければと思っております。

○横田会長 ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。

それでは、少し時間が超過しました。きょうの議題は以上でございますので、進行を事務局にお譲りしたいと思ひます。よろしくお願ひします。

○千葉救急災害医療課長 皆様、長時間にわたり様々なご意見をいただきまして本当にありがとうございました。

まず議題の1つ目の保健医療計画の骨子案につきましては、皆様のご意見を踏まえまして事務局できちんと修正をし、横田先生にご確認をいただいたあとに、横田先生からもご説明があったとおり、改定部会に議論を移していきたいと思っております。どうぞよろしくお願ひいたします。

また、2点目の議題の保健医療計画の進捗管理のところでは、なかなか厳しいご意見もいただきました。ただ単に評価して、「できなかった」だけではなくて、今日いただいたご意見を踏まえて、その理由とか背景等を含めたコメントをしっかりと書き込んで公表していきたいと思っております。

また、先ほど横田先生からもご案内がありましたが、9月13日（水）15時30分から、「救急の日」のイベントということで、都庁において横田先生の講演と、東京消防庁さん、東京防災救急協会さんのご協力を得て、AEDの実際の体験会を予定しておりますので、ぜひ。

皆様はお忙しいので無理かもしれませんが、皆様のお近くの方にぜひお声をかけていただいて、ご参加をお待ちしております。予約は不要、無料でございますので、どうぞよろしく願いいたします。

それでは、本日は以上をもちまして救急医療対策協議会を終了させていただきたいと思っております。どうもありがとうございました。

（19時38分 終了）