

第23回東京都メディカルコントロール協議会会議資料

日時 令和5年3月16日(木)

18時00分～20時00分

場所 本部庁舎8階特別会議室及びWeb

次 第

1 開 会

2 委員紹介等

3 審議事項

審議事項1 東京都メディカルコントロール協議会における男女共同参画の推進について

審議事項2 医療機関に勤務する救急救命士の認定を要する救急救命処置に係る認定要領について

審議事項3 ガイドライン改訂に伴う救急活動基準の改正について

審議事項4 救急需要逼迫時における救急救命士再教育の実施要領について

審議事項5 新規薬剤投与実習医療機関の承認について

4 報告事項

報告事項1 東京都における令和4年中の救急活動

報告事項2 東京都の蘇生統計

5 その他

6 閉 会

第23回東京都メディカルコントロール協議会

令和5年3月16日(木) 18時00分～

次 第

1 開 会

2 委員紹介等

3 審議事項

審議事項1 東京都メディカルコントロール協議会における男女共同参画の推進について

審議事項2 医療機関に勤務する救急救命士の認定を要する救急救命処置に係る認定要領について

審議事項3 ガイドライン改訂に伴う救急活動基準の改正について

審議事項4 救急需要逼迫時における救急救命士再教育の実施要領について

審議事項5 新規薬剤投与実習医療機関の承認について

4 報告事項

報告事項1 東京都における令和4年中の救急活動

報告事項2 東京都の蘇生統計

5 その他

6 閉 会

第23回東京都メディカルコントロール協議会

東京都メディカルコントロール協議会委員名簿

会 長	横 田 裕 行	(日本体育大学大学院保健医療学研究科長・教授)
会長代理	坂 本 哲 也	(帝京大学医学部附属病院病院長)
委 員	※ 五十音順	
	新 井 悟	(河北総合病院理事長補佐)
	石 原 哲	(東京曳舟病院名誉院長)
	猪 口 正 孝	(東京都医師会副会長)
	植 松 悟 子	(国立成育医療研究センター総合診療部救急診療科部長)
	畝 本 恭 子	(日本医科大学多摩永山病院副院長救命救急科部長)
	大 友 康 裕	(東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科救急災害医学分野教授)
	大 桃 丈 知	(東京都医師会救急委員会委員長)
	岡 田 保 誠	(公立昭和病院救命救急センター長)
	門 倉 徹	(東京消防庁救急部長)
	菊 池 邦 彦	(八丈町消防本部消防長)
	関 沢 明 彦	(昭和大学医学部産婦人科学講座教授)
	田 中 誠 一	(稲城市消防本部消防長)
	遠 松 秀 将	(東京都福祉保健局医療政策部長)
	橋 本 雄 太 郎	(香川大学危機管理教育・研究・地域連携推進機構客員教授)
	藤 野 甚 一	(大島町消防本部消防長)
	保 家 力	(東京都総務局総合防災部長)
	三 宅 規 之	(三宅村消防本部消防長)
	矢 口 有 乃	(東京女子医科大学医学部救急医学講座教授・講座主任)
	矢 野 正 雄	(南町田病院理事)
	山 口 芳 裕	(杏林大学医学部救急医学教室主任教授)
	吉 原 克 則	(東邦大学医学部客員教授)

審議事項1 東京都メディカルコントロール協議会における男女共同参画の推進について

第23回東京都メディカルコントロール協議会

審議事項1 東京都メディカルコントロール協議会における男女共同参画の推進について

1.これまでの経緯

- ◆ 「東京都女性活躍推進計画」（令和4年3月）で、**東京都の審議会等における女性委員任用率40%以上の目標**を設定
- ◆ 「東京都男女平等参画基本条例」（令和4年6月改正）第12条の2
都の政策の決定過程に多様な価値観や発想を反映させるため、都の附属機関及びこれに類似する機関(以下「都の附属機関等」という。)の委員を選任するに当たっては、知事が別に定めるものを除き、**男女いずれの性も委員総数の40%以上**となるよう努めなければならない。

2.現在の状況

- ◆ 「都の附属機関等」である東京都MC協議会の委員定数は25名（現員23名）
⇒ うち、女性任用率の算定対象委員数※ 16名（現員）における任用比率は19%（3名）
【内訳】男性委員13名（81%）、女性委員3名（19%）
※ 職指定委員（都職員など）を除く委員が算定対象
（専門委員会は「都の附属機関等」に当たらないため、条例12条の2の適用外）
- ◆ 令和5年11月の委員改選までに、女性委員任用率の向上について検討する必要

第23回東京都メディカルコントロール協議会

審議事項1 東京都メディカルコントロール協議会における男女共同参画の推進について

3.対応の方向性

- ◆ 東京都メディカルコントロール協議会の設置要綱を改正し、**委員定数を30名に引き上げた**うえで、**新たに女性委員を7名任用**

	現行	改正案
委員定数	25名	30名
算定対象委員数（現員）	16名	23名
算定対象外委員数	7名	7名
女性委員数	3名	10名(現員3名+7名※)
女性委員任用率	19%	40%超

※ 新たに任用する女性委員については、各委員からの推薦など関係機関との調整により選定予定

4.要綱改正案

東京都メディカルコントロール協議会設置要綱 第5条

【現行】

協議会は、別表に掲げる者につき知事が委嘱する委員25人以内をもって組織する。

【改正案】

協議会は、別表に掲げる者につき知事が委嘱する委員**30**人以内をもって組織する。

第23回東京都メディカルコントロール協議会

審議事項1 東京都メディカルコントロール協議会における男女共同参画の推進について

東京都メディカルコントロール協議会設置要綱 改正(案)新旧対照表

新	旧
<p>(組織) 第5条 協議会は、別表に掲げる者につき知事が委嘱する委員<u>30</u>人以内をもって組織する。</p> <p><u>附 則</u> <u>1 この要綱は、令和5年4月1日から施行する。</u></p>	<p>(組織) 第5条 協議会は、別表に掲げる者につき知事が委嘱する委員<u>25</u>人以内をもって組織する。</p>

審議事項2 医療機関に勤務する救急救命士の認定を要する救急救命処置に係る認定要領について

○ これまでの経緯

「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」の公布

救急救命士法の一部が改正(令和3年10月1日施行)

⇒救急救命士の業務の場が広がる

「病院若しくは診療所に搬送されるまでの間」から

「病院若しくは診療所に到着し当該病院若しくは診療所に入院するまでの間」へ

「医療機関に勤務する救急救命士の救急救命処置実施についてのガイドライン」

(令和4年9月30日 一般社団法人 日本臨床救急医学会／一般社団法人 日本救急医学会)

医師の具体的な指示を必要とする救急救命処置のうち、

- ・気管内チューブによる気道確保の実施
- ・ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管内チューブによる気道確保の実施

にあたっては、**都道府県MC協議会の認定を受けていることが必要。**

また、救急救命処置として追加された行為である

- ・心肺機能停止患者に対する薬剤（エピネフリン）投与
- ・心肺機能停止前の重度傷病者に対する、乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与

については、その実施に当たり、追加前の資格取得者に関しては、同様に**都道府県MC協議会の認定を受けていることが必要。**

審議事項2 医療機関に勤務する救急救命士の認定を要する救急救命処置に係る認定要領について

○ 課題

現行の東京都メディカルコントロール協議会において、消防機関に所属しない救急救命士を対象とした認定体制がない

○ 対応策

東京都メディカルコントロール協議会に附属する**新たな委員会を設置し、「医療機関に勤務する救急救命士を対象とした認定を要する救急救命処置に係る認定の体制」を作る**

【東京都メディカルコントロール協議会設置要綱】

第2条 協議会は、消防機関による救急業務としての傷病者の搬送及び**医療機関による当該傷病者の受入れの迅速かつ適切な実施を図る**とともに、救急隊員（救急救命士を含む。以下同じ。）の資質を向上し、医学的観点から救急隊員が行う応急処置等の質を保障することにより、傷病者の救命効果の向上を図ることを目的とする。

審議事項2 医療機関に勤務する救急救命士の認定を要する救急救命処置に係る認定要領について

○ 専門委員会について（案）

【名称(案)】 医療機関に勤務する救急救命士の救急救命処置認定に関する委員会

- ・ 医療機関に勤務する救急救命士が必要とされる救急救命処置の認定に関することを協議する

⇒医療機関に勤務する救急救命士からの、認定を必要とする救急救命処置に係る認定申請について協議し、適当と認められた際に認定する。

【委員の構成】(案)

(委員案) 所属	備考
東京都医師会	都の医療提供体制に深く関与
MC協議会委員（専門委員会委員を含む。救急医療、救急救命士教育について精通している者。）	都MC協議会・各委員会との整合性を図る
総合防災部・福祉保健局・東京消防庁	消防の認定及び都MC体制との整合性を図る

※ 委員については、東京都メディカルコントロール協議会設置要綱第9条第2項に基づいて選定予定

第23回東京都メディカルコントロール協議会

審議事項2 医療機関に勤務する救急救命士の認定を要する救急救命処置に係る認定要領について

東京都メディカルコントロール協議会専門委員会設置要綱 改正(案)新旧対照表

新	旧
<p>(専門委員会の設置) 第2条 東京都メディカルコントロール協議会(以下「協議会」という。)に、次の専門委員会を設置する。 (1)～(4) 略 <u>(5) 医療機関に勤務する救急救命士の救急救命処置認定に関する委員会</u> 2～5 略 <u>6 医療機関に勤務する救急救命士の救急救命処置認定に関する委員会は、医療機関に勤務する救急救命士が必要とされる救急救命処置の認定に関することを協議する。</u></p> <p>(招集) 第4条 事後検証委員会<u>及び医療機関に勤務する救急救命士の救急救命処置認定に関する委員会</u>は四半期毎、指示指導医委員会は年1回、その他の専門委員会は委員長が会長と協議の上招集する。</p> <p><u>附 則</u> <u>1 この要綱は、令和5年4月1日から施行する。</u></p>	<p>(専門委員会の設置) 第2条 同左 (1)～(4) 同左 <u>新設</u></p> <p>2～5 同左 <u>新設</u></p> <p>(招集) 第4条 事後検証委員会は四半期毎、指示指導医委員会は年1回、その他の専門委員会は委員長が会長と協議の上招集する。</p>

第23回東京都メディカルコントロール協議会

審議事項2 医療機関に勤務する救急救命士の認定を要する救急救命処置に係る認定要領について

- 認定申請手続き(案) 医療機関に勤務する救急救命士がMC協議会(委員会)へ申請
 ・救急救命士の『認定申請』(追加講習・実習等を修了後) 【常時受付】



※認定を希望する救急救命士は、医療機関を経由し都MC協議会に申請(福祉保健局HPからの電子申請を予定)

※認定は、四半期最終月15日までに受理したものを、翌月の委員会にて審議する

審査書類	申請書、救急救命士免許証、講習・実習の修了証等、院内研修の実施記録等(研修内容が確認できるもの)
審査基準	講習・実習の修了が確認できること
その他	<p>○以下に該当するものは認定を要しない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬剤投与:平成18年4月1日以降に実施された救急救命士国家試験の合格者(平成17年3月10日 消防庁救急救助課長 厚生労働省医政局指導課長 通知) ・心肺停止前の重度傷病者に対する拡大行為:平成26年4月1日以降に、当内容を含んだカリキュラムを修了したうえで救急救命士国家試験に合格した者(平成26年1月31日 消防庁救急企画室長 厚生労働省医政局指導課長 通知) <p>○事故発生時の責任の所在については、認定を受けた救急救命士を雇用する医療機関もしくは当該救急救命士にあることを「認定要領」に明記する</p>

⇒ 研修内容が確認できるもの(カリキュラム、時間など)の提出を求める=妥当性の担保
 現在までに発出されている国の通知を併せて示す→今までの救命士の認定基準を示す

⇒ **救命士を雇用する医療機関は、年1回(第一四半期)認定を受けた救命士の現況報告一覧を都MC協議会へ提出する**

審議事項3 ガイドライン改訂等に伴う救急活動基準の改正について

《ガイドライン改訂関係》

- ・心肺停止傷病者に対する着手要領の見直し
- ・妊婦(妊娠20週以降)の心肺蘇生に対する用手的子宮左方移動
- ・反応がある場合の異物除去における第一選択を背部叩打法とする改正
- ・新生児に対する人工呼吸回数等の変更

《その他関係》

- ・心停止プロトコール(除細動・薬剤投与統一)
- ・酸素吸入の適応及び流量
- ・重度低体温への対応要領
- ・その他所要の改正

第23回東京都メディカルコントロール協議会

審議事項3 ガイドライン改訂等に伴う救急活動基準の改正について

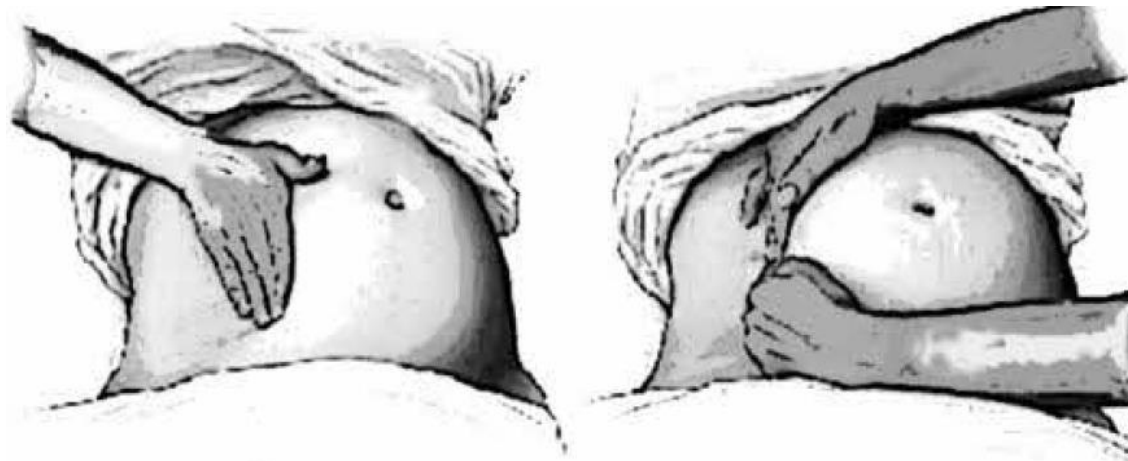
(改正案1) 心肺停止傷病者に対する着所要領の見直し

新	旧
第7章 第3節 第7 心肺蘇生 1 心肺蘇生(CPR)の対象 意識がない場合で、次に掲げる対象者とする。 (1)～(4)	第7章 第3節 第7 心肺蘇生 1 同左 意識レベルJCS300で、次に掲げる対象者とする。 (1)～(4) 同左

(改正案2) 妊婦(妊娠20週以降)の心肺蘇生に用手的子宮左方移動を追記

新	旧
第8章 第7節 第8 産科救急 4 救急処置 (1)～(4) 略 <u>(5) 心肺蘇生時の処置</u> <u>妊婦で視診または触診により子宮底が妊婦の臍の高さより上方と認め</u> <u>た場合(およそ妊娠20週以降が目安)は、人員の充足状況及び活動環境に</u> <u>応じて、胸骨圧迫実施時には可能な限り用手的子宮左方移動に努める。</u>	第8章 第7節 第8 産科救急 4 救急処置 (1)～(4) 略 <u>新設</u>

(改正案2) 資料: 用手的子宮左方移動の実施方法

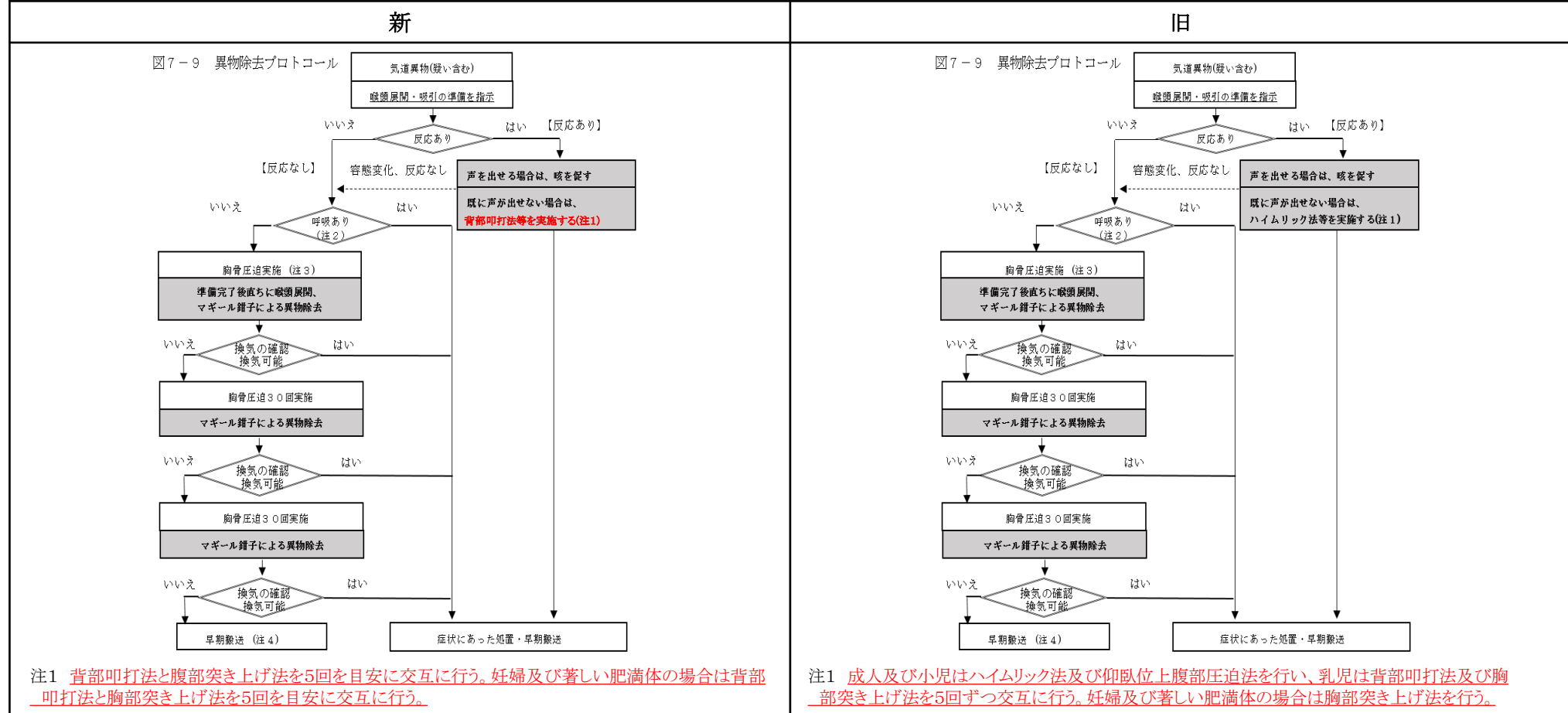


〔母体救命アドバンスガイドブックJ-MELS編集委員会編:母体救命アドバンスガイドブックJ-MELS;J-CIMELS公認講習会アドバンスコーステキスト, P211より引用〕

第23回東京都メディカルコントロール協議会

審議事項3 ガイドライン改訂等に伴う救急活動基準の改正について

(改正案3) 反応のある場合の異物除去で第一選択を背部叩打法に変更



審議事項3 ガイドライン改訂等に伴う救急活動基準の改正について

(改正案4) 新生児に対する人工呼吸回数等の変更

新	旧																						
<p>第7章 第3節 第6 人工呼吸 別表7-5 人工呼吸の回数</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">区分</th> <th style="width:85%;">回数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>成人</td> <td>10回/分(6秒に1回)</td> </tr> <tr> <td>小児</td> <td rowspan="2">12から15回/分(4から5秒に1回)</td> </tr> <tr> <td> 幼児</td> </tr> <tr> <td>乳児</td> <td rowspan="2">20回/分(3秒に1回)</td> </tr> <tr> <td> 新生児</td> </tr> <tr> <td> 出生直後の新生児</td> <td>30回/分(2秒に1回)</td> </tr> </tbody> </table> <p>第7章 第3節 第7 心肺蘇生 3 心肺蘇生の方法 (1) 略 (2) 用手による胸骨圧迫と手動式人工呼吸器(バッグマスク)又はデマンドバルブによる人工呼吸とを併用した場合は、胸骨圧迫と人工呼吸の割合を成人は30:2、小児及び乳児の一人法は30:2、二人法は15:2とする。 <u>出生直後の新生児の二人法における胸骨圧迫と人工呼吸は3:1とするよう努める。ただし、移動等でサイクルを保つことが困難である場合は、小児に対する心肺蘇生法の比率(一人法30:2、二人法15:2)に準じた活動を行う。</u></p>	区分	回数	成人	10回/分(6秒に1回)	小児	12から15回/分(4から5秒に1回)	幼児	乳児	20回/分(3秒に1回)	新生児	出生直後の新生児	30回/分(2秒に1回)	<p>第7章 第3節 第6 人工呼吸 別表7-5 人工呼吸の回数</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">区分</th> <th style="width:85%;">回数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>成人</td> <td>10回/分(6秒に1回)</td> </tr> <tr> <td>小児</td> <td rowspan="2">12から15回/分(4から5秒に1回)</td> </tr> <tr> <td> 幼児</td> </tr> <tr> <td>乳児</td> <td rowspan="2">20回/分(3秒に1回)</td> </tr> <tr> <td> 新生児</td> </tr> </tbody> </table> <p>第7章 第3節 第7 心肺蘇生 3 心肺蘇生の方法 (1) 同左中略 (2) 用手による胸骨圧迫と手動式人工呼吸器(バッグマスク)又はデマンドバルブによる人工呼吸とを併用した場合は、胸骨圧迫と人工呼吸の割合を成人は30:2、小児及び乳児の一人法は30:2、二人法は15:2とする。</p>	区分	回数	成人	10回/分(6秒に1回)	小児	12から15回/分(4から5秒に1回)	幼児	乳児	20回/分(3秒に1回)	新生児
区分	回数																						
成人	10回/分(6秒に1回)																						
小児	12から15回/分(4から5秒に1回)																						
幼児																							
乳児	20回/分(3秒に1回)																						
新生児																							
出生直後の新生児	30回/分(2秒に1回)																						
区分	回数																						
成人	10回/分(6秒に1回)																						
小児	12から15回/分(4から5秒に1回)																						
幼児																							
乳児	20回/分(3秒に1回)																						
新生児																							

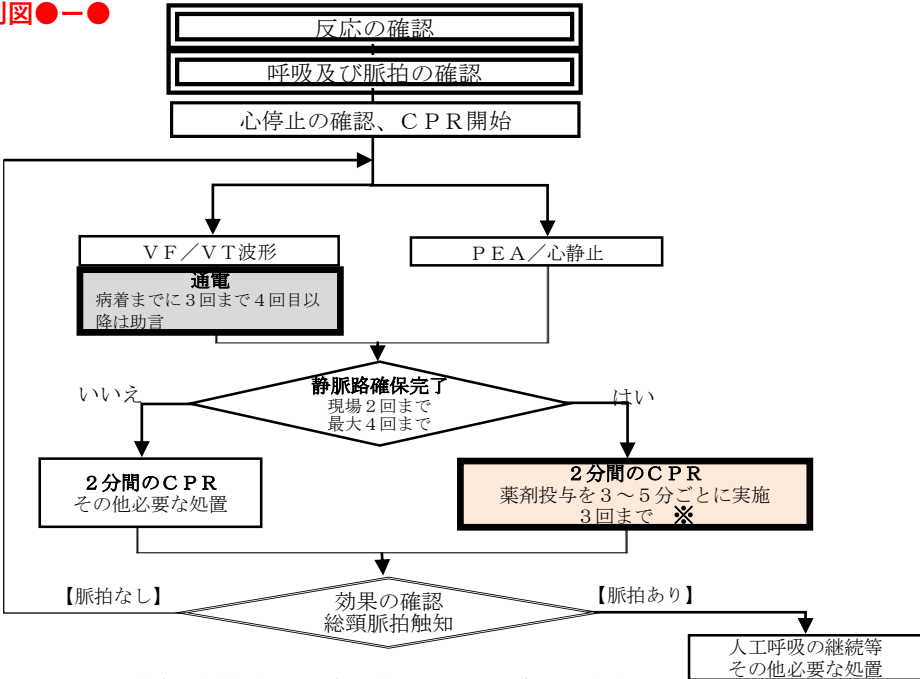
審議事項3 ガイドライン改訂等に伴う救急活動基準の改正について

(改正案5) 心停止プロトコール(除細動・薬剤投与統一)

新	旧
<p>第7章 第3節 第8 自動体外式除細動器による除細動 1 除細動処置の対象 意識がない場合で総頸動脈(小児は総頸動脈又は大腿動脈、乳児は上腕動脈又は大腿動脈)が触れず、心電図上に心室細動又は心室頻拍がみられるすべての傷病者 2～5 略</p>	<p>第7章 第3節 第8 自動体外式除細動器による除細動 1 除細動処置の対象 意識レベルICS300で総頸動脈(小児は総頸動脈又は大腿動脈、乳児は上腕動脈又は大腿動脈)が触れず、心電図上に心室細動又は心室頻拍がみられるすべての傷病者 2～5 同左</p>

審議事項3 ガイドライン改訂等に伴う救急活動基準の改正について

(改正案5) 心停止プロトコール(除細動・薬剤投与統一)

新	旧
<p>第7章 第3節 第11 心停止プロトコール</p> <p>別図●-●</p>  <p>※ 救急隊接触直後の波形等が以下の場合に薬剤投与 ①VF/脈なしVT、PEAを認める ②目撃あり心静止 ③心停止から概ね10分以内と考えられる目撃のない心静止</p>	<p>第7章 第3節 新設</p>

第23回東京都メディカルコントロール協議会

審議事項3 ガイドライン改訂等に伴う救急活動基準の改正について
(改正案5) 心停止プロトコル(除細動・薬剤投与統一)

新	旧
<p>図7-14</p> <p>注 原則、救急隊による通電は、病院到着まで3回（消防隊の回数を含む。バイスタンダーの回数は含まない。）とする。 なお、4回目以降の通電について助言を得て実施する。 ※ 覚知から病院到着まで45分以内の搬送を目安とした活動に留意する。 ※ 効果の判定時は、脈拍の有無、心電図波形を可能な限り短時間で確認し、プリントアウト等により記録する。 ※ 通電量は、使用する機種により設定（推奨）されている値とする。</p>	<p>図7-14</p> <p>注1 (1) 原則、救急隊による通電は、現場出発まで3回（消防隊の回数を含む。バイスタンダーの回数は含まない。）とし、以後の助言要請及び指示要請は行わずに、早期に医療機関へ搬送する。 ただし、搬送先医療機関未決定の場合及び搬送先医療機関まで時間を要する（搬送時間が概ね2.0分以上）と判断した場合は、4回目以降の通電について助言を得て実施する。 なお、通電回数は合計6回を超えない範囲とする。 (2) 現場出発後に初回の除細動適応波形を確認した場合の通電回数は、1回までとする。 (3) 必要に応じて器具による気道確保を判断した場合については指示要請を行う。 注2 (1) 救急隊先着時の初期波形及び先着した消防隊による初回の解析結果から、除細動の実施がなかった場合は、薬剤投与（アドレナリン）を考慮する。 (2) 除細動実施後に除細動適応波形以外の波形となった場合は、薬剤投与を行うことなく其他必要な処置を実施して早期に搬送する。 ※ 初期波形VF/VTにおける救急活動は、可及的速やかな搬送を主眼とすること。また、覚知から病院到着まで45分以内の搬送を目安とした活動に留意する。 ※ 効果の判定時は、脈拍の有無、心電図波形を可能な限り短時間で確認し、プリントアウト等により記録する。 ※ 通電量は、使用する機種により設定（推奨）されている値とする。</p>

第23回東京都メディカルコントロール協議会

審議事項3 ガイドライン改訂等に伴う救急活動基準の改正について

(改正案5) 心停止プロトコル(除細動・薬剤投与統一)

新	旧
<p>第7章 第3節 第10 薬剤投与(アドレナリン)プロトコル</p> <p>図7-17</p> <p>※ <u>穿刺は傷病者1人に対し合計4回までとし、現場では2回までとする。</u> ※ 効果の判定は、2分毎に行う CPR の効果の判定に併せて行うものとし、判定は脈拍の有無、心電図波形を可能な限り短時間で確認し、プリントアウト等により記録する。 ※ 薬剤投与は、3～5分毎に実施するものとし、医師引継ぎまで3回までとする。 ※ 波形変化により除細動適応波形を確認した場合の通電回数は、<u>病院到着まで3回とする。</u> なお、<u>4回目以降の通電について助言を得て実施する。</u> ※ 薬剤投与と除細動処置の時機が重なった場合は、除細動処置を優先し、その後、薬剤投与を行う。 ※ <u>現症後の静脈路確保は、以下の場合に実施可能とする。</u> ア 特定行為による気道確保が為され、人工呼吸器等により効果的な人工呼吸の継続可能 イ 自動式心マッサージ器等により、効果的な胸骨圧迫心マッサージを継続できる ウ 4名乗車等により人工呼吸及び胸骨圧迫心マッサージの継続しながら特定行為が実施可能</p>	<p>第7章 第3節 第11 薬剤投与(アドレナリン)プロトコル</p> <p>図7-17</p> <p>※ <u>PA連携時に消防隊が先着し、初回解析結果でAEDによる除細動がなかった場合において、救急隊の初期波形がV F/V Tの場合は薬剤投与プロトコルを適応する。</u> <u>穿刺は現場で2回、車内収容時2回までとする。</u> ※ 効果の判定は、2分毎に行う CPR の効果の判定に併せて行うものとし、判定は脈拍の有無、心電図波形を可能な限り短時間で確認し、プリントアウト等により記録する。 ※ 薬剤投与は、3～5分毎に実施するものとし、医師引継ぎまで3回までとする。 ※ 波形変化により除細動適応波形を確認した場合の通電回数は、<u>現場出発まで3回とする。</u> なお、<u>現場出発後、初回の除細動適応波形を確認した場合は、初回の1回のみ通電する。</u> ※ 薬剤投与と除細動処置の時機が重なった場合は、除細動処置を優先し、その後、薬剤投与を行う。</p>

第23回東京都メディカルコントロール協議会

審議事項3 ガイドライン改訂等に伴う救急活動基準の改正について

(改正案6) 酸素吸入の適応及び流量

新	旧
<p>第7章 第3節 第5 酸素吸入</p> <p>1 酸素吸入の対象 酸素吸入は、以下の場合に実施する。</p> <p>(1) ショックの場合 (2) 略 ア、イ 略 ウ 頻呼吸 エ <u>動脈血酸素飽和度 (SpO₂) が90%以下の場合</u> (3) 予防的な酸素吸入の必要性が特に高いと判断した場合 (4) 医師の指示がある場合</p> <p>2、3 略</p> <p>4 留意事項 (1) 一般的な留意事項 ア～オ 略 カ 予防的に酸素吸入の必要性が特に高い場合とは以下の様な場合をいう。 (例)「意識障害がある場合」 「舌根沈下等の低酸素状態の出現や進行の恐れがある場合」等 キ 心疾患、脳卒中の疑いがある場合に、酸素濃度や流量の判断に迷う場合は助言要請を行う。</p>	<p>第7章 第3節 第5 酸素吸入</p> <p>1 酸素吸入の対象 酸素吸入は、以下の場合に実施する。</p> <p>(1) ショック <u>症状等を含む呼吸・循環不全の場合</u> (2) 略以下の低酸素症の症状がある場合 ア、イ 同左 ウ 頻呼吸 <u>や頻脈</u> エ <u>急性の貧血等</u> (3) <u>パルスオキシメータの動脈血酸素飽和度 (SpO₂) が90%以下を示した場合</u> (4) 予防的に酸素吸入の必要性があると判断した場合 (5) 医師の指示がある場合</p> <p>2、3 同左</p> <p>4 留意事項 (1) 一般的な留意事項 ア～オ 同左 新設</p> <p>新設</p>

審議事項3 ガイドライン改訂等に伴う救急活動基準の改正について

(改正案7) 重度低体温への対応要領を新たな項目として追加

新	旧
<p><u>重度低体温への対応要領をまとめて新たな項目として新設</u></p>	<p>第5章 第5節 第3 傷病者の観察 活動基準5-38ページ 重度低体温の場合の呼吸脈拍確認 (中略)呼吸の確認は、30～45秒間かけて実施する。 (中略)脈拍の確認は、30～45秒間かけて実施する。</p> <p>第5章 第7節 第5 重症度・緊急度判断 活動基準5-70ページ 1 小児及び乳児の症状等 以下の症状が確認された場合は、重症と判断する。 (1) コ 低体温</p> <p>第7章 第3節 第7 心肺蘇生 活動基準7-27ページ 意識レベルJCS300で(中略)重度低体温と判断され、脈拍が10回/分未満の場合</p> <p>第7章 第3節 第8 除細動処置の制限 活動基準7-32ページ (中略)重度低体温と判断する。その場合、救急隊による除細動の通電は1回のみとし、2回目以降の通電について、救急隊指導医の助言を受ける。</p> <p>第8章 第3節 第3 低体温・凍傷 活動基準8-25ページ 3 重症度・緊急度の判断 (中略)体温が著しく低下していると観察される場合及び体温測定の結果、低値で測定できない場合は、重度低体温と判断する。</p> <p>4 救急処置 (中略)医療機関では復温処置を最優先するので、迅速に搬送する。</p> <p>7 留意事項 (中略)重度低体温が疑われ、循環の保たれている傷病者では、不用意な刺激を与えないよう、愛護的に扱う。</p>

審議事項3 ガイドライン改訂等に伴う救急活動基準の改正について

(改正案8)その他の所要の変更

- ・WBチューブの項目を削除
- ・気管挿管プロトコールの一部改正
- ・心肺蘇生を望まない傷病者への対応

新	旧
<p>第7章 第3節 第3 (カ) 気管内チューブ a～c 略 d 挿入要領 (a)、(b) 略 (c) <u>気管内チューブ挿入の際は、チューブの先端が声門を通過する直前で胸骨圧迫を中断させ、チューブを挿入し、声門マーカが声門部分にあることを確認後に胸骨圧迫を再開する。</u> (d) 挿入後は、胸部挙上、5点聴診、呼気二酸化炭素 (ETCO2) モニター (以下「ETCO2モニター」という。) 等により、気管内チューブが確実に気管内に入っていることを確認する。 e 留意事項 (a)～(e) 略 (f) ストレッチャー等への移動時、車内収容時及び<u>医療機関到着時に5点聴診により</u>換気確認及び気管内チューブの位置 (深さ) 及び固定状況の確認を行う。</p>	<p>第7章 第3節 第3 (カ) 気管内チューブ a～c 略 d 挿入要領 (c) 気管内チューブの挿入に際しては、チューブの先端が声門を通過する<u>のを確実に確認し、チューブの</u>声門マーカが声門部分にあることを確認する。 (d) 挿入後は、<u>食道挿管検知器 (EDD)</u>、胸部挙上、5点聴診、呼気二酸化炭素 (ETCO2) モニター (以下「ETCO2モニター」という。) 等により、気管内チューブが確実に気管内に入っていることを確認する。 e 留意事項 (f) ストレッチャー等への移動時<u>及び</u>車内収容時に換気確認及び気管内チューブの位置 (深さ) 及び固定状況の確認を行う。</p>

審議事項3 ガイドライン改訂等に伴う救急活動基準の改正について

(改正案8) その他の所要の変更

新	旧
<p>第5章 第1節 第9 心肺蘇生を望まない傷病者への対応</p> <ol style="list-style-type: none">1 略2 対象者 成年の心肺機能停止状態にある傷病者のうち、人生の最終段階においてACP(※注)の結果として傷病者本人が「心肺蘇生の実施を望まない意思」を有している場合。ただし、次に該当する者を除く。	<p>第5章 第1節 第9 心肺蘇生を望まない傷病者への対応</p> <ol style="list-style-type: none">1 同左2 対象者 成年(20歳以上)の心肺機能停止状態にある傷病者のうち、人生の最終段階においてACP(※注)の結果として傷病者本人が「心肺蘇生の実施を望まない意思」を有している場合。ただし、次に該当する者を除く。

審議事項4 救急需要逼迫時における救急救命士再教育の実施要領について

第23回東京都メディカルコントロール協議会

審議事項4 救急需要逼迫時における救急救命士再教育の実施要領について

《背景》

- 令和2年度以降、新型コロナウイルス感染症の拡大の影響から、東京消防庁において、救急救命士再教育（病院実習、以下「病院実習」という。）の未修了者が多数発生
- 第9回救急隊員の教育に関する委員会（以下「教育の委員会」という。）において、未修了者に対する補充教養として、日常的教育に「医師による教育」等を加えることで不足分を補うこととされた
- 令和4年末から、ひっ迫する救急需要などに伴い、病院実習への職員の派遣が困難な状況が常態化していることから、当該措置の継続について教育の委員会において審議



《教育の委員会審議結果》

- 令和4年度の未修了者に対しても当該措置を継続することを承認
- 今後の課題として、病院実習が困難な状況が継続することを考慮し、補充教育を実施することとするが、教育の質を維持していくため、補充教育の項目について実情に即した内容の検討

第23回東京都メディカルコントロール協議会

審議事項4 救急需要逼迫時における救急救命士再教育の実施要領について

《日常的な教育項目》
※網掛けは追加項目

大区分	中区分	小区分	単位	実施数	単位数	備考
東京都M/C主催	A	医師による教育	医師検証事案における教育	1		
			WEB講義受講	1		
			搬送後院内教育	1		
			特別研修における医師講義の聴講	1		
			ドクターカー・DMAT連携	1		
			A 小計			
消防・東京都M/C主催	B	事例研究 症例研究等	(署・方面・本部) 救急研究会	発表	2	
				聴講	1	
			症例検討会	発表	2	
				聴講	1	
			活動検討会	参加	1	
			救急部補充教養	参加	2	
			再教育出向者教養	指導	2	
		聴講	1			
	B 小計					
	C	訓練・演習 効果確認等	訓練・演習	実施	1	
			(署・方面) 訓練効果確認	実施	2	
			巡回指導	参加	1	
			同乗指導(所属)	1出場	1	
			同乗指導(方面救急担当係長)	1出場	2	
			都民指導	指導	1	
(署訓練計画による) 総合訓練			実施	1		
C 小計						
他機関主催	D	救急関連 セミナー類	実践教育セミナー	受講	2	
				指導	4	
			D 小計			
E	学会参加等	各種学会	発表	8		
			聴講	2		
			E 小計			
その他	F	指導・育成	学校研修講師	半日	2	
			教育・指導	半年	4	
			F 小計			
総取得単位数						

《参考 東京消防庁における病院実習の実施状況》

令和4年度 救急救命士再教育指定人員 (令和4年2月末現在)		500
4年度実施状況	修了者	263
	未修了(実習64時間に達しなかったもの)	228
	未実施者(1日も病院実習できなかった者)	9
	未修了者小計	237

※ 令和5年1月23日以降中止

審議事項5 新規薬剤投与実習医療機関の承認について

第23回東京都メディカルコントロール協議会

審議事項5 新規薬剤投与実習医療機関の承認について

《背景》

救急救命士等における実習医療機関を更に充実させるため、新規に薬剤投与実習医療機関の指定について教育の委員会において審議

《新規指定施設(案)》

- ・ 東京慈恵会医科大学附属病院
- ・ 順天堂大学医学部附属練馬病院

《教育の委員会審議結果》

臨床実習施設における要件※を満たしていることから、東京都メディカルコントロール協議会より新規薬剤投与実習医療機関について承認後、各医療機関と東京消防庁において病院実習に関する協定を締結することとして承認された。

※ 別添え5 「臨床実習施設の選定について」の一部改正について(指第25号 平成10年5月 厚生省健康政策局指導課長)を参照

第23回東京都メディカルコントロール協議会

審議事項5 新規薬剤投与実習医療機関の承認について

東京慈恵会医科大学附属病院	
所在	港区西新橋3-19-18
病床数	1,075床
診療科目	内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、腎臓内科、内分泌・代謝内科、血液内科、小児科、産科、婦人科、精神科、脳神経内科、外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、消化器外科、肝臓外科、乳腺外科、血管外科、眼科、耳鼻いんこう科、皮膚科、泌尿器科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、歯科、歯科口腔外科、救急科、病理診断科

順天堂大学医学部附属練馬病院	
所在	練馬区西高野台3-1-10
病床数	490床
診療科目	内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、小児科、精神科、神経内科、リウマチ内科、糖尿内分泌内科、腎臓内科、血液内科、 外科、消化器外科、乳腺外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、呼吸器外科、小児外科、産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、皮膚アレルギー科、泌尿器科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、救急科、臨床検査科、病理診断科、歯科、心臓血管外科、小児科(新生児)

第23回東京都メディカルコントロール協議会

審議事項5 新規薬剤投与実習医療機関の承認について

《薬剤投与実習医療機関》

No.	医療機関名	教育施設の指定	
		指定No.	指定年月日
1	東京女子医科大学病院	1	H18.2.1
2	国立大学法人東京大学医学部附属病院	2	H18.2.1
3	日本医科大学多摩永山病院	3	H18.2.1
4	日本赤十字東京都支部武蔵野赤十字病院	4	H18.2.1
5	日本大学医学部附属板橋病院	5	H18.2.1
6	青梅市立総合病院	6	H18.2.1
7	杏林大学医学部附属病院	7	H18.2.1
8	帝京大学医学部附属病院	8	H18.2.1
9	東京女子医科大学附属足立医療センター	9	H18.2.1
10	東京都立多摩総合医療センター	10	H18.2.1
11	独立行政法人国立病院機構災害医療センター	11	H18.2.1
12	公立昭和病院	12	H18.2.1
13	東京都立広尾病院	13	H18.2.1
14	昭和大学病院	14	H18.2.1
15	聖路加国際病院	15	H18.2.1
16	東京医科大学八王子医療センター	16	H18.2.1
17	日本大学病院	17	H18.2.1
18	東京都立墨東病院	18	H18.2.10
19	東邦大学医療センター大森病院	19	H18.2.10
20	独立行政法人国立病院機構東京医療センター	20	H18.2.10
21	東京医科大学病院	21	H18.2.10
22	日本医科大学付属病院	22	H18.2.13
23	慶應義塾大学病院	23	H18.3.6
24	東京医科歯科大学病院	24	H20.12.19
25	独立行政法人国立国際医療研究センター病院	25	H21.11.19
26	東京警察病院	26	H21.11.19
27	日本赤十字社医療センター	27	H22.1.22
28	東京都済生会中央病院	28	H25.11.6
29	自衛隊中央病院	29	R3.4.1

報告事項1 東京都における令和4年中の救急活動

第23回東京都メディカルコントロール協議会

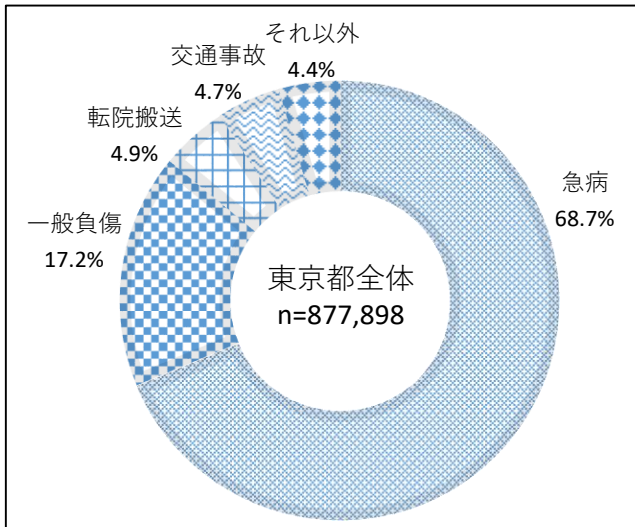
報告事項1 東京都における令和4年中の救急活動

東京都における令和4年中の救急活動について

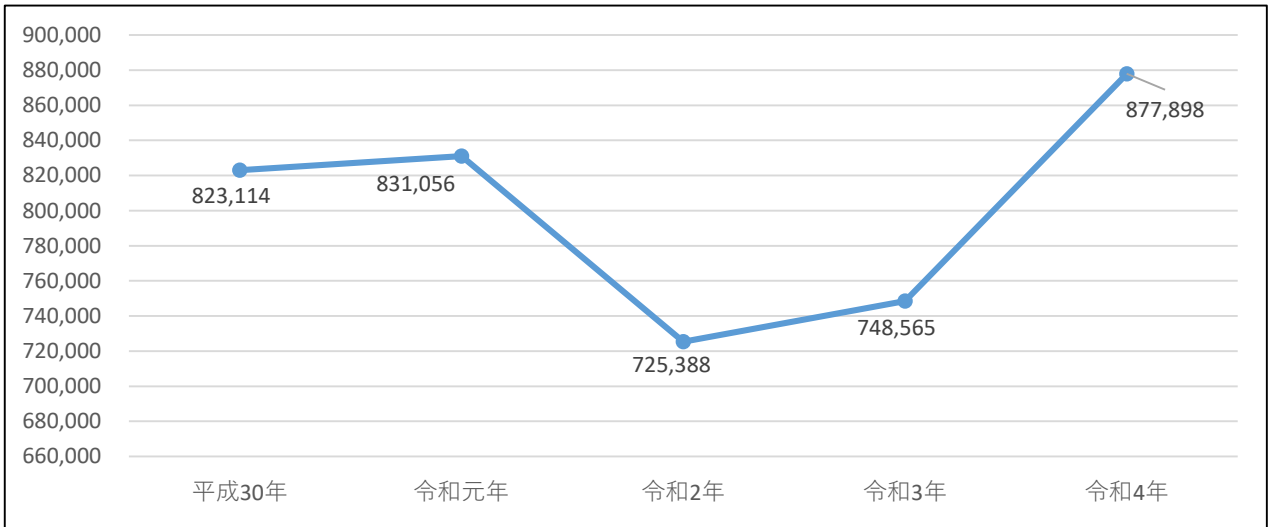
※令和4年のデータは全て速報値となります。

<表1> 各消防本部の出場件数

消防本部	区分	総数	交通事故	火災事故	運動競技事故	自然災害事故	水難事故	労働災害事故	一般負傷	自損行為	加害	急病	転院搬送	資器材等輸送	医師搬送	その他
東京消防庁	出場件数	872,101	41,077	3,354	4,611	8	563	5,237	150,464	6,658	5,253	599,238	42,954	709	181	11,794
	構成割合	100%	5%	0%	1%	0%	0%	1%	17%	1%	1%	69%	5%	0%	0%	1%
稲城市消防本部	出場件数	4,578	285	0	30	0	1	46	715	45	17	3,178	232	0	0	29
	構成割合	100%	6%	0%	1%	0%	0%	1%	16%	1%	0%	69%	5%	0%	0%	1%
大島町消防本部	出場件数	494	14	0	0	0	5	2	81	0	1	288	103	0	0	0
	構成割合	100%	3%	0%	0%	0%	1%	0%	16%	0%	0%	58%	21%	0%	0%	0%
三宅村消防本部	出場件数	145	5	0	2	0	0	4	18	0	0	72	41	0	0	3
	構成割合	100%	3%	0%	1%	0%	0%	3%	12%	0%	0%	50%	28%	0%	0%	2%
八丈町消防本部	出場件数	580	15	0	0	0	5	14	109	2	3	376	54	0	0	2
	構成割合	100%	3%	0%	0%	0%	1%	2%	19%	0%	1%	65%	9%	0%	0%	0%
合計	出場件数	877,898	41,396	3,354	4,643	8	574	5,303	151,387	6,705	5,274	603,152	43,384	709	181	11,828
	構成割合	100%	4.7	0.4	0.5	0.0	0.1	0.6	17.2	0.8	0.6	68.7	4.9	0.1	0.0	1.3



<図1> 東京都全体 種別の割合



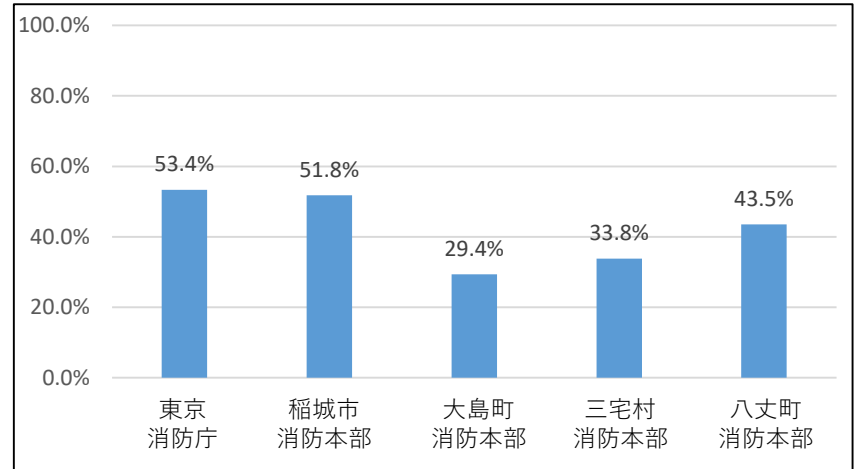
<図2> 東京都全体 出場件数推移

第23回東京都メディカルコントロール協議会

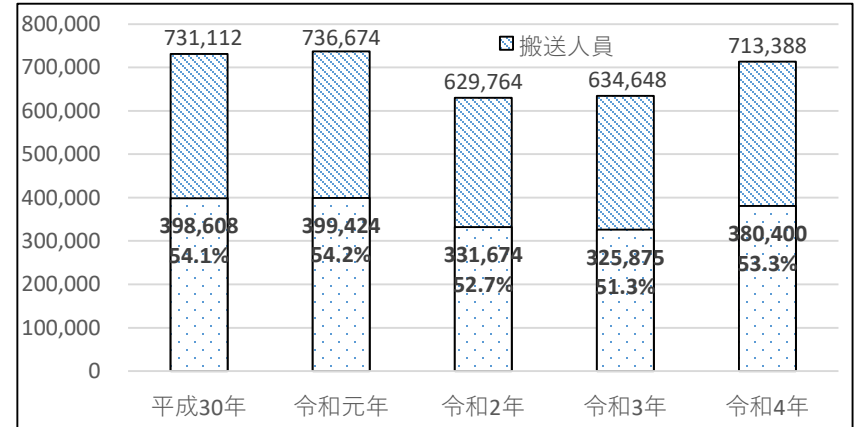
報告事項1 東京都における令和4年中の救急活動

<表2> 各消防本部の出場件数

消防本部	区分	救護人員			軽症患者数	軽症割合
		総数	搬送人員	現場処置		
東京消防庁	令和4年	710,390	708,503	1,887	378,052	53.4%
	令和3年	631,410	630,257	1,153	323,827	51.4%
	増減数	78,980	78,246	734	54,225	2.0%
	増減率	12.5%	12.4%	63.7%	16.7%	
稲城市消防本部	令和4年	4,600	3,715	885	1,923	51.8%
	令和3年	3,766	3,464	302	1,802	52.0%
	増減数	834	251	583	121	-0.3%
	増減率	22.1%	7.2%	193.0%	6.7%	
大島町消防本部	令和4年	476	476	0	140	29.4%
	令和3年	363	342	0	64	18.7%
	増減数	113	134	0	76	10.7%
	増減率	31.1%	39.2%	0.0	118.8%	
三宅村消防本部	令和4年	146	142	3	48	33.8%
	令和3年	140	135	4	34	25.2%
	増減数	6	7	-1	14	8.6%
	増減率	4.3%	5.2%	-25.0%	41.2%	
八丈町消防本部	令和4年	552	545	7	237	43.5%
	令和3年	452	450	2	148	32.9%
	増減数	100	95	5	89	10.6%
	増減率	22.1%	21.1%	250.0%	60.1%	
合計	令和4年	716,164	713,381	2,782	380,400	53.3%
	令和3年	636,131	634,648	1,461	325,875	51.3%
	増減数	80,033	78,733	1,321	54,525	2.0%
	増減率	12.6%	12.4%	90.4%	16.7%	



<図3> 各消防本部の軽症者割合



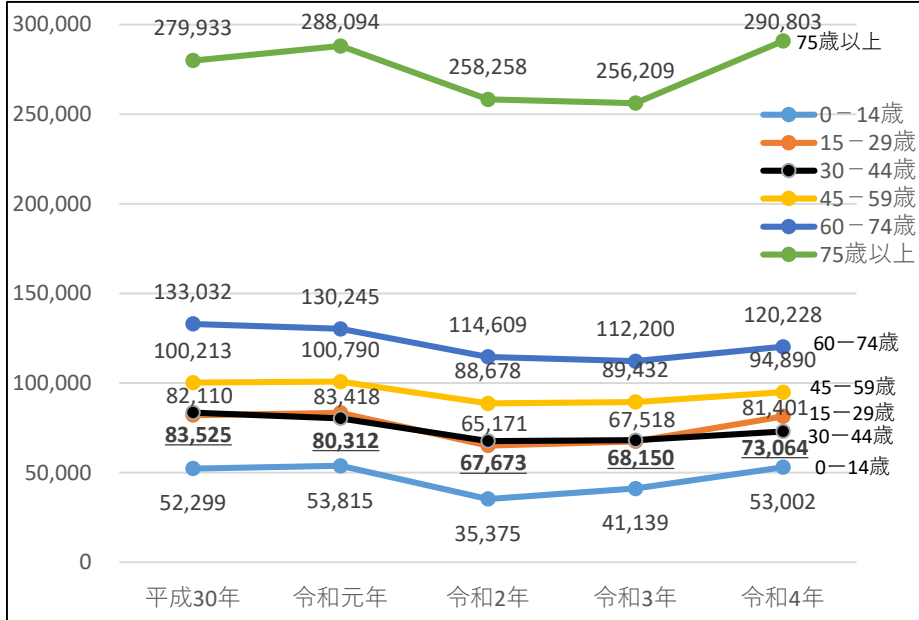
<図4> 東京都全体 搬送人員と軽症患者数の推移

第23回東京都メディカルコントロール協議会

報告事項1 東京都における令和4年中の救急活動

<表3> 東京都全体 各年齢区分における搬送人員の推移

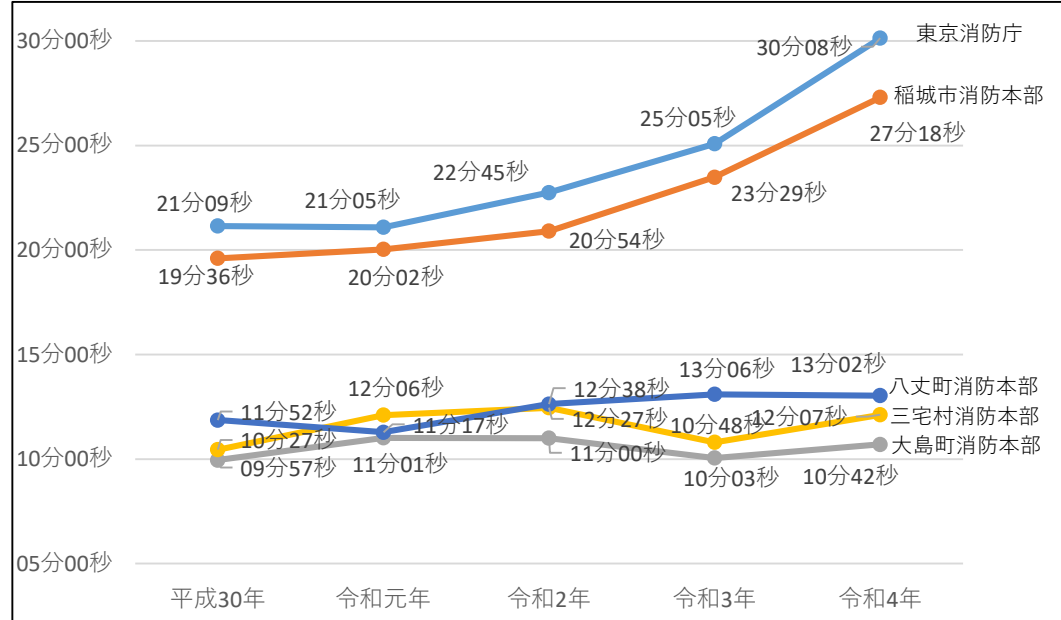
	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
0-14歳	52,299	53,815	35,375	41,139	53,002
15-29歳	82,110	83,418	65,171	67,518	81,401
30-44歳	83,525	80,312	67,673	68,150	73,064
45-59歳	100,213	100,790	88,678	89,432	94,890
60-74歳	133,032	130,245	114,609	112,200	120,228
75歳以上	279,933	288,094	258,258	256,209	290,803
合計	731,112	736,674	629,764	634,648	713,388



<図5> 東京都全体 各年齢区分における搬送人員の推移

<表4> 各消防本部 「入電～現着」及び「現着～現発」の平均時間の推移

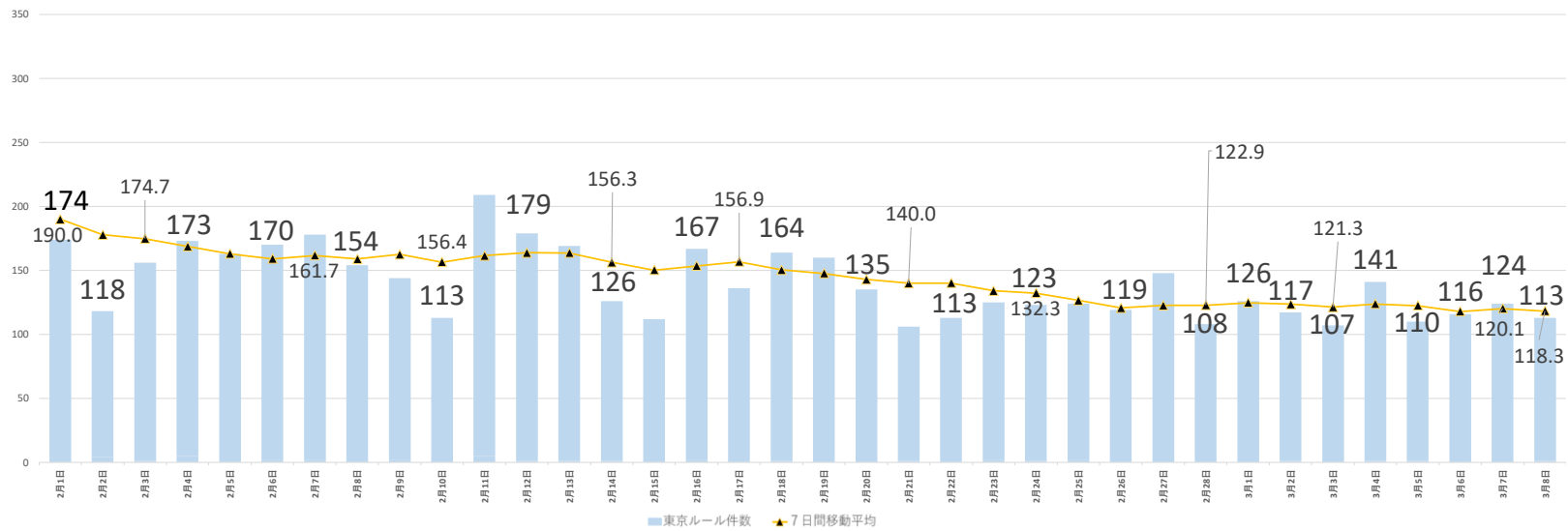
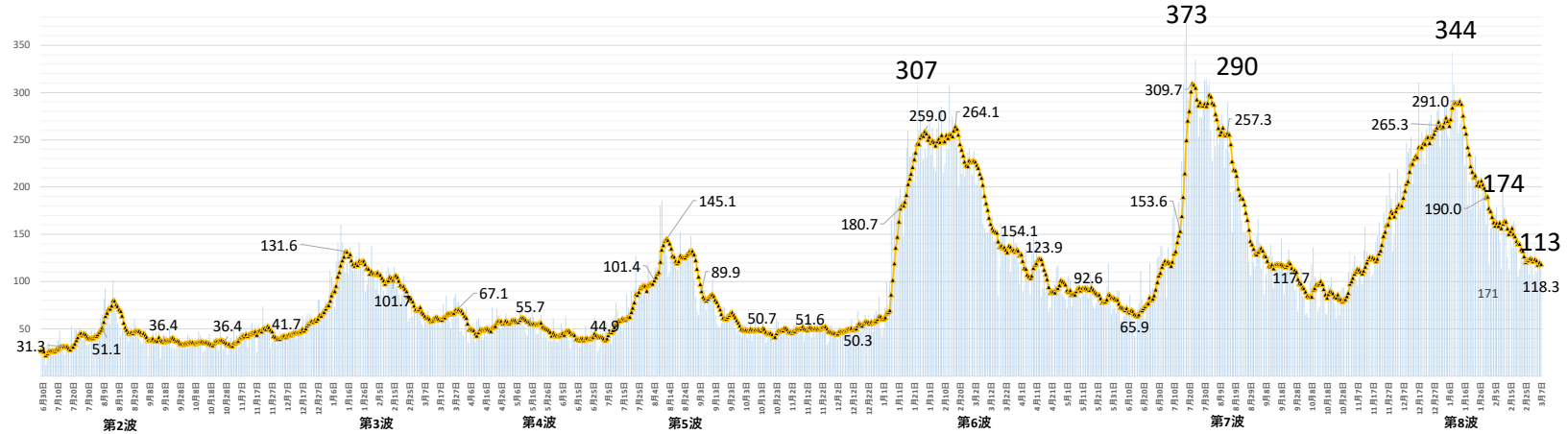
消防本部	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	
東京消防庁	入電～現着	10分54秒	10分26秒	10分24秒	11分29秒	14分15秒
	現着～現発	21分09秒	21分05秒	22分45秒	25分05秒	30分08秒
稲城市消防本部	入電～現着	07分35秒	07分44秒	07分55秒	07分59秒	07分59秒
	現着～現発	19分36秒	20分02秒	20分54秒	23分29秒	27分18秒
大島町消防本部	入電～現着	14分11秒	12分15秒	12分57秒	13分27秒	13分49秒
	現着～現発	09分57秒	11分01秒	11分00秒	10分03秒	10分42秒
三宅村消防本部	入電～現着	11分20秒	11分34秒	11分48秒	11分00秒	11分48秒
	現着～現発	10分27秒	12分06秒	12分27秒	10分48秒	12分07秒
八丈町消防本部	入電～現着	09分38秒	09分32秒	10分12秒	09分05秒	10分37秒
	現着～現発	11分52秒	11分17秒	12分38秒	13分06秒	13分02秒



<図6> 各消防本部の「現着～現発」の平均時間の推移

令和5年3月10日
東京都福祉保健局作成

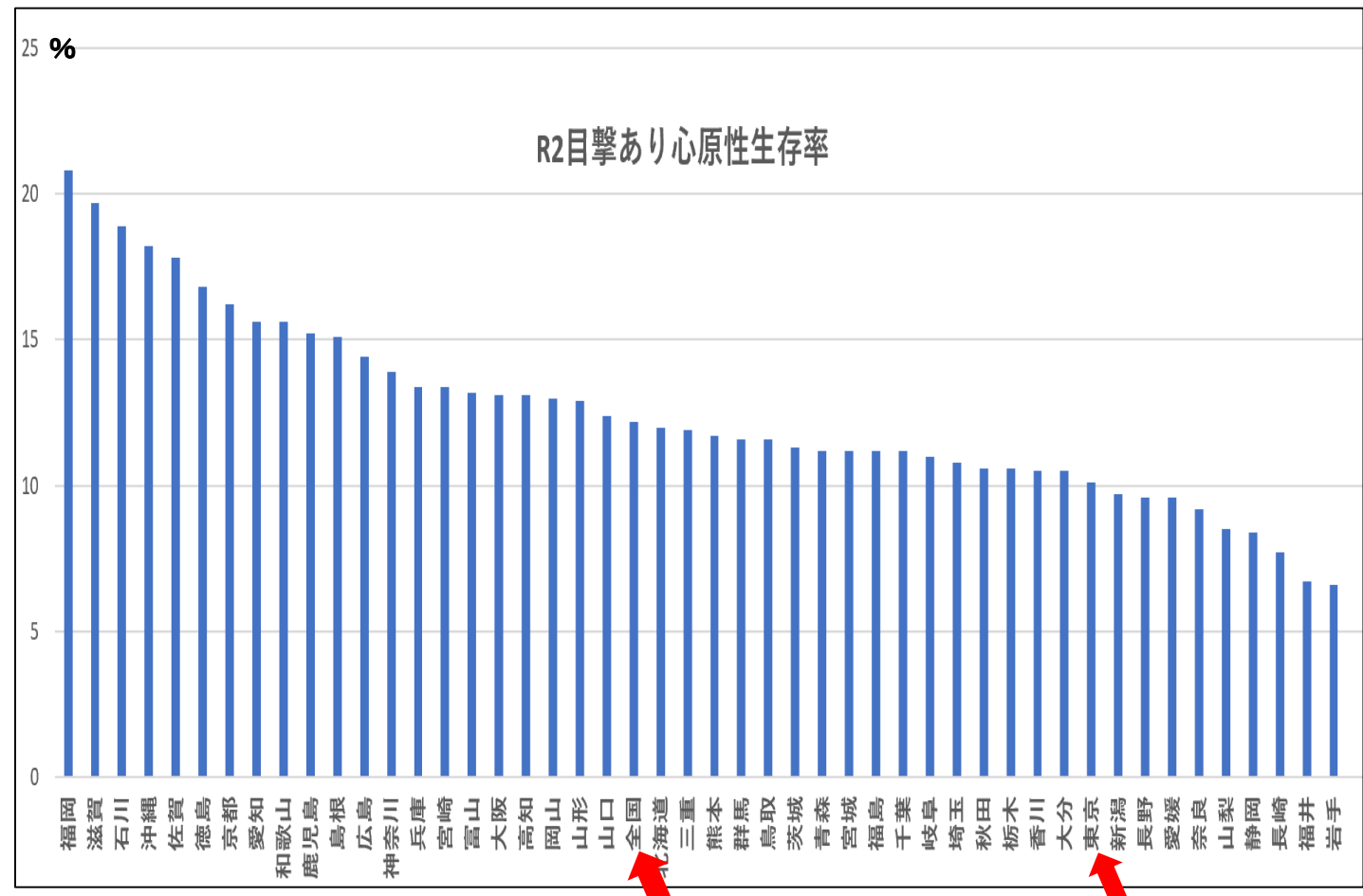
東京ルール件数の推移



報告事項2 東京都の蘇生統計

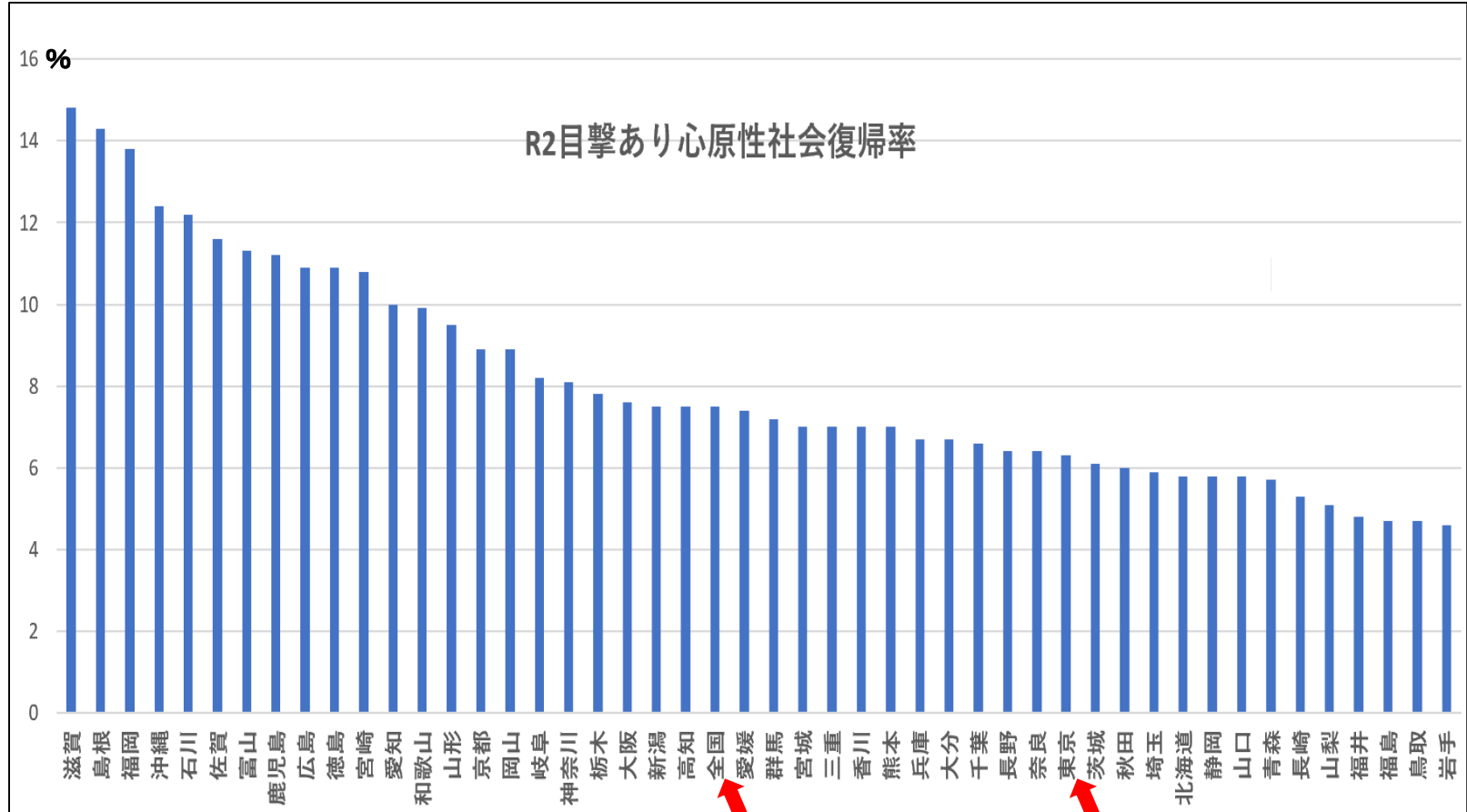
令和2年都道府県別目撃ありの心原性心停止生存率

令和3年版
救急・救助の現況から編集



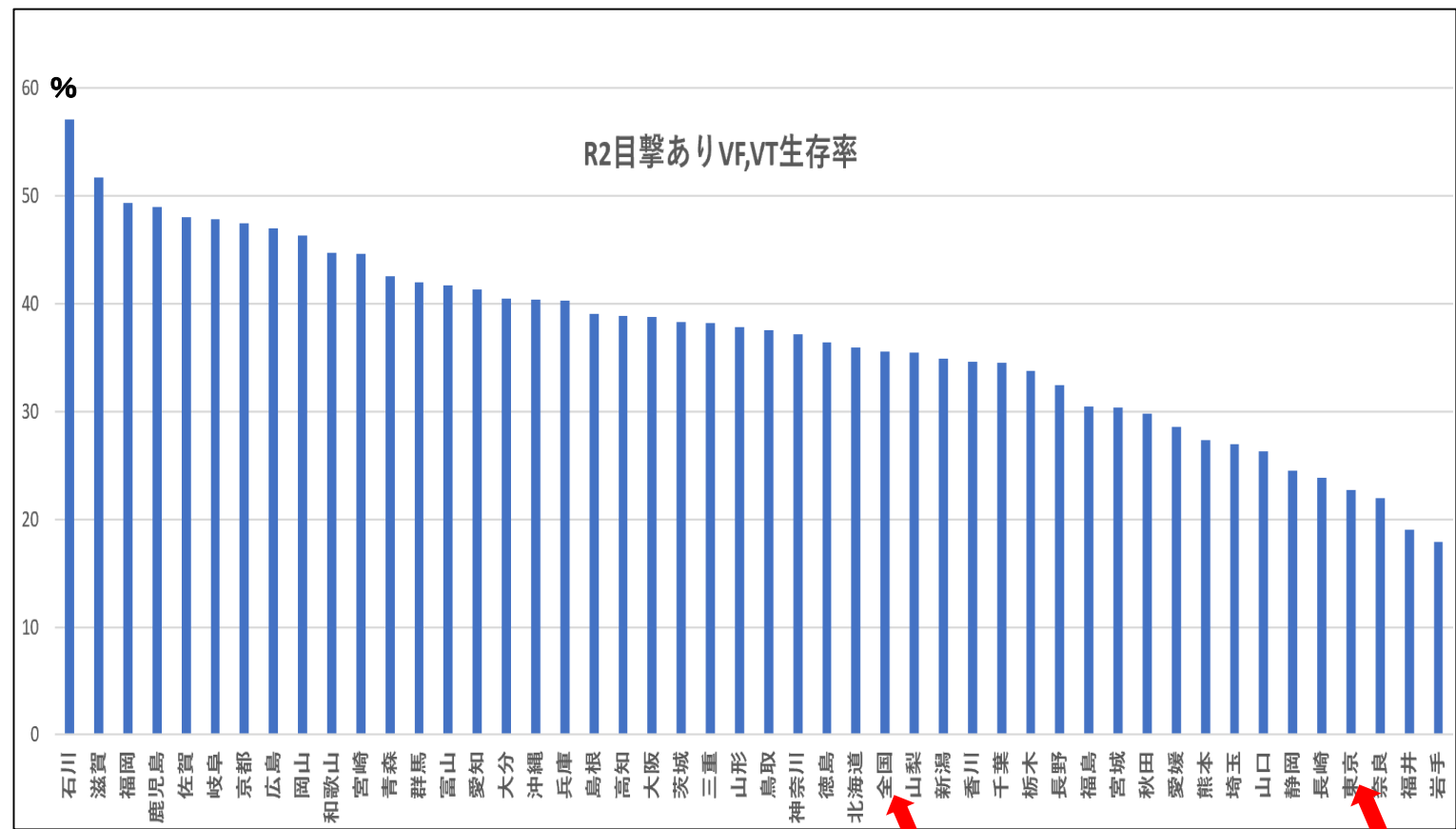
令和2年都道府県別目撃ありの心原性心停止社会復帰率

令和3年版
救急・救助の現況から編集



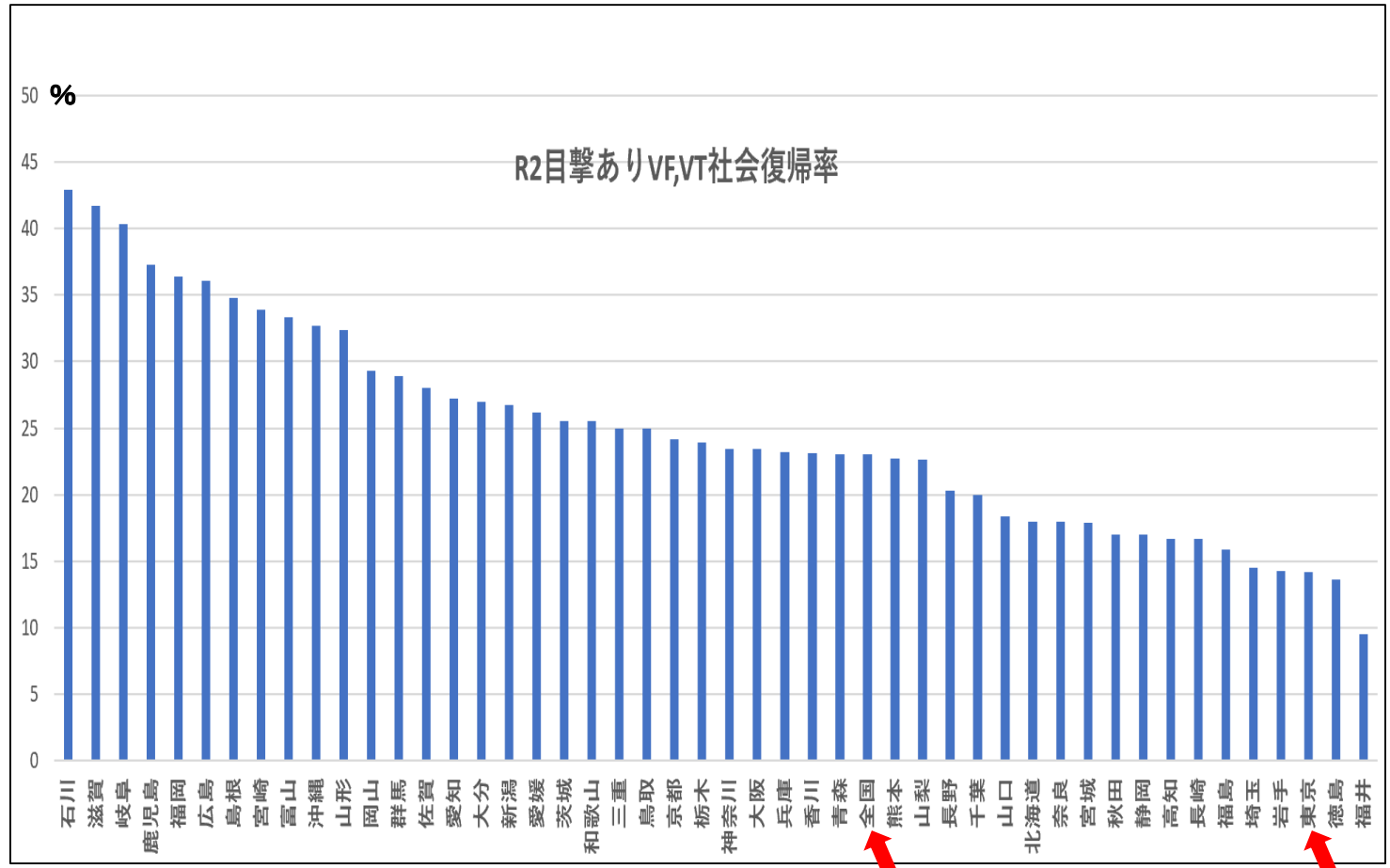
令和2年都道府県別目撃ありのVF/VT生存率

令和3年版
救急・救助の現況から編集



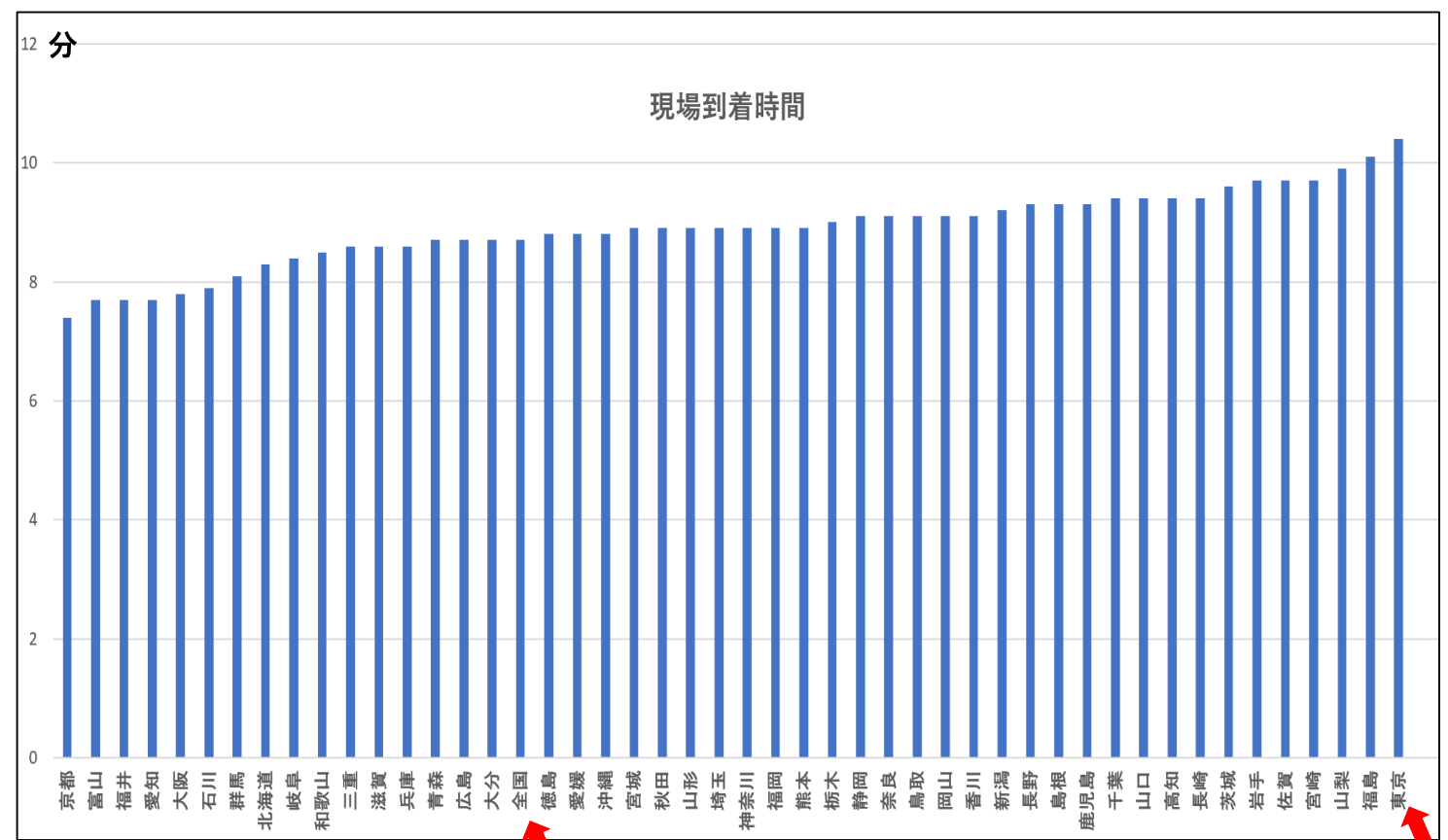
令和2年都道府県別目撃ありのVF/VT社会復帰率

令和3年版
救急・救助の現況から編集



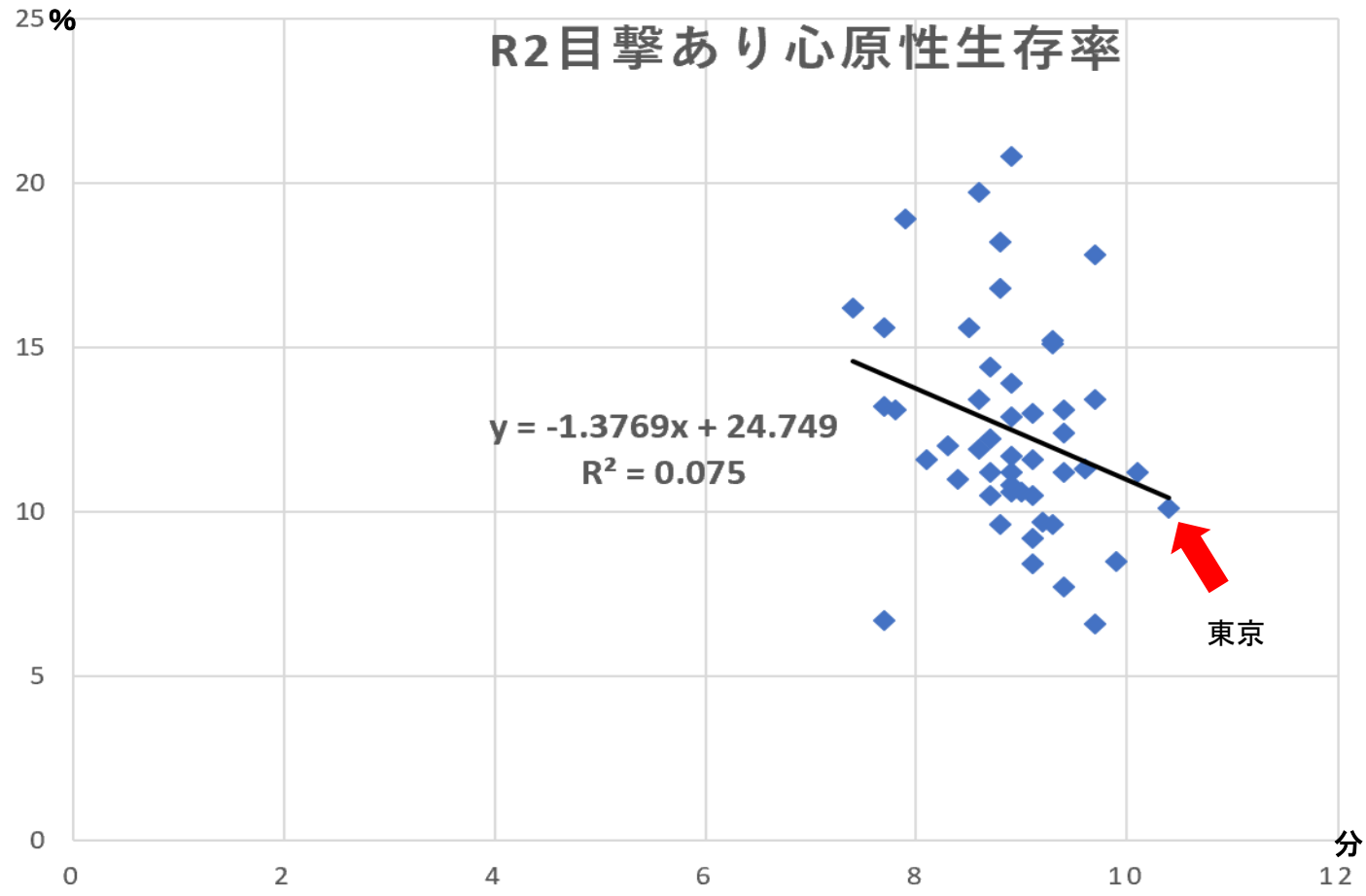
令和2年都道府県別救急要請から現場到着時間

令和3年版
救急・救助の現況から編集

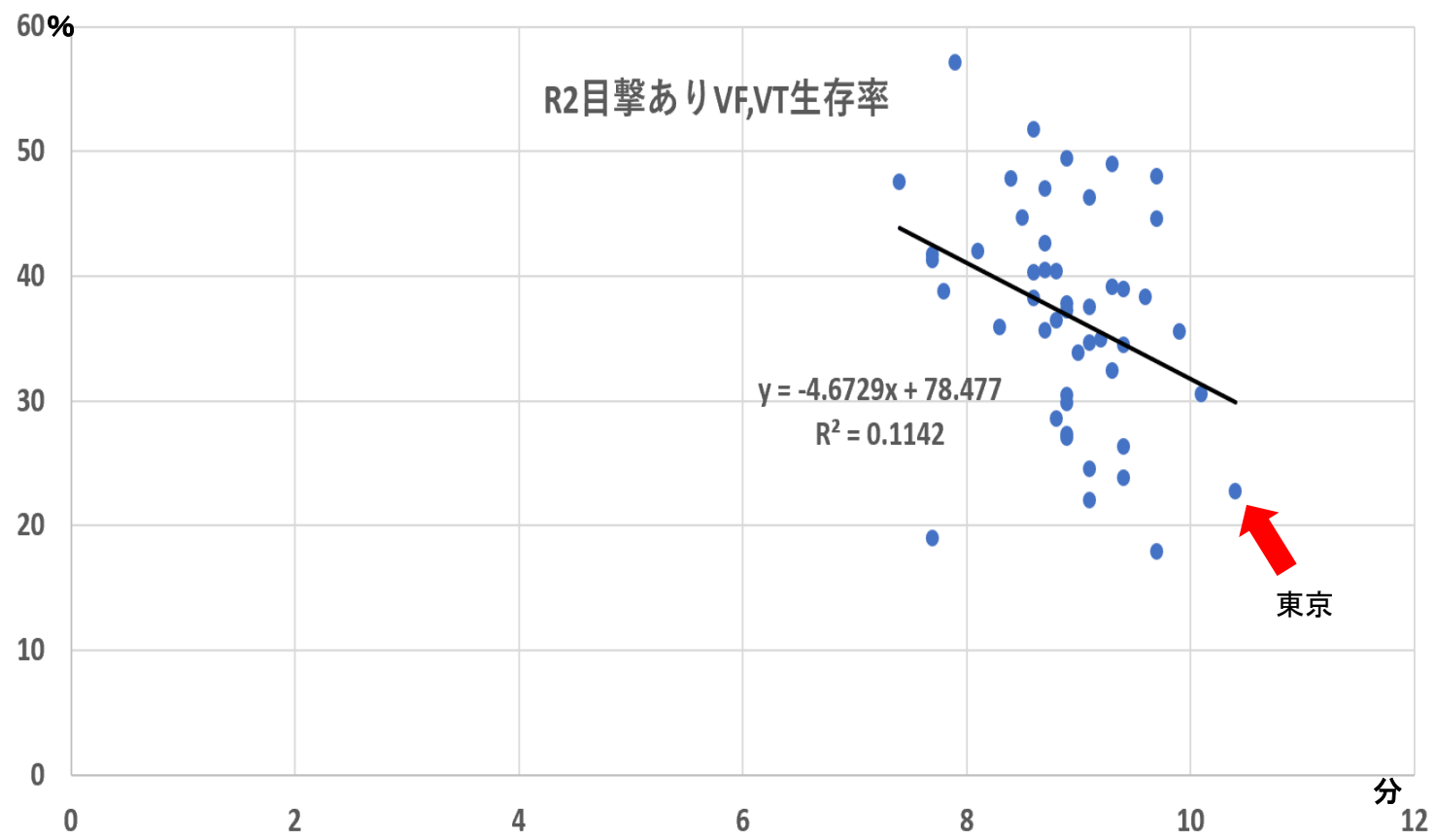


現場到着時間と生存率

令和3年版
救急・救助の現況から編集

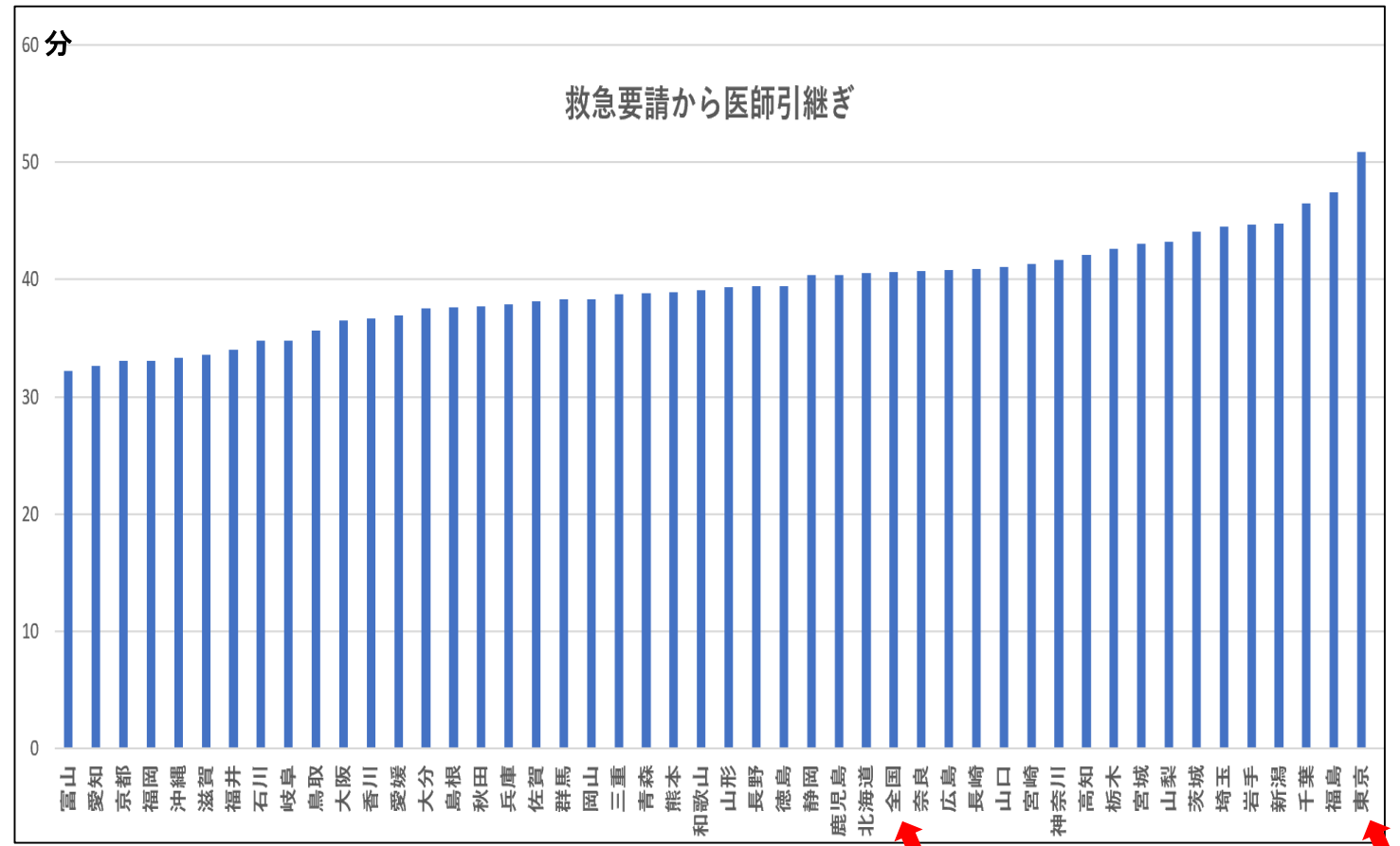


目撃ありのVT/VFの現場到着時間と生存率

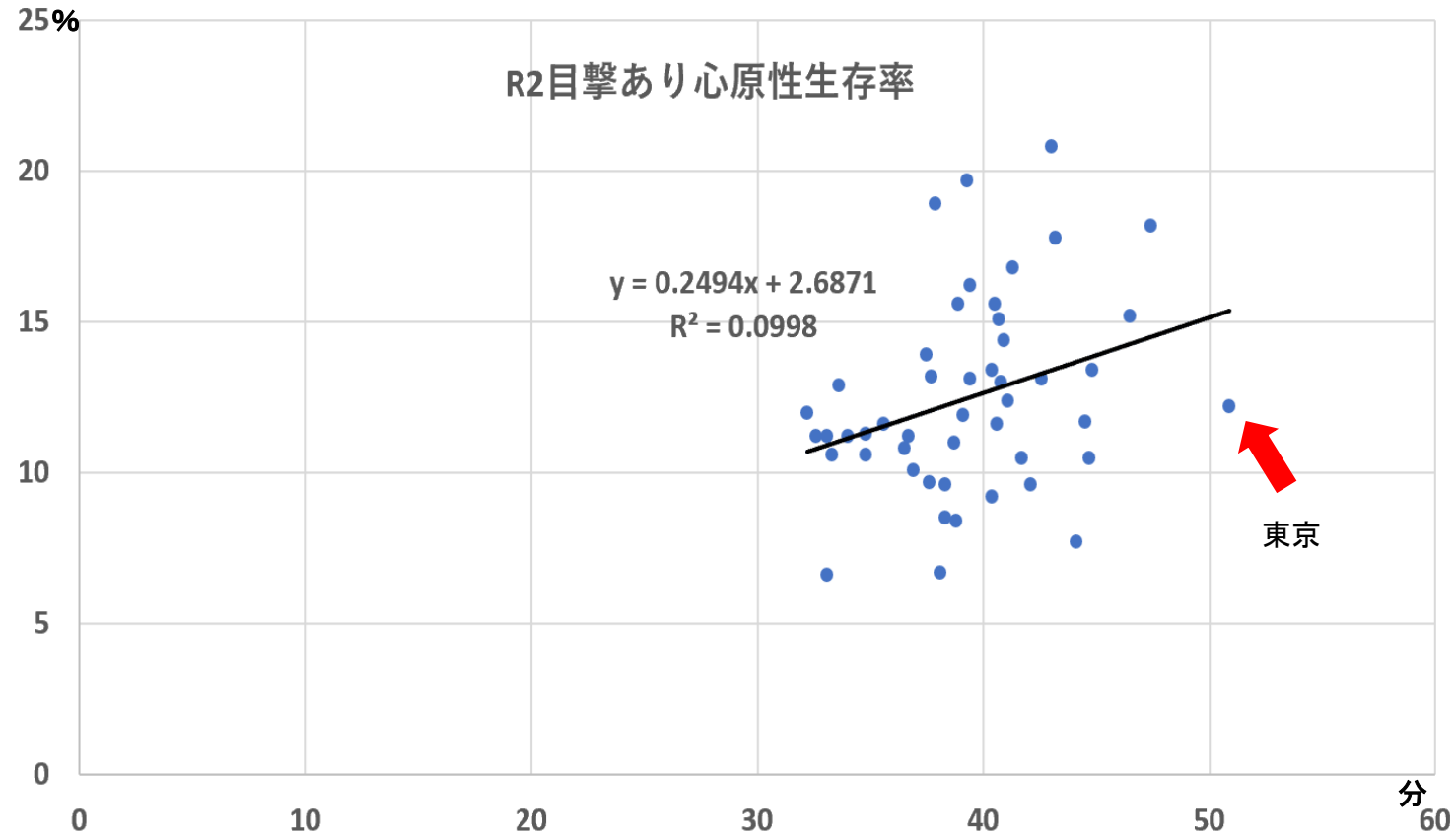


令和2年都道府県別救急要請から医師引継ぎ時間

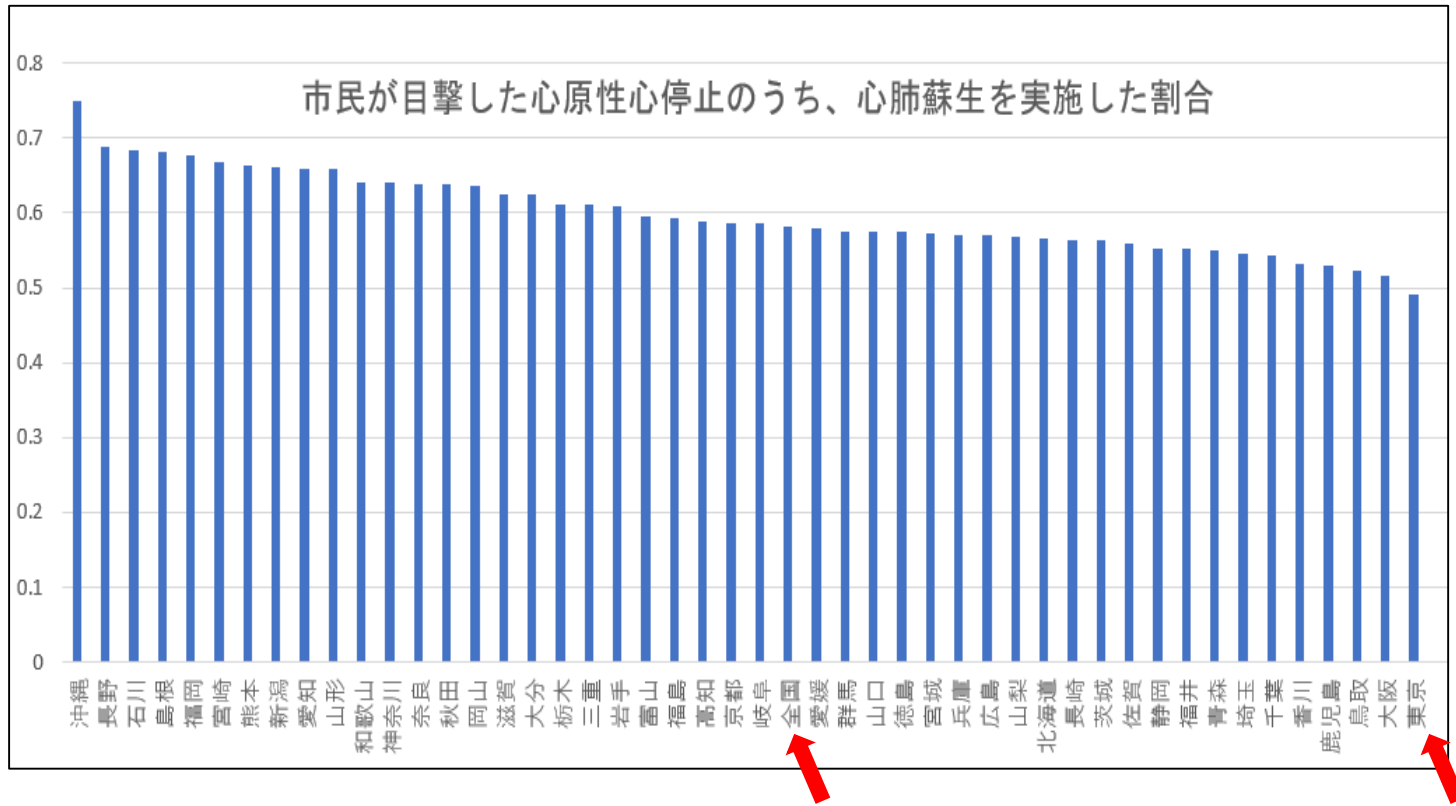
令和3年版
救急・救助の現況から編集



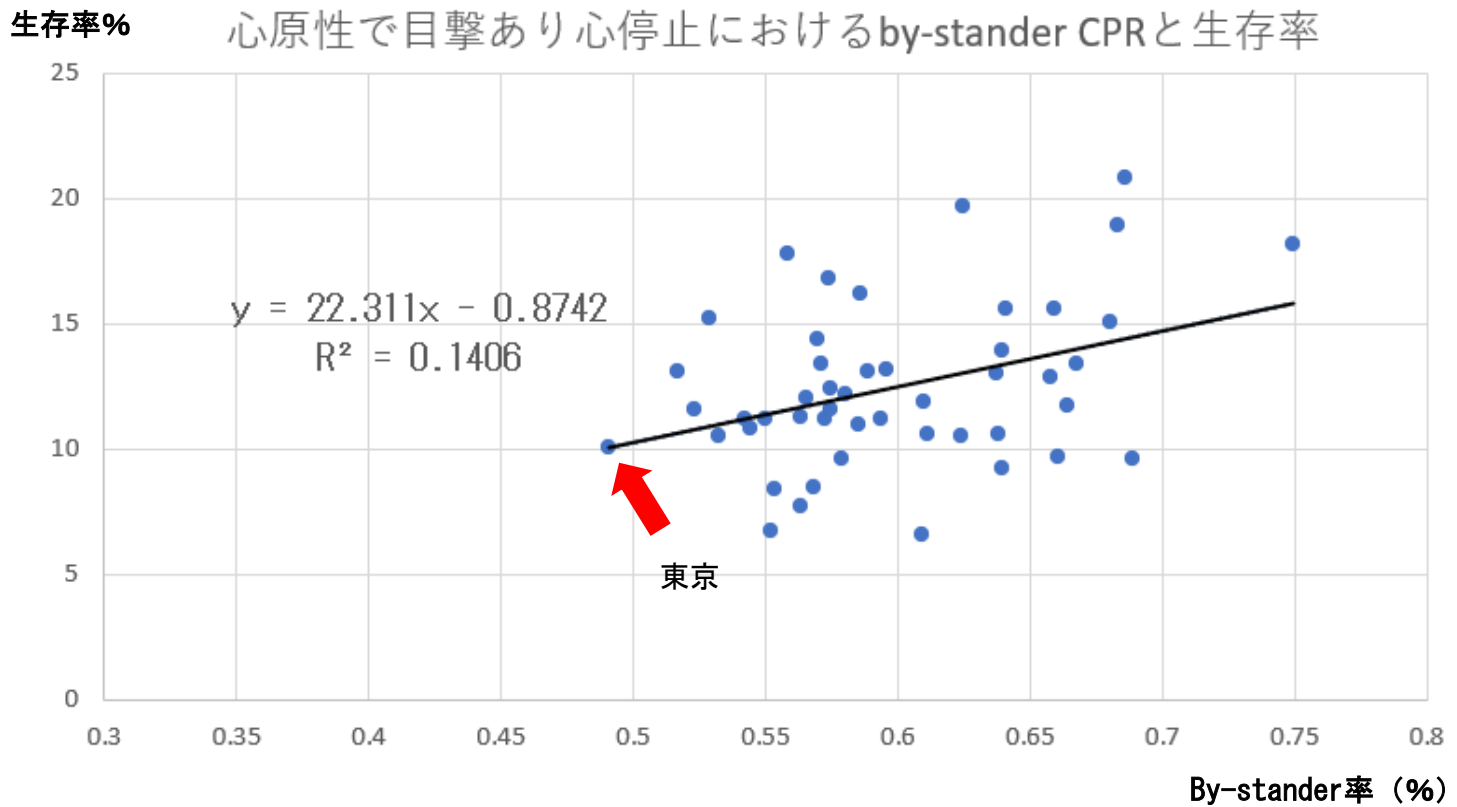
医師引継ぎまでの時間と生存率



令和2年都道府県別市民が目撃した心原性心停止のうち、心肺蘇生を実施した割合



令和2年都道府県別市民が目撃した心原性心停止のうち、心肺蘇生を実施した割合と生存率



報告事項2 東京都の蘇生統計

目撃ありの心原性心停止への一般市民の心肺蘇生実施率

一般市民が目撃した心原性心肺停止機能傷病者のうち一般市民が心肺蘇生を実施した割合

	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2
東京都	39.1%	42.6%	41.1%	41.6%	43.9%	44.6%	48.8%	48.5%	46.9%	49.1%
石川県	<u>65.4%</u>	56.5%	52.5%	61.4%	<u>71.3%</u>	61.9%	60.5%	68.6%	66.3%	68.3%
愛知県	57.4%	<u>64.1%</u>	<u>67.6%</u>	68.0%	69.2%	<u>69.9%</u>	<u>67.5%</u>	66.8%	68.8%	65.9%
福岡県	52.9%	60.9%	64.0%	<u>70.7%</u>	66.7%	67.5%	66.5%	<u>72.1%</u>	<u>69.6%</u>	<u>68.6%</u>
全国平均	49.5%	51.5%	51.1%	54.2%	55.8%	56.1%	56.6%	58.1%	57.9%	58.1%

「総務省消防庁 救急救助の現況」を基に作成

報告事項2 東京都の蘇生統計

	生存率との関係 (r^2)	生存率との関係 (r)	
到着時間 (心原性)	0.075	-0.274	あまり関係ない？
到着時間 (VF/VT)	0.1142	-0.338	弱い負の相関
医師引継ぎ時間	0.0998	0.316	弱い正の相関??
By-stander (心原性)	0.1406	0.382	弱い正の相関

相関係数 (r)

- 0~0.3未満 : ほぼ無関係
- 0.3~0.5未満 : 弱い相関
- 0.5~0.7未満 : 相関がある
- 0.7~0.9未満 : 強い相関
- 0.9以上 : 非常に強い相関

救命の連鎖の中で早期認識と通報、一次救命処置の重要性



改訂6版 救急蘇生法の指針2020（市民用）から

参考)
令和3年版救急・救助の現況での救急要請から現場到着時間、救急要請から医師引継ぎ時間は全ての救急要請における時間である。
したがって、心停止症例に限定した時間ではない。