

平成28年度第1回

救急医療対策協議会

会議録

平成29年2月6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 本日はお忙しい中ご出席いただき、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28年度第1回救急医療対策協議会を開催いたします。

私は救急災害医療課長の八木と申します。議事に入りますまでの間、進行を務めさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

まずは、配付資料を確認させていただきます。

本日の会議資料ですが、お手元には資料が1から11まで、また、参考資料が1から5まで、そして、有賀委員から提出いただいた資料が1から2まで、また、東京消防庁から提供いただいた資料がございます。机上に配付してございます。資料名のほうにつきましては次第に記載してございますので、ご確認いただきまして、不足または落丁等がございましたら、議事の都度でも結構ですので事務局までお知らせください。

続きまして、委員のご紹介ですが、時間の都合上、資料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。

東京都防災救急協会専務理事の安田委員でございます。

大田区保健所長の渡邊委員でございます。

青梅市健康福祉部長の橋本委員でございます。

警視庁交通部交通総務課長の今井委員でございます。本日は、今井委員の代理として、渉外広報係長の石原様にご出席いただいております。

東京消防庁救急部長の松井委員でございます。

病院経営本部サービス推進部長の谷田委員でございます。

福祉保健局企画担当部長の奈良部委員でございますが、若干遅れているようでございます。

西多摩保健所長の木村委員でございます。

また、本日は、多摩総合医療センターの近藤委員の代理として、救命救急センター部長の清水様にご出席いただいております。

南委員におかれましては、若干遅れているようでございます。

以上で委員のご紹介を終わります。

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。

医療政策課長の遠藤でございます。

地域医療担当課長の久村でございます。

災害医療担当課長の瀧澤でございます。

事業推進担当課長の宮澤でございます。

医療調整担当課長の田口でございます。よろしくお願いいたします。

続きまして、会議の開催についてお諮りいたします。要綱第9の規定により、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、ただし書きにより、委員の発議により出席委員の過半数で議決されたときは、会議または会議録等を公開しないことができることとされております。本日の会議につきましては、原則どおり公開という形で進めさせていただきたいと存じますが、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、公開で進めさせていただきます。

なお、本日の会議はおおむね午後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 皆様こんばんは、島崎でございます。今回はちょうど平成27年度の最後ということで、ほぼ1年ぶりということでございます。

座って失礼させていただきます。

この協議会はいろいろ提言を行ってきたわけですが、近年では、休日・全夜間診療事業の見直し等を行いまして、その成果は、指定二次救急医療機関への応需率の向上でありますとか、あるいは、東京ルール的事案の疾病の重症度の見直し等で、東京ルール事案も減少してきております。この協議会での提言がそれなりにうまく機能しているのかなというふうに思っております。ただ、東京都の救急搬送件数もついに70万件を超える事態にあり、かなり現場は逼迫しておりますし、特に、高齢者がふえているということで、現場はかなり大変だというような状況であります。こういう傾向は当分の間は続くのかなというふうに思っております。

そういう状況下、本協議会での施策がうまく機能して安心して暮らせる形に持っていきたいということでございます。厚労省の地域包括ケアシステムをうまく機能させていくような形がとれればと思っております。まさに本日の審議事項が、地域包括ケアシステムにおける迅速・適切な救急医療に結びつける方法についてというテーマになっております。そのほか、精神疾患を有する救急患者への対応も含めて、東京都から報告いただけたらと思います。

先ほどお話がありましたように、7時30分ごろをめどに終わりたいと思いますので、効率的な会議を進めていきたいと思っております。皆様のご協力をよろしくお願いいたします。

では、議事に早速入らせていただきたいと思います。

今回は、報告事項が三つと、それから、今言いました審議事項が一つです。

報告事項がアからウまでございますが、まず、ア、イについて、事務局から説明をよろしくお願いいたします。

○中新井田救急医療担当 福祉保健局医療政策部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いたします。以降、着座にて失礼いたします。

まず、ごらんいただきたいのは、資料3からになります。資料3、救急医療対策協議会における近年の答申の概要についてというものでございますけれども、こちらの資料は、前回のこの協議会、救急医療対策協議会でもご説明をさせていただきましたが、東京都の救急医療体制は、これまで本協議会の検討内容を施策に反映させながら構築しております。資料にありますように、平成20年11月には救急医療の東京ルールの方針と推進ということで、救急患者の迅速な受入れ、トリアージの実施、都民の理解と参画、この三つを柱としております。そのうち、救急患者の迅速な受入れでは、こちらの資料の右側の具体的な取組というところになりますけれども、地域救急医療センターの指定や地域救急会議、こちらは二次医療圏ごとに開催しておりますが、こういったことが挙げられ、現在まで継続して取り組んでいるところでございます。

また、資料の下の方で、平成25年5月には二次救急医療体制の見直しについてご提言をいただいております。具体的には、休日・全夜間診療事業の見直し、それから、地域救急医療センターの充実と東京ルールの安定運用、それから、東京ルールの対象傷病者の変更がございまして。このうち、休日・全夜間診療事業の見直しにつきましては、詳しくは次の資料となりますので、1枚おめくりいただきたいと思っております。

資料4、休日・全夜間診療事業の見直しというところでございますけれども、こちらの資料につきましても、前回の協議会でご説明をさせていただきましたが、ちょうど資料の真ん中のところの見直し後のスキームのところをごらんいただきたいと思っております。

まず、<1>にありますように、救急車の受入実績に応じた確保病床数を2段階から4段階へ細分化しております。また、資料の右側になりますが、<2>の1から4のように加算指標を設定しております。そして、資料の下側に新制度移行への経過とございまして。こちらの二つ目の丸をごらんいただきたいのですが、新制度への移行に当たっての実績測定を平成26年1月から開始したところでございます。

それでは、もう1枚資料をおめくりいただけますでしょうか。資料5、東京都における救急搬送及び東京ルールの運用状況でございます。こちらは、平成24年から28年までの5年間の救急搬送の状況等をまとめているものでございます。ただいまの休日・全夜間診療事業の新制度の移行に当たってということで、平成26年から実績測定をしていると申し上げましたけれども、ごらんのように、平成26年以降、数字をゴシック文字にしてありますように、新制度移行後の状況は、救急搬送人員が伸びている状況でも、平均応需率、これは救急隊からの受入要請に対する受入可能回答率になりますが、こちらが全時間帯、それから、休日・全夜間帯ともに上昇してございます。また、救急活動時間という欄もございまして、こちらは出勤から医師引き継ぎまでの活動時間になりますけれども、こちらにも短縮するなど、直近3カ年は傾向に変化が生じているところでございます。

それから、こちらの資料の一番右側です。平成28年の状況について、ごらんいただ

きます。まず、救急搬送の状況ですが、救急搬送人員は年々増加しておりまして、平成28年の速報値でございますが、69万1,308人となっており、前年に比べまして約1万8,000人の増加となっております。また、平均応需率についてですが、全時間帯で75.6%、それから、休日・全夜間帯に限りますと72.3%となっており、昨年と比べまして、さらに上昇しているところでございます。また、救急活動時間につきましては47分18秒となっており、活動時間の短縮が続いております。

続きまして、この資料の下のほうですが、東京ルール運用実績について、ご説明させていただきます。まず、平成28年の東京ルール事案の発生件数は6,625件まで減少しておりまして、全救急搬送人員に対する東京ルール事案の発生割合をごらんいただきますと、0.96%となっております。また、東京ルール事案圏域内受入率、これは二次医療圏内での受入率になりますが、こちらは86.2%まで上昇しております。キーワード別にごらんいただきますと、上位4項目は精神、要介護者等、整形外科、アルコールとなっております、ごらんとおり、精神が初めて最上位となっております。また、件数をごらんいただきますと、精神につきましては、昨年の771件と比べまして増加して、938件という状況でございます。そのほか、下の円グラフでございますように、4項目に続くのは、脳神経外科と吐下血がともに4.7%という比率となっております。

それでは次に、資料をもう1枚おめくりいただきたいと思っております。こちらは、「東京ルール事案」圏域別発生件数等の推移についてとなります。全圏域で東京ルールの運用が開始されたのはいつかということですが、区南部で平成22年7月1日から開始とされていますので、上のほうの資料の太枠で、平成23年1月1日から12月31日まで、ここを太枠で囲っておりますが、こちらが初めて全圏域で運用された期間となっております。こちらと直近の平成28年1月1日から12月31日までを比較しますと、全ての圏域で東京ルール事案は減少しているのがおわかりかと思っております。また、1日当たり発生件数というのをこの表の一番右側の欄に設けましたけれども、こちらが39.6件から18.1件に減少してございます。ただ、前年との比較で申し上げますと、例えば、区中央部は前年は318件だったものが341件と、増加に転じた圏域もございまして、それから、真ん中ぐらいに区東北部のところもございまして、ほぼ横ばいといった圏域も出てきているところでございます。

続きまして、資料をおめくりいただきまして、資料6をごらんいただきたいと思っております。こちらは少しテーマが変わるのですが、高度救命救急センターの指定について、ご報告をさせていただきます。

資料6の1番で選定基準とございますけれども、救命救急センターのうち、広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の患者に対する診療機能を有する医療機関を高度救命救急センターに指定すると定めております。このたび、資料でございますように、板橋区の帝京大学医学部附属病院を高度救命救急センターに指定しまして、資料の下、3番

にありますように、運営開始日を平成29年1月1日からとしているところでございます。

A4の資料を1枚おめくりいただきますと、こちらは救命救急センターの配置図となっております。現在、都内には26の救命救急センターがございますけれども、そのうち、高度救命センターは今回の帝京大学病院を含めまして4カ所となっております。

事務局からのご報告は以上となります。

○島崎会長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。ただいまの事務局からの説明で、ご意見なりご質問はございますか。

ないようですが、有賀先生、東京ルール、それから、休日・全夜間診療事業の見直しで検討委員会の委員長を務められましたけれども、いかがでしょうか。

○有賀委員 東京ルールができてからの経年的な経過を見る限りにおいては、確かに傾向としてよいほうへ向かっていることは間違いありません。ただ、東京ルールだけではなくて、どのページにありましたか、確保病床数を2段階から4段階にしたり、それから、加算の指標をつくったりというふうなことがありますし、それから、ここには出てきていないと思いますけれども、厚生労働省が決めるのだと思いますが、7対1看護の要件で、少し重篤な患者さんを何%か入れましようみたいな、そういう意味での社会状況も変わってきています。それらを全体としてこういう経過の中で見ているというふうなことになりますから、東京ルールがその一部、よい方向へ向かう一つの要素だったと思いますけれども、それ以外の救急患者さんをより救急病院というか、急性期病院が引き受けて、病院全体の、今言った厚生労働省に指定されるようなインジケータというか、指標をまとめていかななくてはいけないということも、この件に関係しているというふうに思います。

○島崎会長 ありがとうございます。

東京都医師会病院の防災担当の伊藤先生、いかがですか。

○伊藤委員 今の有賀先生のご指摘のとおりだと思います。東京ルールの中には、受入れということだけではなくて、地域救急会議というものが行われております。これは、圏域の中で救急に携わる病院、あるいは、行政、消防等も集まりまして全体で話し合うという関係で、これまでなかったような顔の見える関係が構築されてきていると思います。これはまさに地域医療構想における先駆けのような存在かなというふうに思っております。そのあたりも、地域の中で救急を受けとめるという機運も高まっていることだと思います。

以上です。

○島崎会長 東消の松井さん、いかがですか。

○松井委員 お手元に東京消防庁救急活動総括表（平成28年速報値）をお配りしておりますが、こちらにつきましては、おおむね事務局の方から数値的なものをお示しして

いただきました。搬送人員の増加の内訳等を見ますと、75歳以上の方が前年比に比べて1万761名増えております。速報値でございますので、若干変わるかもわかりませんが、やはり高齢者の方の救急需要が高まっているのかなと。また、全搬送人員のうちの65歳以上の方を搬送しているのが50.1%、75歳以上の方に絞りますと35.6%ということで、かなりの部分を占められていると。今年度、実は、東京消防庁は8隊の救急隊を増強しております。しかし、昨年と比べ1万7,000件強の出場件数が増加となっておりますので、やはりちょっと間に合っていない部分もあるのかなというところがございます。

それで、こちらのお配りした総括表のほうの一番上の横長の表の右から4番目に、転院搬送、4万3,665件とあります。こちらがやはり何とかしていかなければならない部分です。当然、必要な専門性のある方、緊急性のある方等の転院は消防救急車でやるのは当たり前だと思っておるのですが、ちょっと違う部分のものが散見されるというか、多くを占めているということがちょっと実態としてあります。と申しますのは、集中しているのは休み明け、例えば今週ですと今日ですね。10時から15時ぐらいの間にかかなりの要請があります。その内容のほとんどが、どちらかというところちょっと緊急性は欠けているのかなと。医師の同乗も必要ないというような状況で、そういうことがちょっと散見しております。それで、昨年の3月に転院搬送における救急車の適正利用等で各医療機関等にもお願いはしたのですが、横ばい状態が続いておりますので、当庁としましても重く考えております。また、福祉保健局さんと、このルールについても、今、検討会を設置させていただいているのですが、実は、4万3,000件という数は何かと申しますと、例えですけれど、東京消防庁の救急車14台分が1年間転院搬送だけをやっているという状況です。ですから、14台が普通の患者さんではなくて転院搬送に当たっているという数字でございますので、こちらについては、我々も、いろんな部分で医療機関の皆様方と突出して多いところにつきましては今後とも一緒に検討をしていって、改善の方向に向けられたらいいのかなと思っております。また、来年度の事業としては、この辺の部分もしっかりと、当庁の幹部も活用しながら、病院の方々と一緒に頑張っていきたいなと思っております。

以上です。

○島崎会長 ありがとうございます。

転院搬送の問題は結構大きいですが、病院側のいろんな思惑もあってなかなかあれないのですが、これからうまいシステムをつくって、できるだけそういうものが自分たちで何とかできるようなシステムと、地域との連携も結構大切だと思うのですが。

○松井委員 会長、1件いいですか。

○島崎会長 どうぞ。

○松井委員 すみません、言い忘れしました。先ほどから東京ルールの改善のことをお伝え

して、私も安心はしたのですが、実は、今年に入って、1月の集計なんですが、30%以上増加しているのです。前年比です。ですから、今年はもしかしたら東京ルールが逆方向に行く可能性があります。これも速報値で申し訳ございませんが、私に毎朝報告が上がるのですが、平均値の18件をかなり上回っている件数で東京ルールが運用されている状況になっています。これは参考までですが。詳細というか、もっと期間が長くなって、ちょっと異常だなという方向が見えたら、またご報告いたしますが、1月だけを見ますと30%を超えています。

以上です。

○島崎会長 救命センターが受け取ってくれないとか、そういうことではないのですね。

○松井委員 そういうわけではないです。救命センターというだけではないです。中身は、精神の疾患の方とか、あとは、頻回に救急車を要請するような方々が多いのですけれども、それだけでずっとふえているのではないのかなということは見えるのですが、今のところの段階ではふえているということしかまだ分析できておりませんので、また詳細な分析できましたら、ご報告をさせていただきたいと思います。

○島崎会長 ありがとうございます。先ほどのお話にあった東京ルールで、28年度は精神疾患がトップに踊り出たということなんですけど、この辺も含めて問題の多いところではありますが、ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。

行岡先生、どうぞ。

○行岡委員 今の転院搬送の件ですけれども、一時代前というか、週明けの月曜日の9時に転院予約をお願いしますとかいうことがその昔には入っていて、これは言語道断ですので、そういうようなものはぜひ、東京消防庁だけではなくて、MCであるとか、いろんところで抑えていく活動が必要だと思います。だけど、後で議論が出ると思うんですけれども、速やかに医師の管理下に入れて、その後、転院というのは引き続き起こり得ると思うので、一概に転院搬送を抑えるではなくて、地域の医療リソースの適正な活用を目指した転院搬送というのをうまく、それは必要になってくると思いますので、そのあたりのメッセージを東京消防庁もぜひよろしくお願ひしたいと思います。

○島崎会長 ありがとうございます。

ほかはよろしいでしょうか。

猪口先生、どうぞ。

○猪口委員 これだけのデータを見せていただいて、そして、救対協がいろいろ答申をして、いろいろ制度が変わってきて、非常に有効に動いてきていることは、そういうふうに感じることは間違いないと思うのですが、補助金に関しても、ある程度つけ加えて非常に高くしていただいている部分もあって、医療機関にそれなりのインセンティブもついている。それは、平成28年度からの診療報酬で、有賀委員がおっしゃった

ように、重症度、医療・看護必要度のところの指標にも入ってきておりますので、そういったところのインセンティブも確かに。インセンティブといっても、これをやらないとあげないよというような話であって、診療報酬に関しては本当にインセンティブかどうかはちょっと難しいところなのですが、救急に携わっているこういう二次救急の病院の医者数だとか、それから、従業員の数がこれによって特にふえているというデータがあるわけではないし、現場で働いている身としては、相当現場が徐々に徐々に疲れてきているのではないかと。もしくは、働いている従業員としての要求度も上がってきていると思います。それは、こういう制度で、絞っているというか、残っている体力を絞ってできることをやっている。病気のキーワードを見てみても、医療的に対応できる、整形外科だとかアルコールだとか、医療的に対応できるところが徐々に減ってきて、やっぱり、何としても難しいというようなところが残ってきているような感じがします。ということで、現場は疲れてきているというのが私の現場の印象なんです、それが、東京ルールがまた増加してきているというところと合致していないことを祈りたいなと思います。

以上です。

- 島崎会長 現場の声ということで、東京ルール適応がふえていることと一部かかわってきているのではないかと。要するに、コミュニケーションの取りにくいような患者さんが最終的には残ってくるということなんですかね。現場も結構精いっぱい動いておられて、だんだんと限界に近づいていっているというような感じがあるというようなお話です。これから精神、要介護、アルコール等を中心として、恐らくこれに高齢者とかが絡んでくるのでしょうか、その辺含めて今後の問題ということですね。審議事項でもお話があるかも知れませんが、よろしいでしょうか。

では、続いて、報告事項のウです。平成29年度における事業展開（案）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 それでは、まず、資料7をごらんいただきたいと思います。資料7は2枚ございますが、そのうち1/2となっているところです。平成29年度における事業展開（案） 1/2というのをごらんください。

こちらの資料は、患者さんの状況から救急医療の事業をまとめたものでございます。幾つか四角がございませうけれども、網かけのない四角は、例えば左上だと、救急車の有効活用を進めるため、「救急搬送トリアージ」を実施とございませうけれども、こういったものは既に取り組んでいるところになります。また、点線四角で網かけになっている部分がございませうけれども、こちらは、平成29年度に取り組むたいと考えている部分になります。まず、患者さんが具合が悪くなったときについてですけれども、救急相談センター（#7119）など、一般都民に対する相談体制が既にございませうけれども、平成29年度の事業展開としましては、資料の具合が悪くなった時の下のところになります、転院搬送における救急車利用の適正化、医療機関からほかの医療機関に転

院搬送する場合の救急車の利用を適正化するということが、また、高齢者施設において入所者が急変した際の救急対応を円滑に行うこと、こういうことに向けた事業を進めていきたいと考えております。この点、詳しくは後ほどまた申し上げます。

次に、資料の真ん中、救急医療を受ける時についてですけれども、これまでは、資料の下にございますように、地域救急医療センターを整備して地域内の患者受入れの促進を図るとともに、各医療圏で地域救急会議を開催して、顔の見える関係の構築に向けた取組を進めておりました。また、その横になりますけれども、精神身体合併症や開放性骨折で地域救急医療センターでの継続的な治療が困難な患者さんがある場合に、国立国際医療研究センター病院や帝京大学病院において、それぞれ受入支援事業を実施しているところでございます。

平成29年度事業展開としましては、資料のちょうど真ん中のところになりますけれども、精神身体合併症患者を受け入れる指定二次救急医療機関の支援や、それから、吐下血患者の受入体制の確保に向けた取組を予定してございます。

また、こちらの資料の一番下の四角になりますけれども、この後、資料8から11で、今後、高齢社会のさらなる進展にあって東京の将来を見据えた救急医療の充実を図るため、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今後の施策を検討したいと考えているところでございます。

それでは、1枚資料をおめくりいただきまして、事業展開（案）2/2のところをごらんください。

大きく4項目になっておりますけれども、まず、一つ目です。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けれども、1番の現状・課題になります。平成27年の転院搬送は4万3,155人として、全搬送人員の6.4%を占めております。先ほど委員からもお話がございましたけれども、その中には、やはり緊急性が低い事案、もしくは、緊急性がない事案も含まれているということですので、より一層の適正利用が求められるところでございます。

そこで、2番になりますけれども、東京都は平成28年3月の国通知を受けまして、転院搬送における救急車利用の適正化に向けた検討を始めております。具体的には、二つ目の丸になりますけれども、医師会、医療機関、学識経験者、東京消防庁等で構成する検討会を設置しまして、救急業務としての転院搬送ルールの策定や、それから、医療機関が有する患者搬送車、これはいわゆる病院救急車等ですけれども、もしくは、患者等搬送事業者、いわゆる民間救急車の活用に向けて検討することとしてございます。

また、3番目の転院搬送に係る支援についてですけれども、来年度から、医療機関が病院救急車や民間救急車を利用して搬送する際の費用を補助する予定としてございます。

次に、資料下のほうで、高齢者施設における救急対応の円滑化についてでございます。

まず、

まず、現状・課題についてですが、平成26年12月に実態調査というのを行ったのですけれども、この際に、特別養護老人ホームとか老人保健施設といった高齢者施設からの救急要請は、全体と比べて緊急性の高い案件が多くございました。その際、情報が不十分な場合には救急活動時間が長くなっているという傾向がございました。

このため、2にありますように、高齢者施設、消防機関、医療機関のそれぞれの視点から、高齢者施設での救急対応について検討を行いまして、手引きを今後作成したいと考えております。

また、3の救急対応の円滑化になりますけれども、手引きを作成しましたら、地域救急会議や個別訪問等を通じまして、高齢者施設に対して救急対応の手引きを周知していくことで、施設の救急対応を円滑化していきたいというふうに考えてございます。

それから、こちらの資料の右側に移りますけれども、まず、精神身体合併症患者の受入対応への支援でございますが、先ほど資料5でもご報告しましたとおり、東京ルール事案のキーワード別分類では、昨年は精神をキーワードとするものが一番多くなっておりました。救急医療機関では、こちらにありますように、精神的ケア、不穏や興奮による他害行為等の対応に苦慮している実態がございまして、24時間体制で対応可能な精神科医療機関が少ないということで、比較的規模の大きな病院でも休日や夜間に受け入れることが厳しいという面もございまして、即時の転送や転院への対応は限定的となっております。

このため、救急医療機関においては少なくとも翌朝まで患者の対応が必要になるところなんですけれども、それを受けて、2にあります救急専門医等養成研修の実施がございまして。こちらは、救急医療機関の医師や看護師が少なくとも翌朝まで精神症状を呈する患者に対して標準的初期診療を行えるよう、日本臨床救急医学会が監修した研修があるのですけれども、そういったものを参考にしながら、東京都内の実態などもあわせて研修を実施したいと考えております。

それから、下の吐下血患者の受入体制の強化についてでございます。

まず、1番の現状・課題ですけれども、平成27年に東京ルールになった吐下血患者の事案は334件でございました。これは、東京ルールの発生割合としては3.8%ということで、先ほど申し上げたように、全体では1%を切っている状況の中で、3.8%ということは、やはりまだ東京ルールになりやすい疾患ということが出来ます。その理由としまして、二つ目の丸になりますけれども、夜間の緊急内視鏡のための診療体制として、医師のほか介助看護師や輸血の確保が課題となっていると考えられます。また、東京ルールとなった場合の吐下血は、圏域内での受入率が低くなっております。このため、吐下血患者に対しては対応可能な指定二次救急医療機関でしっかりと受け入れていただくということが原則なんですけれども、原則としつつ、圏域内で受入れが困難になった患者さん、もしくは、地域救急医療センターが一時受け入れた

後に転送を要する患者さんにつきましては、今後、区部1カ所、多摩1カ所の医療機関で受け入れられるよう、場合によっては輪番制になりますけれども、指定を進めていきたいと考えております。

事務局からのご説明は以上となります。

○島崎会長 ありがとうございます。

資料7の1枚目では、都が従来進めて来られた内容と、それから、29年度はそれに対してどういう対応していくかという事で、2枚目はその具体的な事業展開というふうになっていると思いますが、いかがでしょうか。いろいろ古くて新しい問題が続いているというような気はいたしますが。

○矢野委員 一般二次病院の南町田病院の矢野と申します。

精神身体合併症のところで救急専門医等養成研修の実施とあるのですが、一応一番現場が困るのは、その上に書いてあった、暴れるとか、そういう患者の対応です。あとは、精神科医がいないところで診ないといけない、だから、そのところの即時に、例えば、精神科の医者が、電話でもいいから、いろいろなそういうことを聞いてもらえるというシステムがあるだけでも大分違うと。わかりやすく言うと、内科の先生が産科を診るといっても診られないと一緒に、一般医が精神科のそういう暴れている患者を診ないといけない現況にあるということなんですね。行政のほうはよく警察を呼んでくださいと言いますが、警察が来て押さえつけておとなしくなれば、帰ってしまうわけです。あとは次の日までそういう二次救急病院で置いておくしかないというところで、接遇法とかと書いてありますが、接遇があつてどうのという問題ではちょっとないと思うんですね。だから、そのところをちょっと皆さん、行政の方も考えていただきたいと思います。

○島崎会長 行岡先生。

○行岡委員 資料7の1枚目の真ん中の矢印なんですけど、具合が悪くなった時、救急医療を受ける時、それから、救急医療を受けた後と矢印になっています。これは、今までご指摘のあったようなことなんですけども、これは我々の問題なんですけど、脳神経、心臓、消化器という体の部位ごとに診療科を分けて、ずっとそれをやってきていたと。だけど、それではこの患者さんが経験する流れという、具合が悪くなったときにとりあえず救急医療を受けて、その後どうするかという、これは、患者さんが経験する軸で、初めて医療提供というのを分けてきているわけですね。これはやはり、国全体も今、地域医療構想というのは超急性期、急性期、回復期、慢性期と病症自体を分けていこうと、それは、各診療科を分けるのではなくて、患者さんが経験する時間軸で医療施設の最適化をしようということで、今、大きく組みかわってきているわけで、そのところを十分認識しながら、資料の次の事業展開（案）2/2というのが、一見、転院搬送の適正化とか、精神とか、消化器とかがばらばらのように見えるのですが、実は、ここに隠れている問題というのは、急性期から回復期から慢性期へど

ういうふうに展開していくかという問題になると思います。というのは、精神というのは、特殊な精神の障害を持った方の急性期を、今までは精神科が診ているということだったのを、どういうふうに急性期中へ取り込んでいくか。どうしても暴れて危険な人を我々が診るわけにはいかない部分もある。それをどうするか、でも、診られるところをどうするかということになっていく。私は何を言っているかということ、体ごとに分けて診療科を分けていたのを、患者さんが経験する超急性期から急性期、回復期、慢性期というふうに医療のリソースを区分して、それを最適化していく方策を、今、地域で考えよう、それが地域医療構想であるし、地域包括ケアというものの一番のエッセンスだと思うんですよ。それをしていくと、事業展開（案） 2/2 というものが意外というか、うまく見えてくるところがあるはずですよ。今ご指摘のあった精神のところ、救急医に精神を診させて、それは診られる患者さんもいるでしょうし、これは診られない、ちゃんと対応しなければならない者もいる。それをどういうふうに仕分けしていくかということも行政もよく考えていただいて、現場とずれが起こらないようにしていただくといいと思うんですけども。

それで、2/2のところなんですけれども、右上の精神の合併の2のところですが、救急専門医等の養成、これは非常に言葉が。救急科専門医というのは日本救急医学会では認定している専門医ということになるので、これは「科」だけが抜けていて、非常に紛らわしくなる。救急科専門医を東京都が養成してくれるのかというふうに誤解されるところがあるので、ちょっと表現は変えられたほうがいいのではないかと。これは、急性期で精神という問題を持っている方の対応というのを恐らく層別化していかななくてはいけない。警察を呼ばなければいけないのをこれから呼びましょうと。こういう場合はこういう研修を受ければ対応ができるようになりますよ。消化器も300人ほど、年間1日1例起こっている方にどういうふうに対応していくかという、診療科ではなくて時間軸の対応の流れの中で特殊性を持たせていこうということをやうまく説明すれば、この国の医療体制は大きく変わり得ると思います。そこをやらないと精神のことを言って消化器のことを言って転院搬送のことを言って、支離滅裂と一見見えるんですけど、そこを1枚目の筋とうまく合わせると、すごく説得力が増してくるように思いますというコメントです。

○島崎会長 ありがとうございます。

今のお話で、資料7の右のページ、確かにこれはちょっと変えておかれたほうが。これは、救急医学会の救急科専門医を養成……。

○行岡委員 いや、だから、「科」が入っていないから、言葉のうちでは救急専門医という新しい言葉ができたのかなと誤解を与えてしまうので、もしくはこれは、ぱっと読むと、救急科専門医の医師を東京都がサポートして金でもくれるのかなというふうな誤解をする人が出てきてはいけないので、その言葉遣いはちょっと工夫されたほうが。

- 島崎会長 これは、先ほどおっしゃっていた日本臨床救急医学会の初期研修か事業の中に精神を入れるというようなことをおっしゃっていましたか。
- 八木救急災害医療課長 いいえ、紛らわしくてすみません。もともと救急専門医等養成研修というのは、しばらく前から東京都のほうで実施している事業でございまして、具体的には、二次救で働いている先生を高度救命センターで受け入れていただいて対応力を強化すると、そういった内容の事業となっております。今回、これは東京都の事業の都合だけなんですけれども、その事業の一つのメニューとして、精神身体合併症、精神症状を有している患者への対応というメニューを追加したいということで、予算要求の中で事業の整理をしたものですから、少し紛らわしい形になっております。ですので、対外的に医療機関の先生方に今後説明・PRしていく際には、その点にも注意して、紛らわしくないようにしていきたいと思います。ありがとうございます。
- 島崎会長 これは、二次救の先生方を救命センター等で研修するのを救急専門医等という言い方で、前からずっとこの様にいつているのですか。
- 八木救急災害医療課長 今回の精神の対応につきましては、必ずしも高度救命センターで受け入れるわけではなくて、先ほど島崎会長のほうからお話あった日本臨床救急医学会のほうでPEECという研修をしておりますので、その内容等、また、協力を得ながら、カリキュラムについては今後検討していきたいというふうに考えております。
- 島崎会長 わかりました。
- 行岡委員 東京都の以前の二次救で、例えば、内科の先生が小児科を診たりするもの、あれの事業ではないですか。
- 八木救急災害医療課長 それともまた別な事業になっています。
- 行岡委員 救急医療財団がやっている研修でもないですよ。僕が知らないだけなのか。皆さんが知らないということは、余り周知徹底がされていない。私が知らないだけだと思うんですけれども、言葉が今、専門医制度とか認定とか、非常に動いているときなので、不用意な言葉を使うと変な誤解を与えることになると思うので、そこはもう一度、内部資料と情報発信のとき、よく使い分けられたほうがいいのではないかと思います。
- 八木救急災害医療課長 ありがとうございます。
- 島崎会長 この言葉をずっと使っていらっしゃるなら、対外的に話をするときは、それを頭に入れてしゃべられたほうが良いと思います。
- ほかはいかがでしょうか。
- 宮崎先生、どうぞ。
- 宮崎委員 転院搬送の件なんですけれども、一向に減らないということで先ほど救急部長からお話がありましたけれども、二次救の先生はある程度救急車が逼迫しているということを意識しているので、そういう点は注意してやっていると思うんですけれど

も、一般の先生はどうしても、そういう患者さんが発生した場合には、そこら辺の啓蒙が進んでいないから安易に呼んでしまうと、そういうことが私は考えられると思うんです。だから、そこら辺の啓蒙をやはり一般の先生方にもしていったほうがよろしいと思います。

それから、できれば民間救急を利用するという事なんですけども、民間救急をやっている業者は、やっぱり救急に対する意識は弱いので、例えば、救急でちょっと搬送したいからと言って電話しても、すぐ対応ができないと。半日待たないと来ないとか、そういうようなことなので、その辺のところをもうちょっと、業者さんの意識を開拓していくというんですか、その辺が重要でないかと私は思っています。

○島崎会長 一般病院での転院搬送での消防救急車の不用意な使い方等を含めて、昔から問題になっているのですけれど、民間救急車が今後、非消防救命士、あるいは、救急救命士のOBの方々なんかをうまく取り入れて行けると良いですね。行政、厚労省のも将来的にはその辺のことは考えておられると思うんですが、それがうまく行くともう少しスムーズにいくかなというような気がいたします。

松井さん、いかがですか、転院搬送の救急の適正利用。

○松井委員 先ほどは冒頭に先走ってしまって、申しわけございませんでした。

今、宮崎先生がおっしゃった形のクリニック関係の先生方ですね。本当に軽重がありまして、軽い場合も正直言ってあります。ですけど、クリニックの場合ですと、先生お一人しかいらっしゃらない場合もありますし、その部分はやはりやむを得ない部分もあるのかなと。ですから、少々のことであれば大変だと思いますので、ちょっと違うと思うんですね。やはり対応をしなければいけないと我々は思っています。ただ、今、先生がおっしゃってくれたように、とりあえず呼んじゃおうかと。タクシーで行ってもらいよりも救急車のほうがいいなという感覚を持っているのであれば、ぜひ我々もしっかりと各クリニックの皆さん方に広報していかなければいけないのかなと考えております。

民間救急につきましては、今日、防災救急協会の方がいらっしゃるので、私が言うのも何なんですけど、我々は環境は少しは知っていますので、やはりその辺の意識といえますか、部分については、今日も新たに申請してこられた方を私、決裁したのですが、大体少しずつふえてはきているんですね。ですから、その部分の方々にぜひこれからは救急の意識ですとか、そういう部分も意見として添えて、しっかりやっていただけるようにという形で、我々もしっかりやっていきたいと思っています。

以上です。

○島崎会長 矢野先生は転院搬送に係る検討委員会委員をやっておられますが。

○矢野委員 検討委員のほうで検討をいろいろさせていただいてはいますが、転院搬送は、やっぱり、非常に不適切な使用というのは、俗に言う下り搬送のときです。これはやはり慎むべきであって、できれば行政のほうからも指導ができるような何らか

の体制が必要かと思えます。あとは、同乗に関しては、必ずしも同乗が必要な人が適正利用ではないかという、そういうわけではなく、先ほど言った月曜日の転院搬送には、非常に下り搬送で必要がない搬送と、実は並行搬送以上という、うちの病院ではできないけどほかの病院で治療が必要だという、土・日に何とか抱えて月曜日に転送するということがあるので、やはりそこは、ある程度重症度というのは緊急度と別に転院搬送にかかわってくるので、重症度が割と高いところは民間救急ではなくて、やはり消防庁のほうがどうしてもお願いすることが多いだろうと。そのところの線引きと、実は、転院搬送の基準というのが実はほとんどの病院で決まっていないので、そのところを何か提言できていければまた違ってくるかなと思っています。すみません、まだちょっと今は委員会のほうで進めている最中ですので。

○島崎会長 ありがとうございます。

高齢者施設の救急対応ということなんですけども、伊藤先生、いかがですか。

○伊藤委員 これは大きな問題でありまして、施設によっても相当対応に差があると思います。先ほど重症例の搬送が多くなったということで、その意識はだんだん進んできているものと思います。現実には平日の日勤帯等については、かなり施設側も施設の車を利用するとか、そういうところが進んできておりますので、そこは救急、この医療側だけではなくて、介護福祉関係とも連絡を密にしてやっていくことで、かなりの部分が解決できるのはあるのではないかと思います。ただ、絶対数がふえておりますので、それについては本当にさらなる検討が必要だと思います。

○島崎会長 右の精神疾患の身体合併症を持った患者さんとか、あるいは、吐下血の受入れとかで積極的にやっておられます多摩総合医療センター、清水先生が来ておられますが、いかがでしょうか。

○清水代理 吐下血に関しましては、今回、新しい事業としてこういうお話をいただきまして、当センターとしては前向きにやっていくということで話は進んでいます。ただ、そうでなくても結構日常的にこういう事案も多いので、病院としての負担は大きくなるというところですけど、それは我々の使命だということで、やらせていただいています。

○島崎会長 精神だけの単一疾患なら問題ないですけども、合併ということになった途端に精神科の患者の受入れというのが難しくなるので、その辺をやはり一般病院と、今まで以上に連携をうまくとる必要があるのかなという気はいたします。

時間がちょっと押しておりますので、後ほどもし何かあれば、またおっしゃっていただいて、次に進みたいと思います。

(2) 審議事項です。地域包括ケアシステムの迅速・適切な救急医療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 まず、資料8をごらんいただきたいと思います。こちらは地域医療構想の資料ですけども、東京都の地域医療構想につきましては、前回の協議会

でもご説明をさせていただきましたが、その際に委員の皆様方からは、こちらの資料の下側、前回の主な意見とまとめておりますけれども、こういったご意見を頂戴しております。

まず、一つ目の丸ですけれども、高齢化により単一臓器単一疾患から多臓器多疾患へ疾病構造が変化していくということ。これは具体的には、高齢化して医療ニーズがふえるということは、単に患者さんの数がふえるということだけではなくて、高齢者になると多臓器多疾患に疾病構造が変わりますので、救急医療体制の根幹である二次救急医療機関をより強化することが重要であるというご意見でございました。

次に、二つ目の丸ですけれども、救命救急センターやER型の救急医療機関は、単一臓器か複数臓器かを問わずとにかく患者さんを受け入れているので、地域の二次救急医療機関で難しいと思う事案がありましたら、例えば、救命救急センターのように対応できる医療機関が一旦受けとめまして、医学的な観点から見て安心感が得られた後に地域の二次救急医療機関に対応をお願いするなど、地域のハブ機能として担うことも重要ではないかということでもございました。

次に、三つ目の丸ですけれども、二次救急医療機関では、高齢者の救急患者について、地域包括ケアと絡めながら退院調整を行っていくこととなりますが、例えば、在宅に戻すとなると、ご家族の意向もあって、非常に手間がかかっているということでした。受け入れた患者さんをどうやって地域に返していくかについては、2行目となりますが、地域の中で介護施設との連携も重要で、これまでの救急医療の入り口の問題に加えて、出口の問題についても議論が必要ということでした。

次に、四つ目の丸ですけれども、高齢者については、日常的な生活圏の中で、水平連携に準じた垂直連携により救急医療を提供していく必要があるということです。救急医療というのは、時々入院でほぼ在宅というところの時々入院の部分となりますけれども、これは二次医療圏では広過ぎるので、もっと狭い範囲の生活圏の中で救急医療を提供していく必要があるということでもございました。

最後の丸ですけれども、地域包括ケアを推進していくためには、情報の共有と搬送手段の確保が必要であるといったご意見をいただいております。

それでは、資料9のほうをごらんください。資料9の上のほうでは、まず、現状・課題についてでございますけれども、高齢者の搬送元実績、これは平成26年の1週間の実態調査なんですけど、この調査をもとに分析しますと、全体で6,400件あったのですが、そのうち、自宅や外出先からの搬送が全体の84%を占めております。以下、高齢者施設等からの搬送が約7%、医療機関からの転院搬送が約9%となっております。高齢者施設の救急対応や医療機関からの転院搬送については先ほどご紹介したとおりでございますけれども、自宅等の高齢者、つまり、最大のボリュームゾーンになっています資料の網かけの部分ですが、こちらについては、やはり、住みなれた地域で迅速・適切な救急医療につなげていくことが課題となっております。

そこで、下の搬送・受入に係る課題のところをごらんいただきたいのですが、主に4点ございます。

1点目、患者の情報把握。例えば、既往歴や服薬状況、家族等の緊急連絡先の把握が困難な場合があります。

また、2点目として、かかりつけ医療機関、または、協力医療機関が緊急時に対応できない場合があります。

資料の右側に移りまして、3点目、搬送先となった医療機関は、二次救急医療機関の中でも、休日・全夜間診療事業に参画している指定二次医療機関に集中しております。また、指定二次救急医療機関の中でも、救急医療用の病床の充足状況には大きな差が見られるということです。少し具体的に申し上げますと、救急患者の受け入れに際しましては、人員とか病床とか施設といった診療体制の違いによって、まず、ベッドは空いているのだけでも専門外で受けられないという場合や、もしくは、診断や初期治療を行った結果、入院等に至らなかった場合など、理由はさまざまですけれども、充足状況に大きな差が見られるということです。

また、高齢者は転床・転退院が停滞しやすく、なかなか在宅や施設など元の生活に戻れない場合もあり、このことは、新たな救急患者を受けられないことにつながっております。

そこで、今後の方向性についてですけれども、大きく2点ございます。

まず、救急医療機関前における対応としまして、高齢者の在宅生活を支えるために、東京都や区市町村は在宅療養の推進に向けた取組というのを行っておりますけれども、そういったものとの整合性を図りながら、救急医療の視点から、救急医療機関とかかりつけ医や関係機関との情報共有、それから、顔の見える関係の構築、地域における病状変化時の相談・往診機能の確保等を図りたいとしております。

続いて、二つ目、診断・初期治療後による対応ですけれども、こちらは、指定二次救急医療機関と救急告示医療機関等との連携体制を構築し、診断・初期治療後の転院先を確保すること。先ほどの課題の繰り返しになりますけれども、指定二次救急医療機関は、初期治療を終えた患者、もしくは容体が安定した患者を他の救急告示医療機関等に引き継いでいくといった連携体制を構築することで、救急患者を身近な地域で受け入れていきたいというふうに考えております。

これらの方向性につきましては、本日結論をいただくものではございませんけれども、資料の一番下でございますように、本協議会の委員に在宅医療を提供している専門家などを加えた形で小委員会を設置させていただきまして、今後の施策を検討させていただきたいと考えております。

資料を1枚おめくりください。資料10になります。こちらは、東京都における救急搬送の状況及び二次救急医療機関の受入状況について、資料9の補足として現状をまとめております。

簡単に申し上げますと、まず、救急搬送人員は、平成18年と27年を比較して、高齢者以外で約4万7,000人減少し、高齢者が約9万4,000人の増加となっております。高齢化率は49.9%に達しておりますし、先ほど、委員のほうからも、ことしは50.1%というご報告をいただいております。

また、その下、初診時程度別搬送人員についてですけれども、ここ10年で中等症以上の割合が高くなっているところがございます。

右側に移りまして、休日・全夜間診療事業実績の推移についてでございますが、こちらは、確保病床数に対する入院患者数の割合が98.1%まで上昇しております。

最後、救急医療機関別の受入状況としましては、ごらんのとおり、患者の約96%は指定二次救急医療機関に集中しているというところがございます。一方で、それ以外の救急告示医療機関は、1年当たり約170件程度というふうになってございます。

それでは、資料をもう1枚おめくりいただきたいと思います。最後に、資料11になります。今後の検討スケジュールでございますが、本日は、資料の左上のところに白い星印がございますように、小委員会の設置について、この会議でご承認をいただきましたら、下の小委員会において論点整理や対策の方向性についてご議論をいただきまして、また本協議会に中間報告をさせていただきたいと考えます。次回のこの協議会では、ご意見を頂戴しまして、東京都保健医療計画推進協議会、資料の中段になりますけれども、こちらに対し次の保健医療計画の骨子案をご提示したいと考えております。

それから、本年秋以降につきましては、具体的な内容やその評価手法について検討を重ねまして、再度本協議会にご報告をさせていただきますので、何とぞ小委員会の設置につきまして、今回、ご承認をいただきますようお願い申し上げます。

事務局からは以上となります。

○島崎会長 ありがとうございます。

今、小委員会の設置を認めていただきたいということですが、その前に、先ほどお話がありましたように、有賀先生のほうから事前の資料をいただいておりますので、説明をお願いできますか。

○有賀委員 二つあります。一つは、今日の治療指針の2017年度版です。救急医療最近の動向というところは、僕と行岡先生が順繰りに書いているはずなんです。今回は僕になったということです。もう一つの資料2のほうは、地域医療と救命救急センターという名前のシンポジウムが去年日本救急医学会の学術総会で行われて、そのシンポジストというか、僕も特別発言をしたので、登壇した人たちにそれぞれまとめを書けという話があって、これは、近々のへるす出版から出る救急医学に載るものがあります。

資料1のほうは、今言った医学書院の今日の治療指針で、救急医療は今、こんな感じですよということが書いてございます。これは、社会的背景とか、それから、こん

なふうに大変な状況にありますよとか、それから、それに対して緊急度の判定などが行われていますよというふうなお話で、次のページから最後のところは、資源をどんなふうに適正に配分するかというふうなことが重要だということになってございます。眼目はそういうふうなことなのでいいですけども、先ほど水平連携と垂直連携の話が出てきたので、キーワード2017ということで、最近の動向の2ページ目に四角で囲ってあります。

これはブルーの色つきのところだったので、白地でなくてちょっと黒地になっておりますが、水平連携に準じた垂直連携というキーワードと、それから、医療統括体制というキーワードの二つがあるんですね。何が書いてあるかというと、地域包括ケアシステムというのは、こういう法律の中であって、基本的に、ここに書いてある地域包括支援センターや地域ケア会議やケアプランによって支えられる仕組みであると。入院医療を含めた医療提供体制全体の中に、すなわち地域医療構想に位置づけられると。入院医療についても、今言ったみたいに、地域医療構想云々かんぬんで、真ん中辺にちょっとありますが、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための」という長い名前の法律の法体系のもとに保助看法が改正されて、医師の職能が看護師に移譲されるなどが可能となっていると。患者が在宅であれば、主治医や看護師やその他の多職種による日常的な連携の中で支援をされて、時に病院に搬送されると。前者、つまり、主治医や看護師やその他の人たちによって日常的な連携で面倒を見てもらっている中で、さっき言った保助看法の改正がなされて、医師の指示で包括的に看護師さんがどんどんいろんなことができる。そういうようなことも含めて、それら全体を水平連携という。ある日あるとき呼ばれて救急病院に飛び込む、そういうふうなものを垂直連携という。これは、最後のページの文献にあります。日本医師会の議論の中でこういうふうな言葉を使っていこうではないかという話なのであります。ですから、高齢者の繰り返す肺炎などで、いわゆる地域密着型の病院に搬送されるとすれば、これは水平連携に準じた垂直連携。救急医療とはいうものの、これは、さっき言った75歳以上が3分の1以上というふうなことがありますので、これが救急医療のあり方の主体をなすのではないかと。

それから、日常的な水平連携においても、単にみんながわあわあやっているというわけではなくて、多くの場合には、主治医による指示のもとに患者に対応することも求められていると。だから、看護師さんが現場でやるにしても、医行為については医師の指示に従ってやると。こういうふうな状況については、消防本部や救命救急センターから医師が救急現場に到着した救命士に指示を与えることと原理的には同じである。要するに、遠くからああしてね、こうしてねということと原理的に同じだと。救急隊によるクオリティーを保障するメディカルコントロール体制と呼ばれる方法についても、地域包括ケアシステムにおいてもこれらは論理的には一緒だろうと。日本医師会の議論では、広義のメディカルコントロール体制であるというふうにいっていいので

はないかと。広義のメディカルコントロール体制について、広義のメディカルコントロールなどという片仮名英語を使っても誰もわからない。基本的には、介護の人たちもわかっていただかなければいけませんから。というふうなことで、メディカルコントロール体制を、救急隊はメディカルコントロールでもいいのですが、水平連携に関連するようなさまざまな方たちに関して言うと、医療統括体制という日本語の表記が提案されていて、これは、主治医と患者にかかわる多職種との間に成り立つ医師の指示ともろもろの行為についての表現であると同時に、地域全体を俯瞰する地域医師会がその地域包括ケアシステムのクオリティを向上させる方法論であるということもできるというふうなことで、キーワードはそうっております。ですから、こういうふうな観点で今後、ものを考えていってもいいのではないかと。

それから、もう一つのほうは、これは、事は救命救急センターと地域医療となっておりますので、救命救急センターに関して書けということなので、救命救急センターの件を書いてあるといえば書いてあるのですが、2ページにはさっき言った地域医療と医療統括体制の話があって、3ページに救命救急センターの役割とあります。役割とあるのですが、3ページの最後から、「より高次の医療を求める垂直連携そのものとしての転送もあるけれども、患者の病態にふさわしい治療を求める、いわば水平連携に準じた搬送が多いこと、その意味で地域の救急医療に関するハブ機能を果たしている」とある。実は、東京都医師会の三つの医師会、葛飾区医師会と八王子市医師会と町田市医師会の三つの地域で、病院救急車を利用した地域高齢者搬送支援システムのような社会的な仕組み、これは、水平連携に準じて、地域の医師会のルールに従って、ある日あるときに病院救急車が呼ばれて行くと。それで、地域のいろんな施設に運ぶと。場合によってはケアミックスのところへ運ぶとか、純粹に慢性期というか、高齢者施設に運んでもいいわけですが、そういうふうなシステムが、社会的なこういうふうな仕組みが地域に行き渡ることがあれば、純粹に地域の二次救急病院で賄えない重篤な医療内容に対応することのみで救命救急センターの機能を全うすることができるだろうと。だけど、現在の状況は、そのようになる前の過渡期というには余りにも混沌としていると。救命救急センターは真に医学的に重篤な患者のみが対象だというふうに言っている人はいますが、そういうふうなことを言うには余りにも混沌としていると言わざるを得ないので、当分の間、救命救急センターは高齢者施設でいわば看取ることができなかった心肺停止症例への対応を含めて、水平連携に準じた垂直連携にあずかることが求められると。論文13)については、「大都市圏においてより一層」というのは、埼玉県の比較的田舎と、それから、防衛医大のあるあたりと、それから、東京消防庁を比べて、こういう患者さんが都市圏においてより救命センターに運ばれるというふうなデータが13番の論文にあります。興味のある方はどうぞ見てください。

つまるところ、付録の委員提供資料2の図の2枚目、急性期病院の二極化とあります

が、がんが受け取ってくれているような病院と、それから、比較的そうでないところがあると。比較的そうでないところは、昼間はいいけど夜はうまくないというようなこともあるので、そういう意味では、矢印のついたような石心会狭山病院とか、それから、川崎幸病院とか関東労災病院とか市立川崎病院とか、そのようなところが、恐らく救命救急センターと同じように、とりあえず患者の安定まで面倒を見て、その後、地域の施設に運んでもいいのではないかと。

その次の図は、猪口先生の図を借りてきましたが、もともと水平連携の対象である人が、今言った救急医療を積極的にやるような病院や救命救急センターへ運ばれれば、その後に丸で囲んだいろんな施設に行くでしょうが、そういうふうなことになる前に、東京消防庁の救急車の大変さを助けることも含めて病院所属の救急救命士が現場に行くと。先ほど話したナースの職能を救急救命士が移譲したというふうに考えればいいわけで、点滴もできますので、そういうようなことです。

最後の昭和大学病院救命救急センターから即転送というのは、図にある上の二つです。積極的な医療を希望していないとか、全身状態を安定させたのでそういうところへ運びましたという話があります。

ですから、そういうふうなことで、この図で言うと図1、これからの循環型地域連携システム、これは、慢性期医療協会の先生がお書きになった論文から引用したのですが、急性期の部分にあるのは、垂直連携はもちろんやっていますが、水平連携に準じる垂直連携もやるということで、地域密着型病院が非常に大事になる。救急医療はこの部分にあるわけですが、この図全体を俯瞰するような、そういう観点で救急医療を展開していきましょと、こういう話を資料1と資料2でお話ししたことになります。

ちょっと長くなりましたが、以上です。

○島崎会長 ありがとうございます。

前回の平成27年度の救急医療対策協議会で、実際に高齢者については、水平連携に準じた垂直連携というようなことを救急医療の場で提供していくのがいいのではないかとというようなことです。

いかがでしょうか。事務局の説明と今の有賀先生のお話で、何かご質問等はございますか。

行岡先生、いかがですか、東京の将来像を見据えたような救急医療全般で。

○行岡委員 これからは医療リソースをどう最適化して活用するか。限られた医療施設しかないし、お金も投入できないと思います。それで、最適化するの、さっきも言ったように、患者さんが体験する病気の経過に沿って医療資源をうまく最適化していくということに切りかえていかないといけないのではないかと。今、我々が教育する若いお医者さんは、呼吸器内科か循環器内科か消化器内科かということ、一生懸命自分たちを既定しようとするのだけど、そうではなくて、自分が働いているところは急性期

の病院なのか、回復期の病院なのか、慢性期の病院なのかという区分けも同じようにとても大事になるということ。そこへ医学、医療が頭を切りかえることができるのかなということが一番大事なポイントではないかと思います。

それと、非常に小さいことなんですけれども、情報の共有ということで、今朝ですか、カンファレンスで、抗血小板薬が非常に増えてきていますよね。その拮抗薬が出てきて、40万円するそうなんですけれども、製薬会社が「私は抗血小板薬を飲んでいきます」というシールを貼ってくれとかと言って、それを運転免許証に貼るだの、身分証明書に貼るだの、保険証に貼るだのというようなこと、ちょっと待ってくれと。そういうことをしたら、また救急の現場があれを見なくちゃいけない、これを見なくちゃいけないというようなことになってくるので、そういう情報源も一本化して、例えば救急に関することであれば、こういうところでどういうふうに情報を共有しようかということをしなないと、どうも製薬会社はアリバイづくりといいますか、そういう情報を提供することを十分していなかったために、訴訟問題とかというものにディフェンシブになっているようなんですけれども、今後、薬は何を飲んでいるかの情報共有ということも、こういうところでしっかり考えていかないといけないのかなと思いました。これが意見です。

○島崎会長 猪口先生、今の有賀先生の話と東京都の話と踏まえて、東京の将来の救急医療に関して何か。

○猪口委員 資料7ぐらいのところから、事業展開の話から振り返りながらお話をさせていただきたいと思いますが、ここは救対協ですので、救急という視点でこういうお話があって、それぞれに対しては、それぞれいい試みだなと考えているところでありましてけれども、例えば、資料7の2/2の右上の精神身体合併症、それから、東京ルールで精神科の合併症の患者さんが増えているなどの傾向がありますが、これは、精神科の入院の入院期間が今、どっと短縮されていると。地域で精神科の患者さんを診て、なるべく外来で診ましょうというような傾向にずっと誘導されているということのようです。やはり救急だけではそうなかなか解決できなくて、そういうふうな精神科のほうでそういう動きであるならば、以前であるならば、入院していたような患者さんをどのようにフォローしていくかという体制は、救急以外のところでもきちんとつくっていただきたい。

例えば、先ほど、指定二次救急から救急告示医療機関との連携というお話がございました。これは地域医療構想とも絡んでくるような話なんですけれども、救急告示医療機関側からしてみますと、急性期の患者さんをすぐ受けるというのは、診療報酬上はなかなか難しいと思います。ですから、そういうことだと、地域医療構想的に言うと、やっぱり地域包括ケア病床という、包括診療料が算定できる、そういう病床の育成をきちんとしていかないと、やっぱり先に進みづらいたらうと思います。

それから、救急専門医等のお話のところもありましたが、これは、行岡先生がおっし

やっているとおり、それぞれのステージでしっかり診ていくときに、我々二次医療機関で足りないと思うのは、精神科を診るということだけではなくて、今までの医療界全体の非常に細分化された専門医を育てている組織の中で、総合診療的に診られる医者、それは精神科も含めて、精神科だけではなくて、何でもかんでも最初のプライマリーな部分が診られるという医者を育てることが大事なんだろうと思います。今言ったようなこと、さらに、病院救急車をもっともっと多くの医療機関が持ったらいいというような話を、東京都医師会としてはいろんな要望を挙げていますので、この場をかりて意見を言うと同時に、我々がこういう要望を挙げているということのアピールもさせていただきます。ありがとうございました。

○島崎会長 医療機関と地域包括ケアの規模にもよると思うんですけども、多職種間の連携というようなことが重要だと思うんですが、小島さん、いかがでしょうか。

○小島委員 地域包括ケアシステムというのが区市町村単位で考えられるということもあるので、地域ごとにどういった計画性を持って進めていくかというのは非常に大きなところで、その中で、社会福祉関係の施設や団体がどう医療と連携していくかということが大きな課題になっていくのだろうというふうに思っています。

○島崎会長 永田さん、いかがですか、薬剤師の立場から。

○永田委員 先ほどの情報共有をするという観点から見て、確かに、ICTを活用したお薬手帳による医薬品の名称の共有化というのはあるのですが、まだなかなか進んでいないという観点が第1点と、高齢者にとって、それを使うということに対して、非常にまだ難しい部分があります。ということで、紙媒体になってくる。そんなところで、今後どのような形で進めていけば、電子媒体で、HPKI等を利用した形で認証制度を使ってアクセスができるような体制、そういうものは今後考えていかなければいけないことかなと思っています。

○島崎会長 湯澤さん、歯科医師の立場から、高齢者は結構、合併症といったら何なんですけど、結構歯に係る問題はあると思うんですが、いかがでしょうか。

○湯澤委員 高齢者に関しましては、合併症というか、我々としては、口腔内をきれいにすれば誤嚥性肺炎とかにならないというふうに、要は口腔ケアをしましょうということで、アピールをしているところでございます。

高齢者医療で、先ほどからの議論の中で、歯科に関しては余り救急車を利用するということはないですが、たまにはありますけども、患者さんが外科的処置をしたときに倒れちゃったとか、そういうときにあります。ただ、我々が救急車を呼ぶときに、とりあえず呼ぼうかというような考え方の先生が多いのではないかなと思うんですね。それで、どういうふうに呼んだらいいか。民間救急車とか病院が持っている救急車とか、救急車を呼ぶときに呼んでもいいのかということもありますし、重症だったら呼んで、軽症だったらそんなに頻繁に呼ぶなというような情報を我々にも教えていただければ、少しは東京ルールというものもよくなるのではないかなと思います。

○島崎会長 介護施設とか老健とか、あるいは二次救急医療機関で、高齢者が中長期的に入院患者さんとか高齢者に関連して、その施設と歯科医師会なり、歯科医の先生方と連携をとって定期的に診るとかというようなシステムは全くないのですか。

○湯澤委員 地域によっては地域包括ケアということを考えてやっておりますので、行政の方と三師会と協議して、あるいは、ヘルパーとかと協議して、そういうことをやっている地域もあります。そっちの傾向にはっております。

○島崎会長 三師会なんかで患者をトータルで診ていこうというようなシステムは一応あるのですか。

○湯澤委員 確立しているところと確立していないところがあると思うんですけども、これからそのような傾向にいくと。

○島崎会長 非常に重要でしょうね。肺炎とかでかなりの率で亡くなられるので。ありがとうございました。

救急医療機関同士の連携と、それから、下り、あるいは上りの転送ということで、清水さんのほうで何かありますか。

○清水代理 実際、下り搬送が多分恐らく東京でかなり多いのはうちの施設ということは、前から言われているんですね。ただ、下り搬送に関しても、下り搬送を決定するというにはある意味結構勇気が要るわけです。ただ、よく言われているように、月曜日に転院を決めるということが結構多いと。もちろんそのつもりではいるのですが、実際に決断ができるのは、月曜日にご本人を診て状態を把握して、これなら普通に送れるなという、その決定をみんなですて、初めて事が進むのです。そこから転院交渉をするというところのやりとりというのは、本当に非常に、一人の医師とか、それから、ケースワーカーも半日とられるような、そういう作業を多くの患者さんでやらざるを得ないと。かつ、その後、今度はご家族にお話をすると。最近の救急医療の問題は、家族の方も、すごく熱心に来ていただける方であれば問題ないのですが、やはり、家族がいらっしやらないとか、家族を呼んでもいろいろ時間がかかるというところで、またいろいろな課題と。そういうものとどうしても重なって、現場としては、ここで最終的に疲弊してしまっていて、最後にあとは搬送手段というところがあって、それでどうしても東京消防庁の救急車を使ってしまうということもあるのがあるところで、もちろん民間救急車を使えばいいのですが、時間の制約とかもあってというのが今の現状ではあるのです。ですから、もちろん、ご指摘のとおり、予算も最近はついていきますし、来年度も予算で民間救急車を積極的に使えますので、何とかそういう努力はやっていこうと思っているのです。ですから、高齢者とかそういう方をどんどん受け入れると。受け入れるけれども、そうしたら、今度は転送をさせないといけないという。本当にそういうところでの出し入れでかなり苦慮をしているのが、CVの救命センターという、そういう現状はございます。

○島崎会長 ありがとうございます。

全般を通して、何かありますか。

○松井委員 清水先生、どうもありがとうございます。

当庁は決して転院搬送をしませんなどとは絶対に言いません。今の件数が4万数千件なんですけど、ちょっと気持ちを民間救急という努力をしていただければ、かなり違うと思うんですね。その部分をお願いしたいなと。と申しますのは、例えば、1カ月に1件減らしていただけるだけでもかなり違います、各病院がです。ぜいたくを言えば全体で15%。先ほど事務局のほうからもお話がありましたけど、福祉保健局さんの来年度事業で転院搬送の補助事業という部分というしっかりと認識していただいて、それを活用していただくことによって、例えば15%減れば、当庁の救急隊2隊分が通常の活動に行けるということがあります。先ほどお話があったとおり、転院搬送をしなければならない病院というのは、当然夜の段階とか、そういうときに、本当に救急隊のために受けていただいているんですね。その分も十分認識しておりますので、全体的に少しずつ努力をしていただくことによってかなり変わるんだというところで、うちはいいやと思ってしまうと、これが悪いほうに行ってしまうので、その辺のところをお願いできればなと思っています。

以上です。

○八木救急災害医療課長 松井委員、ありがとうございます。委員からのご指摘を受けまして、医師会とも連携しながら各医療機関のほうに働きかけをしていきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

○島崎会長 猪口先生。

○猪口委員 今日の有賀委員のほうからの水平連携に準じた垂直連携という話も、転院搬送などにその概念の応用ができるというか。救急で不要不急な搬送は慎んでくれというようなことをよく言われますけれども、急いでいない搬送が非常に問題となってきて、転院搬送なんかは、先ほどの統括体制、医療下に置きながら搬送しなくてはいけないというようなことが多くて、それで消防救急を呼んでしまうという状況なんだろうと。医療が必要だということと、それから、急いでいるんだということと、これを整理しないと、医療が必要な搬送に関してはどうするのかと。要するに、水平連携に準じた垂直連携というのはまさにそれであって、医療が必要な者の搬送を、この今の救対協的な救急という感覚で全部やっていくのかどうか。今後どういうふう成長させていくかということは大変なものではないかと思うんです。それで、民間救急も出てくるし、病院救急も出てくるしというところで、一つの方法論だけで全部を攻めていくのは非常に厳しい。これが有賀委員の本当のお話なんだろうと僕は思います。ぜひこの辺の視点を育てていただけたらなと思います。

○島崎会長 有賀先生、これで最後ということで。

○有賀委員 ちょっと追加です。今の猪口先生の話聞きながら、やっぱり大事だと思ったのは、実はお金の計算、つまり、今言ったいわゆる下り搬送に関するお金の計算を

したんですね。僕の委員提供資料の2ページ目の地域医療と医療統括体制のすぐ上です。今言った病院救急車を利用した地域高齢者搬送支援システムについて、「ちなみに現在は行政からの補助に依る運用であるが、いずれは地域社会の仕組みとすべく、搬送1件について概ね2,000～3,000円という試算もある。」と。これは厚生労働科学研究で報告書を出さなければいけないのですが、ここで出てきているお金は、即搬送などというときに、病院の救急車を使ったり、場合によってはタクシーを使ったりする。後者の話は余りないですが。ですから、病院救急車を使ったとしても、タクシー代に換算するとどうなんだろうかというふうな計算をした。それから、向こうの医療機関に行って医療をするわけですので、こちらから出発するときも医療をしていて、その間、看護師さんが乗るか乗らないかは別にしても、とにかく、向こうで医療をするという限りにおいては、こちらでやっている医療がそのまま水平移動していると。つまり、その間は何もやっていないわけではなくて、点滴をぼたぼたとか、インフュージョンポンプで点滴をするとか、そういうようなことをしているわけです。従って、そういう意味での継続した医療はどうやって計算するのかといたら、その人の直前までの医療、1分当たり幾らと。割り算をして、大体大人は30分で昭和大学から先方へ行けましたから、そうすると、1分掛ける30分のお金で、おおむねこのぐらいだったんですね。

これはちょっと事務局にお願いしたいのですけれども、民間救急車のお金のセッティングがあるじゃないですか。あれはタクシーとはちょっと違うという話をこの間お聞きしたのですが、そういう意味で、民間救急車によるお金の設定がどんなふうで、どれぐらい非現実的なお金になっているのかという話が多分あるのではないかと思いますし、それから、東京では余りやっていないと思うんですけれども、地方では病院が救急車を出すじゃないですか。そうすると、距離に応じて幾ら、幾らとなっていて、それに依って代金を要求している病院もあったんですね。これが認められるかどうかは知りませんが、現にそうやって患者さんからお金をいただいていると。昭和大学の場合にはお金はもらえませんでしたけど、距離によってお金をもらうというふうなことはあるんですね。ですから、そこら辺の状況をちょっと調べていただいて、どのぐらいのお金が動いているのかという話をお願いしたい。お金の感覚が大体わかると、民間救急車の話にしても病院救急車の話にしても、いずれは地域の社会の仕組みとすべく考えて行くという話に本当になっていく。その可能性が大きいので、お金についての情報は、僕も頑張りますけど、どうぞよろしくお願いしたいと思います。それが言いたかったのです。

○島崎会長 その辺のところは結構グレーの部分というか、ほとんどわかっていないですね。事務局、よろしく申し上げます。

審議事項は小委員会を設けたいということですが、それでよろしゅうございますね。

(異議なし)

○島崎会長 救急医療の先生、在宅医療の先生、あるいは、福祉分野の委員の方々等を入れて小委員会をつくり、先ほどのタイムスケジュールでやっていきたいというふうに思います。

具体的な人選は私と事務局にらせていただいでよろしいでしょうか。

(異議なし)

○島崎会長 では、そのようにさせていただきます。

ちょっと時間が延びて申しわけございませんでした。

では、事務局へお渡しいたします。

○八木救急災害医療課長 島崎先生、どうもありがとうございました。また、そのほかの委員の先生方にも精力的にご議論いただきまして、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小委員会にてさまざまな検討をいただき、改めてこの協議会のほうに報告をさせていただきたいと申します。引き続きご指導、ご鞭撻のほどよろ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。本日は、お忙しい中お時間をいただきまして、まことにありがとうございました。

○島崎会長 お疲れさまでございました。ありがとうございました。

(午後 7時43分 閉会)