

平成 24 年度 第 1 回 横浜市救急医療検討委員会 議事録	
日 時	平成 24 年 7 月 4 日(水) 19 時から 20 時 30 分まで
開催場所	横浜市救急医療センター3 階研修室
出席者	今井 三男、鬼頭 文彦、郡 建男、高井 佳江子、田口 進、天明 美穂、根上 茂治、平元 周、森村 尚登、吉井 宏、渡邊 まゆみ
欠席者	恩田 清美
開催形態	公開 (傍聴者 2 人)
議 題	1 報告事項 (1) 24 年度予算概要等について (2) 横浜市救急医療情報システムの体制整備について (3) 新たな二次救急医療体制の検証について (4) 救急搬送受入病院連携支援モデル事業について 2 横浜市の外傷診療について
決定事項	なし
議 事	1 報告事項 (事務局) (1) 24 年度予算概要等、(2) 横浜市救急医療情報システムの体制整備、(3) 新たな二次救急医療体制の検証及び(4) 救急搬送受入病院連携支援モデル事業について説明。 (田口委員) 新たな二次救急医療体制の検証について。二次救急拠点病院は現在 21 病院あるが、A 病院が運用開始時の 11 病院から 10 病院に減っている。今後 A 病院を増やす計画はあるのか。多くの軽傷・中等症の救急搬送を受け入れている B 病院の体制整備は重要だと思うが、A 病院は重症搬送を受け入れる役割があるということ踏まえた上での行政としての方針を聞かせてほしい。 (事務局) A 病院に関しては、A 病院の参加基準を満たし、希望される医療機関があればご協力を得たいと考えている。 (高井委員) 救急搬送受入病院連携支援モデル事業の資料に、受入不可となった事案の理由が書かれているが、不可理由の「その他」はどういう意味か。 (事務局) 詳細や内容を全て把握しているわけではないが、市民病院の「その他」は、救急隊の判断で分類した用紙上の分類だと思う。また、昭和大北部病院の「その他」は、かかりつけ医でないと診療が困難という趣旨の補記がされていた。

(渡邊委員) 新たな二次救急医療体制の検証データは、非常に説得力のあるものだと思う。また、疾患別救急医療体制や、世代別の産科・周産期医療体制、小児救急、そして、若者・成人に照準を合わせた外傷など、ひとつひとつ問題点を解決して、大変に良い救急医療体制が整えつつあるのではないかと思う。

検証の要約にも記載されているが、今後の課題となるのは高齢者の救急搬送ではないかと思った。また、救急隊の現場滞在時間が伸びている問題に関しては、照会回数5回以上が伸びていることだけではなく、病院選定以外の要因があるのではないかと分析しているが、この点については、平均時間以上で現場滞在時間が極端に長い例について、どうして伸びているのかということをもう一度分析していただければ、様々な問題点が見えてくるのではないかと思った。

最近、消防の方と、現場滞在時間が伸びていることに関して話して思ったことは、救急搬送にあたって苦慮しているのは、高齢者の方からの聞き取りに時間がかかることや、高齢者の方の情報を得られにくい事のようなのだ。いくつかの自治体では高齢者の方の救急医療情報を記載したものをキットにして、冷蔵庫などに入れておき、救急隊等が搬送前にそのキットを見ることで、迅速に情報をキャッチするという工夫をしている。

小児救急に関しては、子育て中のお母さん方に様々な広報や啓蒙の活動をし、子育ての学習の場を設けることが期待されているが、これからは高齢者に対しても、老人クラブなどの高齢者の集まりの場で、救急のかかり方とか、救急にかかる時にどのような情報を用意しておけば良いかということを知っていただく機会を作ると良いと思う。

(事務局) 現場活動時間に関しては、病院照会回数5回以上が非常に増えているというわけではない。また、先ほど渡邊委員がおっしゃったように、今年度上半期では、高齢者の搬送数が52%になっており、65歳以上(高齢者)と以下で現場活動時間を比較すると、明らかに高齢者の現場活動時間は長いという結果が出ている。その要因としては、先ほどの話にあったとおり、高齢のため聞き取りに時間を要すること。また、自宅から救急車に向かうまでの歩くスピードが遅いことや、ストレッチャーで搬送する場合でも、一人暮らしの高齢者の場合、戸締り、火の始末といったことを救急隊員が確認する必要があり、搬送開始までに時間を要することである。一方、65歳以下の方の現場滞在時間も伸びている。これには様々な要因が考えられるが、病院に照会する時に伝えなければならない項目、照会時に病院から救急隊への問合せ項目が以前より増えていることがあげられる。しかも、病院から患者に聞いてほしいといわれた項目については、65歳以下であっても聞き出すことが困難であるというような事情が増えている。もう少し詳細な分析ができないか進めているが、現時点では以上のとおりである。

(平元委員) 24年度予算で、二次救急医療対策費が4億2千万に対して市民病院

の操出金が約 20 億となっている。横浜市全体の救急対策を考えるのであれば、もう少し民間の二次救急医療体制参加病院への補助金も増やしてもらいたい。来年度予算に向けての要望である。

(田口委員) 救急搬送受入病院連携支援モデル事業についてだが、3病院増やすことは非常に良いことだと思う。運用していて戸惑うことの一つに、入院した患者さんを連携病院へお願いする時になかなか受け入れていただけないケースがある。行政の方と一緒に連携受入病院へお願いに行き説明をして理解はしてくれているのだが、実際に搬送する時には様々な要望が出てくる。一番目に多いのが経済的なこと。二番目は保証人や家族の有無。そうしたことが大きな問題になっている。地域性があるかもしれないが、新たに3病院を増やす時点においても、そうした連携受入病院の選定も考慮する必要があるので参考にさせていただきたい。

(事務局) 今の話は課題だと思っている。転院の仕組みについては、現在の3病院の方法に加えて、今、おっしゃったような課題が出ているので、新たな3病院には、その辺をどう解決するかということも踏まえて、一緒に取り組んでいきたいと思っている。

(天明委員) 新たな二次救急医療体制の検証では、小児のデータが少ななので教えてほしい。救急車の適正利用ということで、何年か前から力を入れていただいて、地域子育て支援拠点などで、いろいろイベントをしたり、啓発活動をしていただいたりしていることを、私は嬉しく思っているが、それが成果としてどうなっているのか教えてほしい。

(事務局) 林市長になってから、地域医療を支える市民啓発活動ということで、市長プロジェクトの一環として、様々なイベントや啓発を行っている。小児に関する啓発の成果があるか否かの検証は行っていないが、22年度、23年度の統計を御覧いただくと、初期の小児救急を受診している患者数自体は減少傾向にあるので、一定の成果があったと考えている。

2 横浜市の外傷診療について

(事務局) 横浜市外傷診療状況調査の結果について説明。

(森村委員) 「横浜市外傷診療状況調査報告」について説明。

(高井委員) 防ぎ得た外傷死亡例についてですが、防ぎ得た可能性があるというのは医学上、医学的、学問的に防ぎ得たということなのか。それとも臨床的に防

ぎ得たということなのか。また、同僚審査をされているが、これは特別に優秀な病院で対応した場合に防ぎ得たというのか、普通の病院でも防ぎ得たということなのか。

(森村委員) 学会等では、何を持って防ぎ得たとするかということについて、1990年代の半ばくらいに、ある程度基準は検討されているが、いわゆるゴールドスタンダードというのはなく、エキスパート達が複数人以上集まって、その病院における最大のパフォーマンスを提供できた場合を想定したものである。フェイズごとに検討し、プレホスピタルでは、救急隊の医療機関選定に問題がなかったかという考えで始まる。今度は、インホスピタルで、病院搬送は、初期診療のタイミングは遅くなかったか、判断に遅れはなかったか、スタッフィングは十分であったか、放射線科の医師がもし必要なら、その方がオンコールで来るまでの時間をもっと短くできなかったかなど、検討していく。このような検証を全例に行うのではなく、まず、予測式を用いて、予測生存率が50%以上を示している例を対象に検討していく。今後の質を高めるための課題探しのために行うものである。日本語で「防ぎ得た」と表現すると、すごくインパクトが強くなるが、これは英語の、「Preventable」を直訳しただけで、「その可能性がないか」というような考え方である。

(高井委員) 法律家としては、過失が推定されるのではないかと捉えてしまう。過失があったとしても助けられるというのは、高度の蓋然性がなければ責任は問われない。50%程度の助けられた可能性では、高度の蓋然性とまではいかないので、おそらく法的責任が問われるところまではいかないが、法的責任が追及されかねないような可能性がこの調査には含まれているように思ってしまう。

(森村委員) 法律に関わる先生方は必ずそのように言われるが、まったく離れた概念で答えがないものである。例えば、救急搬送されてきた時に、1分後に酸素を行った場合と2分後に行った場合とでは1分後の方が絶対に良いだろうということを示す根拠、つまりエビデンスというものはないが、より早く行った方が良かったのではないかというようなことについての審査をしているという概念である。調査にあたって、全症例を確認したが、全て一般的には問題ない診療を行っていた。しかし、我々としては、後から考えるとこの方を助けるためには、もう少し何とかできなかっただろうか。というようなことを話しあった。「防ぎ得た」という言葉は、「Preventable trauma death」と既に学会が使用しているので、そのまま使っているが、今話したような内容である。

(高井委員) 外傷診療の調査報告に関しては、もう少しコメントを入れないと誤解を招く。昨今、医療トラブルはととも増えているので、些細なことでも病院に

苦情が来る。中には裁判にまで発展する。病院に不信感を持っている方だと、このような調査報告を見ただけで、この一例が私の家族ではないかと思ってしまう。だから、こういう調査結果が表に出ることは危険だという気がした。

(平元委員) 外傷診療調査報告は、細かく分析されて素晴らしいと思う。予測生存率が 100%のところがあるが、どうすれば良かったのかを現場にフィードバックしていただければと思う。

(森村委員) 冒頭でお話ししたように、今回の調査結果の予測式に関わる尺度(係数)は、1980年代の米国のデータで使ったものを使っている。当時は、現在の日本の高齢化率とは全く違うデータベースなので、当然ながら、その時の尺度を使えば死亡の転帰とする可能性が高いのに、生存率が高いと予測するような結果に見せてしまう部分がある。

そのことは既に指摘されていて、頭部外傷、頭部単独外傷で非常に厳しい分類をされるケースもこの予測式の弱点と言われている。今回の事案も半数近くが、頭部外傷が含まれていることと、80歳以上の高齢者の方は、若い方と同じ衝撃を受けても重症度が高くなることから、この予測式の限界も考えている。

(鬼頭委員) こういうデータが出ると、外傷センターなどを設置しないといけないうことになると思うが、外傷センター＝ER型救命救急センターではないので、簡単に専門医が確保できない。今、外傷学会の専門医というと、森村委員を含めて160人弱しかいない状態なので、とにかく早く外傷の専門医を育てるような環境を整えないといけないと思う。特に外科とか整形外科、脳神経外科以外にも、最近、放射線科のIVRで治療するというのが非常に増えているから、この部分の医師を育成することが喫緊の課題だと思う。そこで、この委員会や行政を通して働きかけができればよいと思っている。

(森村委員) 鬼頭委員から外傷センターの話が出たので、追加の意見を述べさせていただきたい。「Preventable trauma death (PTD)」は、その表現は別としても、このぐらいの数値で収まっている横浜は、おそらくは、かなりレベルの高い地域なのではないかと思っており、継続すればこの地域がどれぐらい高いのかということが分かるし、学会報告をしたときの反応でも、この調査報告を受けて他の地域でもこうしたデータを出してくる可能性があるから、そうしたデータとの比較が大事かと思う。PTDを減らしていくには、初期診療に関しては、救命センター、二次救急を含め、皆が頑張ればある程度は下がっていくと思うが、問題は「Preventable trauma death」の次の「Preventable disability (防ぎ得た機能障害)」と言われている。機能回復という点で、命を助けたあとのリハビリも含めてどのようにやっていくかということが問題。

開放骨折の初期診療は洗って創外固定するなど応急処置をすればなんとかなるが、実はその後、2回、3回と手術を繰り返したり、リハビリをしたりというようなことを行う必要がある。現在の救急という枠の中では、例えば診療費を意識すると、2週間というのが大きなくくりとなっている。その中でリハビリや数回に渡る手術をやっているかという、なかなか難しい。

80年代は体幹部、肝臓や腎臓といった体幹部の損傷が非常に多かったが、飲酒運転に対する処罰、あるいはエアバッグやシートベルトの普及等々で、減った。その代わりに今、整形外傷が少し増えてきている。したがって、何度も手術が必要になるケースは、実はそんなに少なくない。外傷センターというのは、そういったことも含めて、ひとつの解決策になり得るかもしれないと思っているので、そういった視点でも、先ほど鬼頭委員が言われたように、外傷医を増やすとともに、集約化ということに意味が出てくるのかと思う。しかし、病病連携は当然の如く大前提である上だと思っているので、そういう視点からも是非考えていただきたい。

(郡委員) 今、森村先生がおっしゃったことは大賛成で、この防ぎ得た外傷死亡例の話は、生存の形を問わないというところについてしまう。それは30日過ぎれば、肺炎で死のうが、何で死のうが構わないということになってしまので、我々とすると、それは非常に怖いデータである。しかし、多発外傷などの場合だと、まず、予防できる死亡をなくすことから、次のディスアビリティをなくすというステップバイステップの話になっていく。

外傷センターには2つの考え方があると思うが、この「Preventable trauma death」を減らそうとする外傷センターは、あくまでも多発外傷に関わってくるような外傷センターであって、比較的余裕を持って集まれるものでなければいけない。一方、ディスアビリティをできるだけなくそうという外傷センターは、患者がたくさんやって来る必要があると思う。そうすると、外傷センターと言いつつも、実は2種類のものを作っていかなければいけないのではないかと思う。

そうした中で、多発外傷を扱うというのは、特殊な世界になってくるので、そういう所を8か所も10か所も作る必要はないと思うが、「Preventable disability」という、整形だけではなく脳神経外科も含めて関わってくる、重度の外傷センターの次のランクの外傷センターと、2つに分けて整備していくのが良い。そして、双方の役割が重複することがないようにしないと、両方ともデータが下がってくる。肩書が違うそれぞれの役目を持ったところを作っていないといけないのではないかという気がする。

かつて小児救急拠点病院を検討した時に、救急治療の次のステップとして小児のICUをどうするかという話になった。その時は、小児のICUは横浜市内に8か所も9か所も作る必要はなくて市内に2か所もあれば十分だという考えでスタートした。また、その時には、一次から中等症ぐらいまでを見る病院を小児救

急拠点病院以外のところに作れば、更に良い体制になるので棲み分けをきちんと行おうという話があった。小児に関しては、スタート後は比較的上手くいったが、外傷に関しては、はじめからしっかりと棲み分けをしておかないと、両方ともデータが悪くなるのではないかという気がする。

(吉井委員) 外傷センターに関しては、昨今、交通外傷が激減しているので、外傷センターをたくさん作る必要があるかどうかについては慎重に検討する必要がある。特に外傷手術の症例が少なくなってきたおり、救急医療学会や外傷学会においても、「Acute Care Surgeon (救急総合外科医)」といった外傷と内因性急性疾患の両方に対応できるような形でいくべきではないと言われてしている。だから外傷センターをどういう方向性を持ってくるか検討しないといけないと思う。個人的な意見としては、救命救急センター＝外傷センターで十分対応できるのではないかと思う。

病院経営自体を考えても、ただ外傷診療のためだけに、外傷のスペシャリストを抱えておくというのは非常に無駄。これは小児でも言えると思う。個人的には、外傷も含め救急全般に対応できる医師でなければ駄目だと思っているので、そういう方向が良いと思う。

もう一つ、「Preventable trauma death」の話だが、P s という予測値は、あくまでも、ひとつはR T S という、搬入された時の全身状態を見る指標と、全体に、解剖学的にどのぐらいの外傷の重症度なのか、という二つを組み合わせたもの。そこで問題は、運ばれたときに全身状態が良く見えることがあるということ。大体こういうデータで亡くなる方というのは、急速に変化していく。その変化の速さの値がこのデータに入っていないので、来たときには、ケロッとしているけど、数時間後に急に全身状態が悪くなるなどの予測値が入ると、また少し違うと思う。そういう問題もあるので、このP s の考え方を、これからも考えていかないといけない。また、これからは法的な問題も含めて、P s がどうだったのかを、しっかり評価して対応しないといけないと思う。今回のリサーチに関しては、あくまでも個人が特定されないという条件で行ったので、ここから特定され、うちの家族じゃないか、ということはあるし、24時間以内の死亡症例がほとんどなので、問題にならないのではないかと思う。

(事務局) 高井委員からも御指摘があったが、確かに専門家の間では、これを見てもこのようなものだろうというのが、多分、分かると思う。我々も内部で話し合ったとき、学会でこのような質問や内容が話し合われること自体は、非常に価値のあることだ、という意見があった。しかし、高井先生が心配されたように、行政として取り扱うにはインパクトが強すぎるということが内部でも話題になった。一方、非常に有意義な調査だということで、我々も協力させていただいた。

公開資料とするためには、ある程度の解説や、どういう意味を持った数値なの

か素人の方にも分かるような形で提示するかということについて、内部で検討させてほしい。

(今井委員) 医師になりたての頃にある病院で当直をしていた時、6人乗った車が崖に激突し、夜の2時ごろ運ばれてきた。最初は皆元気だったが、全員、頭蓋底出血していた。2、3時間様態を見ていたが、朝方に全員亡くなった。その時、医師は私一人しかおらず、宿直の看護師が手伝ってくれたが、一人を気管切開するのがやっとだった。今思うと、こうした事案には外傷センターや外傷専門の医師でないと対応できない、と印象を持ったのを思い出した。

以上