

| 平成 26 年度 第 3 回 横浜市救急医療検討委員会 議事録 | |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 日 時 | 平成 27 年 3 月 4 日 (水) 19 時 00 分から 20 時 15 分まで |
| 開催場所 | 横浜市健康福祉総合センター 6 階 会議室 |
| 出席者 | 岩渕 泰子、浦井 伸子、恩田 清美、高井 佳江子、天明 美穂、 西山 貴郁、平元 周、古谷 正博、三角 隆彦、森村 尚登、 八木 啓一、吉井 宏【五十音順、敬称略】 |
| 欠席者 | 石原 淳、平安 良雄【五十音順、敬称略】 |
| 開催形態 | 公開（傍聴者 3 人） |
| 議 題 | 1 第 6 次提言の最終確認 2 「外傷（整形外科）救急医療体制」の見直しに係る専門部会の報告 |
| 決定事項 | ・第 6 次提言の確定版に向けた細かい修正作業については、委員長と事務局に一任する。 |
| 議 事 | <p>1 第 6 次提言の最終確認</p> <p>（事務局）第 6 次提言案について説明。</p> <p>（古谷委員長）事務局から第 6 次提言案について説明があったが、何か御意見・御質問はあるか。</p> <p>（恩田委員）説明を聞き逃したのかもしれないが、市民の救急要請に対する不安軽減について触れているのは、提言のどこの部分か教えていただけるか。</p> <p>（事務局）資料 21 ページの一番下の部分だ。</p> <p>（高井委員）資料 15 ページのイメージ図で、フィールドトリアージのすぐ右下に「精神疾患等の合併又は疑う症状」という表現で、精神疾患の後ろに「等」が入っていて、14 ページの本文の 1 段落目では「等」が入っていないなど、同一ページ内で、「等」が入っていたりいなかったりするが、「等」というのは何を意味しているのか。</p> <p>（事務局）補足させていただくと、まず前提として、言葉の定義というのは非常に重要で、本委員会でも色々と議論されてきたところですが、特に、このイメージ図で御指摘いただいた、フィールドトリアージの右下に記載している「精神疾患等の合併又は疑う症状」という表現については、本日は残念ながら御欠席されている平安委員及び専門部会に所属されていた医師の方々に確認させていただき、医学的にこの部分の判断内容に当てはまるとされるあらゆる事象を受け止める言葉として、この表現で定義させていただいた。また、本文中には、「精神疾患」という言葉の後ろに「等」を付けているものと付けていないものがある。我々も言葉の表現については、気を付けているが、今回御指摘いただいた「精神疾患等の合併又は疑う症状」</p> |

については、一つの単語であるという御理解を専門部会の医師の方々には御確認いただいた。あと、文章上、「精神疾患」という言葉を使用するときは、あえて「等」を入れていない。「等」を入れる必要がない場合には、精神疾患を指す言葉として、「精神疾患」という表現にしていますので、複雑ではあるが、そのように御理解をいただければと思う。

(高井委員) 具体的に、「等」がどういったことを指しているのかが良くわからない。

(森村委員) 補足すると、パーソナリティ障害といったもののように、精神疾患と診断してしまうと、精神医学上で精神疾患と定義としているものの中に含まれないということから、精神的に色々な問題を生じているといった疾患群を表現するためには、非常に丁寧に定義をすると、精神疾患と呼ばないけれど、同様に不穏になっていたりだとか、大声を出していたりだとか、そういった症状を来すものがあるので、それを医学的に丁寧に表現するためには、「等」を付けざるを得ないというのが、専門部会での議論だったかと思う。

(高井委員) そうすると、14 ページの本文の1段落目、「精神疾患を合併する身体救急患者」という表現にも「等」が入るのだろうか。ここは「等」が入らないのか。あと、2段落目も2か所で「精神疾患」となっているが、ここも後ろに「等」が入るのが正確な表現なのか。

(平元委員) 例えば、救急の現場では、興奮状態で暴れていると、精神疾患について疑う。搬送された患者を診たら、実はウィルス性の脳炎だったとか髄膜炎だったとかということがある。そういうものは治ってしまえば、精神症状は何もないわけだから、そういうものが救急の現場では一律、精神症状というもので括ることはできないので、ぼかしたような言い方で、森村委員が言った形で良いと思う。

(高井委員) 14 ページの1段落目や2段落目も「等」が入るのではないか。

(森村委員) 「等」は本来なら入ると思うが、この事業のタイトルの中で、精神疾患を有するということに「等」を入れてしまうと、逆に対象がぼやけてしまうという事情から、苦肉の策で両方の言葉を使い分けていると思う。今後、プロトコルなどを作っていく細かい過程では、「等」というのを付けておかないと、今言った疾患群が抜けてしまうと思う。あとは、提言上、どのように表現されるかということ。高井委員が言われるように、正確に言うならば、「等」を付けると思うが、「等」が付いた名称だと、それは何を指すのかということから、また説明を要することになるかもしれない。「等」の有無による言葉の定義については、そこまで議論はされていない。

(事務局) 今のように、どの言葉に「等」を付けるのかといった、単語の定義について議論をしたわけではないが、事務局の理解ということで、もし、少し間違っていれば、御指摘いただきたい。今、森村委員と平元委員から補足いただいたように、まずフィールドトリアージ、入り口としては精神疾患に限らず様々な症状のある方がそこに入ってくる。ただし、この体制づくりとしては、最終的には、横浜市メディカルコントロール協議会だとか、その後出てくる特定症状もだが、これは精神的若しくは医学的なエビデンスに基づいて、精神疾患であると、ここで救急隊に判断されるプロトコルに基づいて、特定症状対応三次救急病院群（仮称）及び特定症状対応二次救急病院群（仮称）に運ばれる。要は、ターゲットとしては、「精神疾患を合併している身体救急患者」だが、入り口の部分では、御説明いただいたように、そこまで患者の様態を絞り込むわけではなく、「等」も含めた形で、入り口は作っていて、ターゲットとしては、精神疾患を合併しているということに収束されるというイメージがこの名称であると事務局としては理解をしている。

(高井委員) 私のような法律家が文書を作成するときは、「等」が入っているか入っていないかで、違う意味で使うことになる。「等」を使うのであれば、最初のどこかで「等」を入れて、今後の修正で、全て「等」を入れるのか、それとも「等」を入れる所と入れない所を区別するならば、明確に区別して、違う意味で使用するのであれば、「等」を入れないようにするなど、その部分については、きちんと分けされた方がよい。9ページの「はじめに」の所から、「等」が入っていたり入っていなかったりする。だから、私が先ほど気が付いたのは、14ページだったが、12ページにも該当する部分がある。本当に、この場合は「等」を入れる、この場合は「等」を入れないということをちゃんと決めて、「等」の有無によって異なる表現にする場合は、別にすれば良いし、同じ意味で使用するのであれば、「等」を入れるのか入れないのかを統一しないとイケない。言葉が違えば、違う意味として解釈することになってしまう。「等」の有無については、どちらに決めていただいても良いので、今、森村委員が言ったように、「等」を入れる方が正確ならば、全て入れていただければ良い。

(森村委員) これは正確というのではなくて、プロトコル上は、例えば、横浜市メディカルコントロール協議会でプロトコルを作りなさいと言ったときに、始めから全部の症例で精神疾患かどうかはわからない。だから、このイメージ図の入り口のところに、精神疾患に類似しているものを含めて「等」と書かざるを得ない。このような解釈をして良いかはわからないが、「等」を取っても、後ろに「疑う」という表現が出てくるので、「疑う」というところに「等」の意味が入ってくると考えるならば、私自身は「等」にこだわらなくても良いと思う。そこまで、専門部会で細かく議論したわけではないが、委員の方々がどう思われるかはわからないが、「疑う」というところに「等」が入ってくるというのは解釈しやすいのではないかと思う。

(古谷委員長) これについて事務局としてはどうか。

(事務局) 御趣旨はよく理解させていただいた。「等」の使い方については、行政では、技術的によく使う傾向にあるので、使い方には注意を払っているところだ。一点、繰り返しになるが、イメージ図のフィールドトリアージの右下で「等」を使っているのは、一つの医学的な根拠に基づく単語であるということ。あとは、イメージ図のタイトルにもありますように、「精神疾患を合併する身体救急医療体制」と記載しているが、これも思い出していただくと、昨年度の第1回横浜市救急医療検討委員会のときに、厚生労働省や神奈川県など、各行政機関によって、精神疾患と身体疾患が合併している救急患者の呼称がバラバラなのを横浜市としての名称は「精神疾患を合併する身体救急患者」と決めた、いわゆる単語となるので、「等」という単語の使用可否においては、説明文の中で、整合性のない使い方をしている部分がないか、事務局でもう一度洗い出すこととする。単語として固まっている部分については、議論の経過があるので、できればそのまま単語として使わせていただければと考えている。

(古谷委員長) 本日、平安委員は御欠席のため、精神科の専門家の御意見が伺えないが、事務局でもう一度、先ほどの提言の表現の御指摘について、文章的に洗い出して、平安委員にも御確認いただき、修正するというところで良いか。

(事務局) 平安委員の御了解をいただき、イメージ図のひし形内の「精神疾患等の合併又は疑う症状」という表現について、変更する必要があるのであれば、平安委員に御意見を伺う。

(古谷委員長) 委員の方々の御意見だと、イメージ図よりも提言本文の表現の統一性というところが議論の趣旨だったかと思う。

(平元委員) このイメージ図の中で、フィールドトリアージの右下の部分には「等」があり、左上の四角（マトリックス図）の「精神疾患等の状態」の部分の説明文には「等」が無いといった、このような部分の表現を統一させれば良いと思う。

(事務局) 文言の表現が甘かった部分もあるので、文章自体をもう少し整理をして、皆様から御指摘いただいたとおり、「等」が入るときはこの場合、「等」が入らないときはこの場合というように、表現を分けるのであれば、それに沿った形で修正を行う。あるいは、「等」を全て取るのか、入れるのかについては、明確にしてから、もう一度、提言を修正させていただく。

(古谷委員長) 他に御意見はないか。前回、この辺り、イメージ図の※1が付いて

いる辺りで、「横浜市メディカルコントロール協議会で検討し、規定する。」という部分についても、色々な議論があったかと思うが、このような形のまとめ方で良いだろうか。横浜市メディカルコントロール協議会に所属する委員もいると思うが。

(平元委員) 良い形でまとまっていると思う。

(古谷委員長) では、イメージ図のひし形内の具体的な判断基準については、横浜市メディカルコントロール協議会にお任せして、規定していただくという形でいかがだろうか。他には何か御意見はあるか。

(古谷委員長) イメージ図の※2の「当番病院へ搬送する。」というのが、論点整理の資料の3番目の「支援体制について」の説明部分に該当するという理解で良いか。これについても、このような形でいかがだろうか。精神病床を有する6病院で当番病院を決めていただくということのようだが、よろしいか。

(平元委員) 6病院で輪番制をするということは、月に5回実施するということになるが、実現性は大丈夫なのか。

(古谷委員長) この6病院というのは、普段から色々と対応されている病院なので、おそらく、輪番制にしても大丈夫だとは思いますが、いかがだろうか。

(事務局) 今まで、各病院に直接伺って、精神疾患を合併する身体救急医療体制の構築に向けて、このような考え方に基づいて、本市として展開していく議論をしているということを情報提供させていただいている。その中で、正式に本市から依頼をするに当たっては、この第6次提言を受けてからとなるため、古谷委員長もおっしゃっていたとおり、普段から、精神科救急等でも常に本市を含めた四州市による協調体制も入れた形で、精神科対応に携わっている病院ということで、大きな御負担を掛けるというか、既存の仕組みとは異なる仕組みの中で、精神合併の症状を診ていただくことになるので、御負担を掛けるのは間違いない。輪番実施日数について具体的に打診はしていないが、体制に御協力いただけるかということについては、内々に病院から御賛同いただいているという状況だ。

(古谷委員長) 他には何かあるか。

(平元委員) この当番制ができる場合に、例えば、精神科のない病院にしてみると、何かあったときに当番病院に患者を送れば良いという発想が優先されてしまうということはないだろうか。本来の目的は、各病院が患者をしっかりと受け入れて、できるだけ自分たちの病院で治療をするが、無理な場合は当番病院へ搬送するという流

れだが、この精神科の救急の輪番制ができたことで、ある時間以降は輪番制の病院に全て搬送されてしまう流れになることはないだろうか。

(事務局) 今、各病院、いわゆる、二次救急拠点病院へのヒアリングを秋口から実施し、このイメージ図の説明をさせていただいたが、精神疾患を合併しているからといった、安易な条件で患者を転送するのではなく、特定症状等に合致した患者が流れていくという部分の周知については、多くの市内医療機関と共有していかなければいけない。そうしなければ、場合によっては、運用によって安易な転送が起こるかもしれないので、行政としても、実態についてはしっかりと見ていきたいと思う。

(平元委員) 自分の病院のことで申し訳ないが、現状、当院は、精神科救急だったらずぐに患者を転送してしまうという雰囲気だ。だが、イメージ図のように特定症状以外の患者は受け入れなくてはいけないということが決まった場合、精神科を伴わない二次救急拠点病院はこのような体制を受け入れないと補助金はカットしますよというくらいの行政からの意向がないと、運用ができないのではないかと思うがどうだろうか。

(事務局) 貴重なアドバイスとして受け止めさせていただく。

(岩渕委員) 提言は、この形で一般市民に対しても出すのか。三次救急病院群や二次救急病院群という表現を一般市民は知らないので、提言のどこかに、どの病院を指しているのか分かるものがあると良いと思った。実際、医療者は二次救急や輪番病院が、どの病院のことかが分かるが、たぶん、一般市民にはわからないと思う。その点については、どう対応するのか。

(事務局) 実際に、各体制に参加している病院の固有名詞を出すに当たっては、各病院の御了解をいただくことが必要であるため、そういったことも含めて前向きに検討したい。

(事務局) 提言については、この形で出させていただくが、「精神疾患を合併する身体救急医療体制」において、輪番制で対応する病院だけではなく、市内の救急病院全体に対して、今回の提言内容については広く周知させていただき、「精神疾患を合併する身体救急患者」に対する誤解というものを払しょくしていく必要があると思う。また、一方で、精神科病院にも、日常的な救急病院との交流やバックアップが必要であることを伝えていかなければならないので、市民向けにわかりやすくという話があったが、もう少しわかりやすく体制を説明するため、提言とは別の手段で説明をしていきたいと思う。

(古谷委員長) 他には何かあるか。それでは本日は色々な御意見をいただいたが、これを基に確定版を、事務局で作成していただくということによろしいか。それでは、今後の作成は事務局にお願いする。

(古谷委員長) それでは、続いて議事の2番「外傷（整形外科）救急医療体制」に入る。まずは、専門部会長である森村委員から御発言をお願いする。

2 「外傷（整形外科）救急医療体制」の見直しに係る専門部会の報告

(森村委員) 「外傷（整形外科）救急医療体制」の見直しに係る専門部会の検討内容について説明。

(古谷委員長) 引き続き、事務局から説明をいただき、その後、質疑応答に入る。

(事務局) ただいま、森村委員から丁寧な御説明をいただいたため、事務局からの補足はありません。

(古谷委員長) 本件について、何か御質問・御意見はあるか。

(平元委員) 脳神経外科医の立場から言うと、高齢者の頭部外傷と足の骨折で搬送された際に、頭を打っていて容体が急変してしまうケースというのは結構ある。実際、小児でも頭を打っていた時に、「脳神経外科医を30分以内に呼びます」という言い方をしたら、相当なクレームが来ると思う。当院では、整形外科医は呼び出しから30分以内で来られるが、救急隊に整形外科医が当直していないと言うと、患者はすぐに専門医が診てくれるところを希望する。脳神経外科医と整形外科医の両方を30分以内に呼ぶとしたときに、外傷に関しては、対応病院に搬送して、両方の専門医が30分以内の緊急呼出体制というのは、病院に対して相当クレームが来ると思う。脳神経外科と整形外科の両方が対応可能な病院ということで搬送しているのに、実際は専門医が在院していないということが、どうなのかと思う。特に、頭部外傷は、直ぐに診てもらえるものだと思っっているのに、そこで、「今から専門医を呼びます」という形を取るの現場でクレームが来ると思うので、30分以内の緊急呼出というのは良いのだろうか。

(森村委員) 専門部会の検討において、基本的には、外来に医師がいることが大前提だった。現在、横浜市の救急隊の現場出発時間から病院到着時間までが平均10分弱だ。つまり、受け入れる病院側からすると、手続きの時間を入れると15分から20分の時間的猶予がある。あとは、プロトコル次第だという意見が専門部会であった。平元委員がおっしゃるような、頭部外傷の領域でいう「Talk and Deteriorate（トーク&デタリオレイト）」（※来院時には会話が可能であるが来院後に意識障害

が進行し大きな後遺症を残す症例) という、喋っていたけど急激に様態が悪くなる高齢者や血を固まりにくくする抗凝固薬を飲んでいる患者などいくつかリスクがあるような症例を引っ掛けるというような議論もあった。どちらかと言えば、脳神経外科医と整形外科医が両方とも 30 分しないと来ないということではなくて、基本的にはどちらかの医師はいて、実際の運用としては、救急隊は YMI S を見ながら、病院選定し、現在の医療機関の応需状況を閲覧して情報を得ながら活動するということになる。平元委員が指摘するような部分も組み込んだ形で、横浜市メディカルコントロール協議会に投げるというのは非常に良いことだと思う。両方の医師がいない状況の病院へ搬送するよりは、救急隊の立場からすれば、医師がいる他の病院へ搬送すると思う。これについては、運用上のルールに落とし込めば良いのではないかと思う。もし、基準に書き込むということでも、異論はない。

(平元委員) 脳神経外科医と整形外科医のどちらかが在院しているということを条件にさせていただきたいと思う。どちらかの医師が当直していて、どちらかが 30 分以内に駆け付けるとする。両方の医師がいなくなるとどうか。

(八木委員) 脳神経外科医と整形外科医のどちらかが当直していなくてはいけないという意見には反対だ。そもそも、前回の第 5 次提言のときに、資料 33 ページの上の方が、「現場で活動する救急隊は、必ずしも重症度や緊急度が低い外傷患者の搬送先選定に苦慮する事例が多く」となっており、患者の重症度で言えば、軽症だ。軽症にも関わらず、33 ページの下段の参加基準案では、脳神経外科医と整形外科医の双方が在院するという条件になっている。現実的に、脳神経外科医と整形外科医が必ず 24 時間 在院している病院というのは、大学病院以外にあり得ない。それは分かっていたかと思う。つまり、大学病院にこのような軽症患者の搬送受入を依頼すると、なぜ大学病院に軽症者の受入れをお願いするのかと断られるに決まっている。脳神経外科医と整形外科医が両方 在院していることを求めるのは、非現実的だ。それともうひとつ、日頃、外傷患者を全面的に診ているのは救急医である。救急専門医が在院しているのに、患者を受け入れることができなくなるということになり、第 5 次提言では、救急医が侮辱されたような印象を受けた。いつも外傷患者を診ているのは、救急医であるにも関わらず、脳神経外科医と整形外科医がいなければ、患者を診てはいけないという提言になっていた。救急医がいれば、患者を受け取っても良いと思うが、事実上、脳神経外科医と整形外科医の双方の在院ができるのは大学病院でしかあり得なかった。私としては、今回の参加基準に 30 分以内の緊急呼出という条件を付けていただいたので、これであれば、我々、救急医としても了承できる参加基準であると言える。逆に、脳神経外科医と整形外科医という条件がなければ、森村委員がおっしゃるように診療レベルが下がってしまう可能性があるというのは問題だと思う。少なくとも、今回示された参加基準であれば了承できる。私としては良かったと思っている。

(森村委員) 補足させていただく。専門部会でどういった議論があったかという点、外傷の軽症症例は、整形外科や脳神経外科の専門医ではなくても、患者の緊急性さえ判断できれば、救急医が対応できるとされている。救急医の中でも、外傷初期診療のトレーニングコースを受けた医師であれば、さらに治療に長けることができる。日本では、JATECとって外傷診療に必要な知識と救急処置を、模擬診療を介して学習できるトレーニングコースがある。専門部会の中でもかなり議論して、整形外科医がいないが脳神経外科医が在院している時に、整形系の疾患も含めた患者が搬送されてくるかもしれない、又はその逆のケース、あるいは、脳神経外科医と整形外科医の両方がいなくて、若い救急医しか在院していないというケースを鑑みて、JATECとってトレーニングコースを横浜市からお金を出していただいて、JATECコースを皆で受講する機会を持ってないかという議論をしたことを思い出した。お金はさて置き、そういった形で、外傷診療のトレーニングを二次救急医療機関の医師に受講してもらうことが良いという話が出た。いくつかの規模の大きい二次救急病院の医師からも意見があり、実際、救急患者を救急部門の医師が診ているが、整形外科医が常に在院という受入条件になってしまうと、患者を救急医が診ることができなくなってしまうけれども、専門医の30分以内の緊急呼出という条件であるならば必ず実施可能と約束できるということだった。

(古谷委員長) このような参加基準による決め事をして、応需可能登録をするということだが、これは各医療機関が手挙げをして登録するという形になるのか。

(事務局) そうだ。基本的には、これから各病院に御依頼をしていく。基本的に、資料29ページの1(1)施設要件として、「脳神経外科及び整形外科を標榜していること。」により、ある程度、病院数を絞り込むことはできるので、その対象病院に対して、こちらから御依頼を掛けて、趣旨に賛同いただける医療機関に手を挙げていただくという形になる。かつ、YMISへ応需状況を登録することについては、先ほど、森村委員から御説明があったとおり、時々状況によって、リアルタイムに病院の応需状況というのは変わるので、そこは救急隊と医療機関で情報共有をするという仕組みにもしっかり登録いただくということを参加条件にさせていただいている。

(古谷委員長) 他には何かあるか。先ほどから市民の目線から見てわかりやすいかどうかという話が出ていると思うが、いかがか。

(天明委員) 市民があまり分からないことが多いということが良く分かります。救急車で運ばれたときに動揺するということもあるし、軽症というように医学的には分類されたとしても、通常ではない状況を見ているところから、全体を考えるとということ、とてもじゃないができないと思う。やっぱり、いくつかの症例

を事前に知っておくということが、市民にも必要だと感じた。森村委員から説明いただいたように、重症ではなく、この場合は軽症か中等症であるということが心積もりの中であれば、変化はあるかもしれないので、直ぐにとは言えないのかもしれないが、なんというか、YMIS上の分類も市民は知っているの良いのかもしれない。市民の感覚としてはこのように感じた。

(古谷委員長) 他には何かないだろうか。今の軽症ということだが、救急の場で軽症ということは、結局、家へ帰れるということが一番の軽症のひとつの流れ方だと思う。その辺の感覚というのは、皆様、御自身や御家族が怪我されたときの感覚とまた違うと思う。家へ帰れれば軽症だということを、救急では考えている。

(八木委員) 市民の視点からというお話だったが、おそらく、こういった議論が出てきたときに、市民にとっては、軽症か重症か分からない、それで専門医がいない病院へ運ばれてしまったら大変だというように考えてしまう。その前提として、横浜市メディカルコントロール協議会で救急隊員へしっかりと教育しているので、本当に重症な患者に関しては、対応できない病院に搬送しないプロトコルを作っていて、その上で、セーフティネットとして二次救急病院で受け入れて、重症だったら、三次救急病院がすぐに引き取るという形を作っているの、そのところは、むしろ、行政と我々で宣伝をしなくてはいけない。そこが、十分ではなかったということで、不安が残るということだと思う。我々はちゃんとセーフティネットを作っていますので、その部分については心配していただくなくても大丈夫だ。

(天明委員) ゲームで対戦して、人を殺し合うばかりでなく、人を助けるようなゲームももしかしてあったら、どういう仕組みで人が助かっていくのかみたいなことがわかって良いのではないか思った。

(古谷委員長) 他にはいかがだろうか。この外傷のシステムの件について、いかがだろうか。

(岩渕委員) よく理解できていないが、例えば、当院は三次救急で整形外科医と脳神経外科医が常に当直しているので、今回の参加基準に全てマッチするが、大きな病院、つまり大学病院でも手挙げしても良いということか。

(森村委員) いや、違う。

(岩渕委員) 違うのか。要するに、この体制は、二次救急病院だけを対象としているということか。

(森村委員) いや、参加基準にある診療機能を有している病院が手を挙げることになっている。そんなに上手くはいかない。三次、二次、初期と言っているのは、最終ゴールをそうしようと言っているだけであって、よく色分けで、赤、黄、緑とあるが、ピンクもあれば黄緑もある。それが、あんまり取りこぼしが無いように、大目に過大評価するようなプロトコルを作っている。だから、軽いケースでも三次救急病院に運ばれることがあるようにしている。ただし、逆のケースは避けるようにしている。受け皿となる病院群たちは、少なくとも表現のベクトルが悪いように思われるかもしれないので、それは発信の仕方を上手くやっていかなければいけないが、軽症だからこの程度の病院で良いということではなくて、このぐらいのものがあれば、そのぐらいの症状に対して対応できる病院群というのが、我々が規定した病院だ。三次救急になると、一人の患者に対して5名とか、それぐらいの人数で診なければ助けることができないような疑いのある症例を救急隊が運んでいる。

(岩渕委員) 当院は手挙げをしなくて良いのか。

(森村委員) 手挙げという言い方をしているが、議論の中では、現行として、既にある程度運用されている中で、病院群がこの参加基準によって、多くが現行の体制から外れていってしまうのは不味いわけだ。現行で参加している病院群はある程度入って来られるだろうという予測の中で、かつ診療機能を定義付けたというところがあると思う。その辺の説明を事務局の方から。

(岩渕委員) 行政の方としては、ここの病院には参加をお願いしたいとか、ある程度、参加病院として決めているところはあるのか。

(事務局) 基本的に、先ほどの森村委員の説明の中にもあったとおり、現行では外傷（整形外科）救急医療体制を運用しており、44病院で構成している。色々な議論の経過の中で、今回のこういった参加基準を規定した。やはり、横にらみで、病院群が実際にどの程度の、こういった基準を定めてしまうと、現行から比べて参加病院数が半分になってしまう、どの病院でも参加できてしまうなどは問題があると、先ほども御説明があったとおり、行政としてこの病院に参加してほしいという、個々の病院はないが、この参加基準に合致する市内の病院であれば、もちろん、どの病院にも参加資格があるわけで、あとは病院ごとの経営方針や救急受入に対する方針などの事情はあるにせよ、体制参加についての声掛けは公平にさせていただく。

(岩渕委員) 先ほど、八木委員が脳神経外科医と整形外科医が常に在院している病院は大学病院だけだと言っていたことについて、私もそう思っていた。要は、大学病院に軽症患者まで搬送することになってしまったら大変なことだと思っていたので、当院は手挙げをしないと思うが、どうなのだろうかと思っていた。

(古谷委員長) 細かい部分については、また確定したら、行政の方から十分な説明をいただけるということによろしいか。

(森村委員) ちょっと補足をしても良いだろうか。こういった表現だと思うが、現在、実施している二次救急病院に対して、こういう機能を有してほしいと言っているということだと思う。既に実施している病院群の医師の方々のところにこれをやればクオリティが担保できるし、住み分けもさらにきれいにできるということだと思う。初期救急ができるクリニックの医師に手を挙げてくださいますか、三次救急をやってくださいますかという意味ではない。

(古谷委員長) あとは他に何かあるか。

(恩田委員) ちょっと一個前に戻って、市民の目線という部分で、八木委員と天明委員が言っていたことだが、自分の子供や親といった家族が、軽症・中等症で対応可能な施設に運ばれたときに、搬送された患者にとっては、本当にどんな病気でも、家族にとっては重症に思えるということがある。不安なのは、たぶん、本当に重症だったときに、ちゃんと2の診療体制の(5)の所にあるような、転移、転送が、ちゃんと高次機能の病院に搬送が可能なのかというところだと思う。八木委員が言っていたように、セーフティネットは設けていると言っていたのだが、ただそれをきっちり書いてしまうと、何かあったときに、色々トラブルがあるのかなと思う。セーフティネットの部分をもう少しアピールしていただくと、たぶん、市民目線では、こういう風に、こういう機能のところで、こういう病気は診られるからここに搬送される、でも、もしそれが駄目でも、ちゃんと次の搬送先があるということが、分かるような、これは提言なので良いが、オープンにするときにはそこをアピールしていただけると、たぶん、安心感に繋がるのではないかと思って、先ほどの議論を聞いていた。

(森村委員) これは、高次医療機関に搬送することとは、逆の方向の議論も一緒にやらないといけないと思う。例えば、三次救急病院に搬送されて、重症度的にそうでもないということで別の病院へ転院をすと言っても、こちらの方が高度な治療をやっていただけるから、そのままここに居させてほしいということは、良くある。ここは、皆で、有限のリソースをどうやって上手く使っていかかというような仕組みが必要だと思う。その議論も併せてやっていかないといけないなと思って聞いていた。

(恩田委員) 市民教育とか患者教育とか、教育って言い方が良いかどうかはわからないが、やっぱり市民がそういう医療についての知識をちゃんと得て、参加していくというようなことに、三次救急病院に運ばれたとしても、良くなれば違う病院に

移ることが分かってもらえる仕組みが大事ということだ。

(森村委員) 私もそうだと思う。仕組みの提示をする、もっと普及、そういったものの広報がすごく大事だろうと思う。その中で、やっぱり日本人には厳しいかもしれないが、完璧な尺度というのは無いので、そのときのセーフティネットとして、病院間搬送を高次機能と低次機能への搬送どちらも用意があるということは言っておいた方がよい。

(古谷委員長) もう一つ、横浜市には、救急医療の業務検討委員会がありまして、そちらは、消防局で開催している。今年の検討テーマが広報だが、消防局から何かあるか。

(事務局) 今、委員長の方から話があったとおり、救急業務検討委員会という委員会がある。いかに救急事項、怪我を未然に防ぐか、医療資源を有効に活用するかというようなことを、市民の皆様幅広く知っていただくというような取り組みを救急医療検討委員会とは別の委員会の方でやっていて、いろんな有識者の方、市民代表の方から、御意見をいただき、今年度と来年度の2か年でとりまとめて、同じように提言をして、広く公表していく予定でいる。そちらの方も見守っていただければと思う。

(吉井委員) 横浜市は、数年前から、救急隊が搬送するための救急システムというのは、拠点病院方式で、拠点Aと拠点Bができたので、救急隊が搬送する分には全然心配はない。それでも、軽症の人とか、軽症で、手足を骨折した人とか、頭も意識はしっかりしているけど、整形外科と脳神経外科と合わせた形で診療するという方式をずっとやってきているので、まず、順調にきていると思う。

(古谷委員長) 他には何かあるか。よろしいか。それでは、この専門部会の検討内容について、御議論いただいたが、次第の「3 その他」に移りたいと思う。では、事務局にお願いする。

3 その他

(事務局) 特に事務局の方からは、その他の議事を用意していないが、本日いただいた御意見について、提言に反映できるところは、加筆修正させていただくということで、進めていきたいと思っている。ただ、3月に入り、時間的な制限があることから、修正については、院長と事務局に一任させていただくようお願いしたい。なお、提言の確定版については、文書によって皆様に御確認していただき、その後3月末を目途に横浜市長に提出をするという運びをしていきたいと思う。

(古谷委員長) 本日、準備された議事はこれで終了した。何か本日の議論を通して、御発言・御意見はあるか。

(平元委員) 二次救急拠点病院のA病院とB病院の区分について、拠点Aは重症を入院させるような病院、拠点Bは中等症以下を扱う病院という形の分け方をしている。実際、受け入れた患者の中身としては、拠点Bでも重症度で分かれていない部分もいっぱいあるので、拠点病院のAとBの定義のところをもう少し検討して、軽症・中等症を診る病院と比較的重症を診る病院ということについて、違った定義がないだろうかと思うが、いかがだろうか。

(事務局) 平元委員からお話しいただいた、二次救急拠点病院の定義については、いつもお話しさせていただいているが、我々としては、もちろん、御指摘いただいている点についても含めて、22年度から、二次救急拠点病院という制度自体が一定程度の定着を見た中で、やはり、御指摘いただいた部分だけに限らず、色々な課題も見えてきたところではあるので、毎回、この救急医療検討委員会でも振り返りをさせていただいているが、その結果も集約して、少し体制に変更を加えなくてはいけない点についても、今後、検討していきたいと思っている。その際には、色々御意見いただければと思う。

(古谷委員長) それでは本日の議事はこれで終了とさせていただきます。それでは、進行を事務局に返す。

(事務局) 最後に、健康福祉局医療政策室長の増住より挨拶させていただきます。

(事務局) 健康福祉局医療政策室長から委員へ謝辞

(事務局) 以上を持って閉会とさせていただきます。2か年に渡る審議について感謝する。

以上