

平成 26 年度 第 2 回 横浜市救急医療検討委員会 議事録	
日 時	平成 26 年 11 月 5 日(水) 19 時 00 分から 20 時 30 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	石原 淳、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、平安 良雄、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	なし
開催形態	公開（傍聴者 3 人）
議 題	1 第 6 次提言案の確認 (1) 提言案説明 (2) 提言案についての意見交換・討議 2 今後のスケジュールについて
決定事項	・第 6 次提言案について説明。 ・第 6 次提言については、今回の意見を基に事務局で提言を修正する。 ・第 3 回救急医療検討委員会を開催し、提言の最終確認を行う。
議 事	<p>1 第 6 次提言案の確認</p> <p>(1) 提言案説明 (事務局) 第 6 次提言案について説明。</p> <p>(2) 提言案についての意見交換・討議 (古谷委員長) ただいま事務局から、第 6 次提言案について説明があった。膨大な資料で、今まで委員の方々に御議論いただき、また専門部会も設置し、御議論いただいた御意見がとりまとめられたものだ。本日の資料について、何か御意見・御質問はあるか。これをとりまとめて、提言とするための準備ということになるので、御意見をいただければと思う。</p> <p>(平安委員) 言葉の表現の問題だが、資料 16 ページの病院群 I の説明文で精神病床を有する救命救急センターとあるが、これは違う。救命救急センターの中に精神病床というのはなくて、病院の中に精神病床があるという意味であれば、今の表現では誤解されてしまう。三次救急拠点病院という言葉があるのかはわからないが、精神病床を有する三次救急拠点病院という言い方になるのかもしれないし、若しくは、精神病床と救命救急センターを有する病院という表現が良いので、整理していただければと思う。このままだと救命救急センターの中に精神病床があるように見えてしまう。</p> <p>(古谷委員長) 事務局はいかがだろうか。</p>

(事務局) 御指摘のとおり直す。

(古谷委員長) 今、いくつか例示を出していただいたが、どのような形になるか。

(事務局) 平安委員の御指摘があった、誤解を生む可能性がある表現について直させていただきたいと思う。イメージ図の病院群Ⅰから病院群Ⅲの名称についても検討が必要と提言案に付記させていただいているように、それらの名称を表す説明文として、例えば、精神病床を有する三次救急病院、若しくは精神病床と救命救急センターを併せて持つ病院といった形で、正しく表現したいと思う。

(古谷委員長) 他には意見があるか。

(三角委員) 今のところを教えてもらいたいですが、病院群Ⅰは救命救急センターがあって精神科がある病院ということだが、具体的に6病院あると言っていたが、そうすると救命救急センター8病院のうち精神病床を持たない病院が2病院ということでしょうか。

(事務局) 6病院というのは、病院群Ⅰと病院群Ⅱを合わせた数であり、救命救急センターでいうと4病院である。内訳は、済生会横浜市東部病院、市立みなと赤十字病院、市大附属市民総合医療センター、国立病院機構横浜医療センターである。

(三角委員) それで、ここで言う病院群Ⅰの4病院ということか。

(事務局) そうだ。また、病院群Ⅱに相当するのが、昭和大学横浜市北部病院、市大附属病院である。

(三角委員) では、救命救急センター8病院の中で、精神病床を持たないところが4病院あるということか。

(事務局) そうだ。精神病床のない救命救急センターとしては、昭和大学藤が丘病院、市立市民病院、聖マリアンナ医科大学附属横浜市西部病院、横浜労災病院の4病院である。

(三角委員) 4つの救命救急センターであって精神病床を持っていない病院というのは、このグループ分けのどの群にも属さないということか。この分類上では、全ての病院がどれかの群に属するというイメージだが、説明いただいた精神病床のない救命救急センターは、病院群ではどこにも属さないことになるということか。

(事務局) 今申し上げた精神病床のない4病院については、二次救急拠点病院のA病院にも位置付けられており、分類上で言えば、病院群Ⅲに位置付けられていると言える。

(三角委員) 救命救急センターがあったとしても、病院群Ⅲになってしまうということについては了解した。

(事務局) 重症で救命救急センター適応という流れをこちらのイメージ図で表現している。

(三角委員) 身体所見を優先的に判断するとこのような形になるということ。精神病床のない救命救急センターは、病院群による分類上では病院群Ⅲに属するということは理解した。もう一つ聞きたいのは、15ページのイメージ図のY₃とG₃についてだ。Y₃とG₃については、通常の救急搬送プロトコルに入ってくるというわけだが、この通常の救急搬送プロトコルというのは、身体的には中等症・軽症だから、二次救急拠点病院や病院群輪番制病院に運ばれるということだと思うが、この二つの違いは何なのだろうか。Y₂、G₂とY₃、G₃というのは、事実上、全てイメージ図でいうところの病院群Ⅲの中に入っていくということであれば、このように分ける意味があったのだろうかと思う。通常のプロトコルに従って、病院群Ⅲに搬送されるのであれば、Y₃、G₃を外す理由があるのかという所が引っ掛かった。

(事務局) 精神病床を有する病院に話を伺う中で、精神疾患と名の付くものが全て、病院群Ⅰと病院群Ⅱに搬送されるのではないかという御意見があり、まずは精神症状がある中でも、特定の症状の有無を際立たせるために、イメージ図では2段階の振り分けを行う形を取っている。

(三角委員) 事実上、Y₃、G₃も特定症状なしとして搬送されるのと同じ事だから、一応、ここで振り分けをする考え方ということか。あと、もう一つだが、例えば、Y₃とかG₃というのは精神疾患の既往があって、薬は飲んでいるけども、救急隊が現場に行ったときに精神症状なしと判断した人もここには入るのか。逆に言えば、通常のプロトコル搬送の患者の中で精神科の既往が「実はあるが大丈夫だから、患者は薬を飲んでいるが精神症状が出ていないから治療には問題ない」と、現場で救急隊が判断をして、通常のプロトコルに乗せるということなのか。この運用は大丈夫なのかなというのが、すごく引っ掛かる。「それは聞いてない」というのがあるかもしれないし、それから、搬送時は大丈夫でも、入院した後で、暴れたりとか、精神科的なコンサルテーションが必要になってきたりというのが、搬送される患者の中には結構隠れているのではないかというのが気になるが、いかがか。

(森村委員) 私は専門部会にも属していた。現在、事務局が三角委員の御質問の件については確認されていると思うが、おそらく、平安委員も含めて、搬送イメージ図作成のプロセスにおいてどうやって決まっていたかというのは、「精神疾患の症状」という表現以外に、精神疾患の既往というのもこの判断の中に入っていて、通常の救急搬送プロトコルへとされて、Y₃とG₃に行くものは、今の三角委員の質問からいうと、限りなく何も精神症状がないということを想定しているはずだ。その中で、精神疾患の既往がある、精神科の薬を飲んでいて今は何も症状はないという方は、「精神疾患の症状」ありの下の「特定症状」の判断に移って行って、その中でも、危険な行為があるというものに関しては、まずは先に、身体疾患の症状が軽かろうが、精神科の医師がいる医療機関に一旦診てもらおうというのが前回の話でも議論したところで、それらの患者は左の病院群Ⅰ、Ⅱに行くことになる。それ以外の方々をどうするかというところで、Y₂とG₂に行ったり、状況に応じて、精神科の救急システムに動くというのが、議論の流れだったと記憶している。三角委員が言われるように、「精神疾患の症状」とイメージ図に書いてしまうと少しあいまいな表現として残るので、もう少し、説明を加えた方が、メディカルコントロール協議会でも搬送のプロトコルを作りやすいのかなと思う。

(事務局) 今、森村委員に御説明いただいたとおりでありまして、こちらでは、このイメージ図に基づいた搬送を実施した場合の、患者のボリューム感を確認するために、6月に実施した調査を同様の手法でやっていたかを確認していたのですが、説明については、ただいま森村委員がおっしゃっていたとおりの理解であり、その考え方の下で取り組んでいる。

(古谷委員長) そうすると、このイメージ図はどうなるのか。少し変わってくるのか。

(事務局) 今、御指摘があったとおり、「精神疾患の症状」というと、そこで何らかの症状を救急隊が判断するかのような印象を受けるので、事実として、精神疾患の既往も含めて、あるかないかということが判断できれば良いという分け方になる。

(古谷委員長) 他には何か気付いた点や確認等はあるか。

(高井委員) 先ほど12ページの現状と課題のところ、医療従事者への他害行為というのは、ちょっとした暴言みたいなことをおっしゃっていたが、14ページの(2)体制整備の考え方の2段落目で、「自殺企図・他害行為・興奮」という形で他害行為が出てきており、15ページのイメージ図の中にも出てくるが、この他害行為という表現は全て同じ程度のものなのか。

(事務局) 他害行為というと法律的に、警察官通報の部分でもあるかと思うが、今

回、我々が考えているのは、警察官の通報までには至らない程度の他害行為のことを指している。

(高井委員) 14、15 ページの他害行為も、警察官の通報をするまでではない他害行為ということで、意味は同じということか。

(事務局) そうだ。

(事務局) 補足をさせていただくと、他害行為という言葉自体が混同することが容易に想像できるので、本日、御意見をいただければ良いが、例えば、「攻撃的な言動」に変更するとか、そういった、法律的な用語としての「他害行為」を想像しないような言葉に直したいとは考えている。

(平安委員) こういった用語の定義付けは難しく、プロトコルやイメージ図の中で説明をしようとする、表現がものすごく長い文章になってしまい、見にくくなるので、今は総称的に仕方なく使っているという状況だ。何か良い表現があれば、例えば、「診療妨害」としても良いが、これもまた、様々な意味を含んでくるので、結局、長い説明書きが必要になってくると思う。ただし、イメージ図の中に、説明を長く入れてしまうと、図として見にくくなってしまうので、検討が必要かと思う。

(高井委員) 「医療従事者へ」と書いてあるので、暴言とか暴行とか、そういう他害行為だけで出てくる場合は、第三者に何か怪我をさせるということになるのですが、ここでは「医療従事者へ」といった形で相手が出てきているので、「暴言等」とかの表現でも良いような気もする。「診療妨害行為」とかそういった表現でも良い。

(古谷委員長) 他にはどうか。

(恩田委員) 少し視点が変わってしまうのだが、まずは、17 ページの③病院受入後の対応について確認をさせていただきたい。これは、例えば、受け入れる側の病院の体制として、精神病床がない、精神科医がいない病院の医療スタッフに対して、PEEC (ピーク) の研修をしてもらおうという見解でいいのか。まずは、それを確認したい。そうすると、どうしてもPEECの受講には、費用が掛かると思ったので、そういった病院が、スタッフを研修に出すことに関する費用面のサポートがあるのかどうかを確認したい。もう1点確認したいのは、先ほどから出ていた、④患者処置後の対応についてだが、救急医が精神科病院に往診に行くとか、精神科医が救急病院に往診に行くというのは、素晴らしい仕組みだと思う。本当にこの取組みが実現可能なのだろうか。一部の病院間では、既に実施されているという風に書かれているが、実現可能性について、一部の病院で実現できている理由が分かれば、

たぶん、この仕組みができると思う。そういった具体的な実現可能性について、皆様から御意見を伺えればと思う。

(古谷委員長) 事務局どうぞ。

(事務局) まず、PEECについての御質問だが、これは、17ページの※の所に書いてあるが、平成25年度から全国展開はされているものの、まだ、広く定着しているものではなく、横浜市内で開催されたことはない。開催方法には色々なスタイルがあるようだが、行政主導という開催形式は珍しいようだ。中心となる病院が、周辺の医療機関に声掛けをし、救急の医師の方々に、精神疾患領域の理解を深めていただくという研修をやっており、ファシリテーターみたいな方が育っている所では、その方を中心に実施しているようだ。既に、精神科医が常駐するような救命救急センターが市内にはあり、市大センター病院はその代表格ではある。我々の考えとしては、色々な知見などをいただきながら、横浜市域全体へPEECなどの取り組みを広げていきたいといった考えを持っているので、何らかの行政的な旗振りやバックアップというものを考えていきたいと思う。

(恩田委員) 行政主導でPEECなどの研修を行っていただけるということか。

(事務局) 行政主導といった形で、御案内だけするような形の病院任せにはせずに、展開していくことを御相談しながらやっていければと考えている。あと、17ページの④患者処置後の対応についてだが、救急病院と精神科病院の医師の行き来といった部分は、グループ間である、地域的に密接な繋がりがある、若しくは、精神科単科の医師の方の話を伺うと、研修医の連携というようなことであるとか、病院間の医師の行き来が既にあるということだ。そこに、今回の精神疾患を合併する身体救急患者をテーマにした、そういった視点での議論であるとか、病院間の話し合いの場を作らせていただくとか、先進的な取り組みとして、救急の医師が精神科単科の病院に行き、身体的な観点で患者を観察することで、多い例だと、褥瘡（じょくそう）であるとか、呼吸機能が少し低下しているなどの、患者に対する診療内容の視点が精神科医と異なることにより、身体的な疾患を発見する場面が多くあるということから、非常に精神科医が助かるというようなことがあると聞く。救急医療機関と精神科医療機関が顔の見える関係を作っていくことで、精神疾患を合併する身体救急患者の転院搬送先として、非常に協力的な関係が構築できたということを先日の日本救急医学会で勉強させていただいた。今回の検討テーマの参考となるような発表事例も多くあり、例えば、そういった取り組みをしている病院などの診療報酬体系はどうなっているのかといったことも参考にしながら、皆様に御紹介していければと考えている。

(八木委員) このPEECに関してだが、現在、東海大学が2回目の開催として、無料で受講者を募集している。でも、定員数が少なくて、なかなか受講できない。東海大学は、何かの予算をいただいているのだと思う。内容をちゃんと把握しているわけではないが、研修の中身を見る限り、自殺未遂の患者の受取り方であるとか、ケーススタディか何かで進めていくような感じだったと思う。ただ、このPEEC以外にも精神科病院の中で、本当に暴れる患者に対して、どのように抑制するかというような具体的な対応方法を教えてくれるコースというか、プログラムもあるようなので、そういったものも参考にさせていただきたいと思う。実は、当院の精神科病棟の看護師で受講した者もいたようで、これを積極的に受けたいという声が精神科病棟の看護師からも随分あった。この研修も、たぶん、開催回数とか場所が限られていて、なかなか受講機会がないと思うが、これを行政主導でやっただけならば、もう少し、受講できる人も増えると思う。特に、精神科病棟だけが対象ではなく、救急病棟の看護師が患者から蹴られたり、殴られたりしているので、それに対する対応方法を教えてもらうという意味では、そういったプログラムも視野に入れてもらいたいと思う。

(森村委員) 情報共有だが、まず一点、重箱の隅みたくて申し訳ないが、17ページの表現についてだが、「日本救急臨床医学会」ではなく「日本臨床救急医学会」が正しい。この学会は、昭和大学の三宅医師以下が御腐心されている。大学単位で言えば、横浜市大でもPEECを展開していこうと思っている。例えば、このような展開は、研究機関であれば、外部研究費を獲得し、第一段階として始められると思うが、先ほど恩田委員が言われたように、継続的に行っていくためには、資金源も含めて、経済的な支援という意味で、行政主導というのが生きてくるのではないかと思う。ぜひ、前向きに検討いただき、学術的な意味で先例を付けたり、そのような研修をしていくというのは、我々のような大学の使命だと思っている。しかし、継続的に行っていくためにも、行政の支援がある枠組みの中で実施した方が良いと思う。八木委員が紹介したような、PEEC以外の研修プログラムも含めて、種類を問わず、経費は掛かってくるので、それに対する支援を視野に入れた上で、行政主導という形でやっていただけると助かる。もう一点は、救急医学会で報告がいくつかあり、提言案でも似た表現で書かれているが、体制の中心となるハブの病院を置いて、そこに傘のスポークみたいな形で病院を配置し、体制を組むことだ。やはり、こういった救急医療というのは、地場産業という表現のように良く比喻されるので、その地域に合った一番良い連携方法というのがあると思う。これがフィットする地域もあるし、横浜も同様にフィットするかというのは改めて考えた方が良いと思うが、学会でのパネルディスカッションにおける結論というか根本的な所は、救急に携わっている者と精神科救急に携わっている者とのコミュニケーションをどう取るかということに最大の力点を置くべきであるということだった。その一つの表現形態として、医師同士の連携が良いとなった。これは、別に情報のやり取りでも良いで

しょうし、セミナーの参加という形でも良いと思う。様々なやり方があると思うので、医師の連携というのは、一つの理想的な方法ではあるけれど、大都市にどれくらいフィットするものなのかということ、少し考えていかなければならないと思う。

(古谷委員長) 他には何かあるか。

(岩渕委員) ちょっとピンと来たが、今、脳卒中などでクリティカルパスが実施されている。今後、精神科のクリティカルパスみたいなものができると思う。今、横浜市における体制整備の予算も考えていくということなので、この取組みは診療報酬にはないが、横浜市で何かモデル的に作れば良いと思った。グループ間では、やはりグループ病院同士なので、患者情報のやり取りはツーカーだと思うが、全く何も連携先がない医療機関というのは、実際に受け入れた患者を診てくれる精神科病院を探すのは大変なので、少しでもそこに経済的な何か支援があれば、もしかしたら、精神科の医師の方々ももう少し立ち上がっていただけるのではないかと考えた。何かそういった取組みも考えてみてはどうか。

(古谷委員長) 予算の話も色々出ているので、対応をお願いしたい。少し細かい話になるが、相互の医師往診の所で、17 ページの下から5行目に、「必要に応じて、救急医が精神科病院へ往診に行く」という表現になっていますが、これは患者の身体疾患の症状がある程度落ち着いて、転院されて、精神科に移った後であるにも関わらず、救急医というように言われているのには、何か意味があるのか。

(事務局) 先ほど、ハブ&スポークというようなことで森村委員からも御紹介があったが、その例で申し上げると、特に、救急で受け入れた患者が精神科病院に転院搬送された後、転院先で救急医が診療するというのではなくて、例えば日常的に、許容範囲内で、週一回ある時間帯において救急病院から救急医が病院に行き、全体的にスクリーニングというか、入院患者の状態を回診していくというようなことの中で、褥瘡（じょくそう）であるとか、身体的な疾患を発見するといったことでの、協力関係を言っている。

(古谷委員長) 八木委員、救急医という役割でおっしゃっているが、今のようなくとも、救急医として取り組んでいくということで問題ないのか。

(八木委員) これは、ワーキンググループ（専門部会）で練られてこういうことが出たのかどうか分からないが、この医師の往診の取組みについては、救急医ではなくても他の診療科の医師でも問題ないのかなという気がするが、もちろん、時間が

許せば、我々も、顔繋ぎも兼ねて行かせていただくことはできる。ただし、これは救急医でなくても、内科の医師や集中治療の医師であっても良いような気がする。

(古谷委員長) 救急医に限らない方が、システムとしても成り立つのではないだろうか。

(森村委員) 今、取り上げられているシンポジウム(学会)の別の会に私も参加していたが、現在、救急医と救急科専門医という表現は、今後分けていった方が良いのではないかという話があった。救急医というのは救急部門の現場で働く全ての診療科の医師の総称でも構わないだろうという考え方がある。また、救急科専門医というのは、別の意味合いがあり、分けることになるので、今回の言葉の意味としては、救急医の仕事という表現で良いのではないかと思う。

(恩田委員) これまでの事務局と医師の方々のお話を伺い、この17ページの所の肝というのは、救急医療機関と精神科医療機関の相互理解を深めることで、スムーズに転院できるための仕組みであり、その一つに、相互の医療機関の医師による往診を行うことと想っていたが、結局、相互理解というのは、私も救命センターを離れて長いので、具体的なイメージが湧きにくいですが、救急医と精神科医がM&Mカンファレンス(※死亡した症例や術後に合併症が発生した症例について、詳細に検討し、次の症例にその経験を生かしていこうというもの)のような形で、共同でできるコミュニケーションの場があれば、そこでいろんな解決策や対応策がわかって、往診という形だけではなく、円滑な患者の移行ができるというような意味合いで示しているように思う。ここの表現は理想論ではあるが、もしこのまま提言として出してしまうと、誤解というか、過大な期待を生じさせてしまうのではないかと懸念している。あくまでも、相互理解を深めるということによろしいか。

(古谷委員長) 他にはあるか。

(浦井委員) 21ページの(3)体制整備後に期待できる効果のところ、その体制整備により、患者受入が促進されるということが書かれているが、これを外部に提言として出すときに、患者の視点からどういったアウトカムがあるのか、どういう効果があるのかということも付け加えた方が、提言としてすごくわかりやすくなるのではないかと考える。

(古谷委員長) 今の意見に対し、事務局はどう考えるか。

(事務局) 患者の視点というのが、少し表現から抜けているので、提言の内容については、再度、検討したいと思う。

(古谷委員長) 救急病院の方々からの御発言がいろいろあったかと思うが、とりまとめとしての意見はいかがか。

(平元委員) 今一番、救急の現場で問題になっているのは、精神科の薬を飲んでいけるけども、特に精神疾患の症状は出ていない救急患者が、救急病院に精神科の薬を飲んでいけるということで断られることだ。このようなことで患者の現場滞在時間が長くなっているということ、いかに時間を短くするかということが、一番の課題だ。救急患者は重症度や疾患によって搬送される病院が分かれる。ただ、精神科に絡んだ患者だからといって、全ての患者を精神科のある病院に搬送されると困ってしまう。それで、精神科がない病院で患者を診るにはどうするのかということになる。一番のキーポイントとしては、まず、救急隊が患者をトリアージして搬送するわけだから、救急隊が精神疾患の患者で、家族等がいて、精神症状が落ち着いた状況であるときには、一般の救急病院へ搬送するというのを徹底し、救急病院に対して通知を出して、このことについて確認するということが大事だ。その上で、一般の救急病院にしてみれば、その後で、何か問題があれば、セカンドチョイスで転送を受けてくれる病院もあるし、そういった形があるから安心して受けなさいという形になると思うので、そこの統合が徹底されれば、この委員会の目的は達すると思う。

(古谷委員長) 今の平元委員の意見に対して、何かあるか。石原委員からは何かあるか。

(石原委員) 当院は、精神病床を持たない救命救急センターというグループに入る。ただ、現場では、日々、精神疾患の症状が発現した救急患者というのを診ている。平元委員からお話があったように、ある程度のコンセンサスが得られる形であれば、個々の患者を明確に分けることは難しいので、流れの大筋さえ把握できれば良いのではないかというように思う。同じ救命救急センターの中で、実際に受け入れた患者が、もっと専門的な病床管理が必要だろうというときに、このイメージ図のように、サポートしていただけるということがあれば、体制としては十分だと思う。また、このイメージ図をもう少しわかりやすく整理していただければ思う。例えば、最初の右側の部分で、「精神疾患の症状」がありかなしかと書いてあるが、このイメージ図の最初のフィールドトリアージというのは、身体症状が重症か否かというように分けていただいた方が良いのではないか。フィールドトリアージというのはもう少し上の方に書いていただければ良い。要するに重症だったら、救命救急センターへ行くということであれば、それがR₁、R₂、R₃となるわけだが、フィールドトリアージと書いてあると、右側の精神疾患の症状というのは不釣り合いなので、もしこの部分を「精神疾患の症状」で分類するのであれば、フィールドトリアージの部分は身体症状が重いか軽いかで分けてもらった方が分かりやすいかと思う。

(吉井副委員長) 確認だが、Y₃、G₃の患者の中には、精神疾患の既往がある患者も入っているということで間違いないか。

(事務局) Y₃、G₃は精神疾患の既往がない患者だ。服薬をしている等の精神疾患の既往も含めてない方を指しており、純粋な身体疾患のみがある患者である。

(吉井副委員長) そうすると、この選択肢は入れていること自体に意味がないのではないか。少なくとも、このY₃、G₃には精神疾患の既往があるまたは内服中という患者も入らないとおかしいことにならないか。それでなおかつ、Y₃、G₃に精神疾患の既往があるということであれば、これは通常の救急搬送プロトコルへ行くのではなくて、このイメージ図の中で搬送を振り分けていかなければいけないのではないか。それから、R₁についてだが、身体症状がかなり重症になってくると、精神症状あるいは特定症状というのは非常に確認がしにくいという状態になるので、そこで本当にR₁という分類が様態としてあるのか。実際に治療で問題になるのは、Y₁、G₁とか、精神症状がかなり強い患者。その辺りが一番問題だと思う。そこで、R₁の問題をもう少し詰めてほしい。もう一点は、17 ページの患者治療後の対応で、救急医が精神科病院に往診へ行くといったことは良いと思うが、入院中といった転院の前の段階において、精神病床を持たない救急施設で患者をどうやって上手く治療していくかということが、ポイントになると思う。例えば、病院群 I でどのくらい患者受入が上手くいっているのかを検証しながら、もう一方で、精神病床が無い救急病院でも連携する精神科病院または開業医の精神科医が患者と一緒に見てくれるシステムというのを作れるかどうかを考えていくと、かなりシステムとして上手くいくのではないかと思う。

(事務局) 皆様から御発言いただいた、病院群 I おける総合的な取り組みであるとか、病院間の連携にはコミュニケーションが肝であるというお話があったが、そのような精神科医が入った形での合同カンファレンスといった取り組みなど、連携には色々な手段があるようですので、その部分については、この提言に加えさせていただければと思う。あと、R₁の取扱いについてだが、事務局として想定しているのは、身体症状が重く、意識が無い状態で救命救急センターへ搬送された患者が、意識を取り戻した際、かなり精神症状が重かった場合や、重症に至った原因が自殺だったということが後から判明した場合というのも想定している。R₁という分類は、救命救急センターへ身体重症度に基づいて搬送するという事で整理させていただいたものである。御質問を上手く解釈できていなかったが、イメージ図としては、精神疾患を合併する身体救急患者の搬送の仕組みには全ての精神疾患のある患者が対象ということで良いが、イメージ図の始まりの「救急搬送案件」というのは全救急搬送案件を対象としており、年間の救急搬送件数である約 17 万件全てがこのイメージ図の仕組みに一旦入ってくるというようなイメージを多く持たれる誤解が生じ

たことから、精神疾患の既往も含めて、精神疾患の症状がないのであれば、通常の救急搬送となるというボリューム感を示すために、プロトコルとして別建てにしたことが、このイメージ図の中で誤解を生んでいた部分があるかもしれない。

(森村委員) ちょっといいでしょうか。私は違うように解釈していて、最初から17万件が救急搬送件数というように読むと、よく読むと、このイメージ図の左上にあるマトリックス表における R_3 、 Y_3 、 G_3 は精神症状なしの患者であるが、精神症状の尺度をどう扱うか、これが問題だと思う。精神症状がなくて、既往がある人がイメージ図の対象患者の分母なのか、それとも全搬送案件が分母なのかを考え方として分けないといけないと思うが、私自身は17万件の救急搬送案件中、フィールドトリアージをして、さきほど石原委員が言われたように、身体症状が重い人が左に流れて、その時には、精神の重症度に関しては、考慮されずに、とにかく身体疾患を優先して全ての重症以上の患者は左に流れる。次に、フィールドトリアージで右側に流れた場合、今度は精神の分類に行き、このときに、この尺度が少し健康な人もこの中に入っているのならば、先ほど言った既往とかも含めたものがここに入っている中で、全く精神疾患の既往がない患者が Y_3 、 G_3 に流れると考えるのか、それとも既往症等の何らかの形で精神的なものを持っていた人の中で、精神症状がないのが Y_3 、 G_3 なのかという振り分けの見せ方を少し変えなければならぬ。平元委員が言われたのは、 Y_3 、 G_3 というのは通常の救急搬送にするという意味では、例えば、薬を飲んでいて、けども今は症状が何もないような人は通常の搬送プロトコルにすれば良いじゃないかという話にもなるだろうし、もしここに、全救急搬送案件としていて、 Y_3 、 G_3 は冒頭の説明のように既往症まで含めて全く何もない人でも、危険な特定症状を判断し、何もなければ、最終的に病院群Ⅲの救急医療機関のグループに流れていくわけであるから、この解釈でも説明は付くというようには聞いていたが、どちらで進めていくのかということについてこの場で見解を共有していただきたい。

(事務局) こちらの説明が不足しており、誤解というか混乱を生んでいるようだけれども、基本的に事務局の考え方としては、このイメージ図上段で示している「救急搬送案件」というのは、全救急事案を対象としているということである。今、森村委員がおっしゃったように、フィールドトリアージにおいて、身体的重症度だけが重いものだけがイメージ図の左側に流れ、右側に流れる患者については、救急隊の判断による搬送が行われるものである。現場で救急隊が病院へどのような内容を伝えるかということについてだが、うつといった精神疾患の既往とか、精神科クリニックに通っているといった通院歴とか、いわゆる精神疾患に関わる過去も含めて、聞き取りができれば、病院には、選定時にお伝えする情報として伝えると思う。そのような、精神疾患関連のもので、病院側へお伝えしなければならない状況が把握できれば、「精神疾患の症状」の判断では、「あり」として下に流れる。精神疾患の

既往等が全く何もなければ、通常の救急搬送プロトコルに流れることになる。「精神疾患の症状」から下に流れて、さらに「特定症状」の有無によって、どの病院群に行くかという振り分けをする。病院群Ⅲについては、この考え方が浸透すれば、「精神疾患の既往と通院歴があるが、特定症状は出ていないので、受け入れてほしい」といった打診が救急隊から病院群Ⅲにあるだろうし、病院群Ⅰ、Ⅱについては、「精神疾患の通院歴があり、現在、非常に興奮状態で、救急活動にも支障があるので受け入れられないか」といった打診を救急隊から行うことになる。この部分については、救急隊の可能な範囲内での判断、もしくは、患者の精神疾患の把握状況というのを考慮した考え方をしている。

(吉井副委員長) では、その考え方でいくと、R₁も通常の救急搬送プロトコルの中に入るものなのではないか。意識がない患者は、精神疾患の既往の有無は考慮しないという考え方ではないはずだ。ここでは、このイメージ図はベースに、精神疾患で内服中とか治療中とか、あるいは既往があるっていう救急患者のプロトコルとして示した方が良いのではないかと思うが、いかがだろうか。

(事務局) 吉井副委員長がおっしゃられることはまさに、この図を作成している段階で、事務局で悩んだところではある。R₁についてはおっしゃられたように、身体重症度が高い患者を救命救急センターへ運ぶということで、整理をさせていただいているが、搬送自体が、通常の救急プロトコルということになるので、わざわざここで抜き出して書く必要はなかったが、このイメージ図を作成する上ではこれがないと、救急搬送の全体を説明する図にならなかったため、齟齬があることは分かった上で、お示ししている。

(森村委員) 今の説明で理解したが、少しアイデアを出ささせていただくと、「精神疾患の症状」と書いてある「あり」と「なし」のボックスは、「精神疾患の合併の有無」とすれば、説明が付くのではないかと思う。合併という表現にすることは、平安委員としてはいかがだろうか。例えば、合併というのは、薬を飲んでコントロールされている人のことを言うはずだ。あと、今回検討したプロトコルというか、課題は、精神疾患の合併のありから下に流れる矢印の部分が、救急搬送の全体から離れた重点的なパーツなのだろうと理解していた。

(平元委員) 現場では、救急隊が精神疾患の合併のありなしによって、情報を救急病院へ入れるわけだ。そこでトリアージが掛かるわけであれば、この精神疾患の既往があるとか、治療中であって、症状が落ち着いている患者と、今も不穏で興奮状態である患者であるというような部分については、そこでトリアージが掛かってこないのだろうか。イメージ図の特定症状のところ、精神症状についてのトリアージが掛かってくるということの良いのか。そうすると、一般の救急病院において、

精神疾患の合併があっても、特定症状がなければ、とにかくその患者は一般の救急病院で受け入れる体制にするということで徹底し、もし、受け入れた先で処置に問題があれば、精神病床のある病院に転送させるという流れを徹底するというのを、しっかりと打ち出せば良い。

(事務局) 色々このイメージ図を作成する上で、悩みがあったが、実は通常の搬送プロトコルへという段階で、何か別の病院群があるかのようなイメージを与えるが、実は、通常の救急搬送プロトコルになると、例えば、病院群Ⅲに当たる二次救急拠点病院A・B、輪番病院に患者が搬送されていくという話なので、そもそも分ける必要があるのかという意見もある。あくまでも、体制のボリューム感やイメージしやすいように、少し手を入れさせていただいたものと理解してほしい。

(平元委員) イメージ図を一般の人が見て、Y₃、G₃と書いてあるとかえって混乱しないだろうか。記載しない方が良いのではないか。

(事務局) 実際に、体制整備の考え方を共有するという意味で今回の委員会でイメージ図を作成したが、今後、病院群Ⅲの病院にも丁寧な説明をしていく必要があるため、その際には、横浜市メディカルコントロール協議会で検討した搬送プロトコルなども含めて、説明していかなければならないと思っている。医療機関に説明する際には、もう少しわかりやすい表現に直していきたいと思う。

(森村委員) 私も平元委員と同様で、Y₃、G₃が無い方が分かりやすいと思う。元々、3×3のマトリックス表ではなくて、2×3のマトリックス表で検討していたと思う。「通常の救急搬送プロトコル」に流れる患者は、今回検討しているプロトコルには直接の関係がないので、今までの議論のプロセスの中では必要だったかもしれないが、イメージ図を外部に公表するときには、3×3のマトリックス表だとわかりにくいように思うが、いかがだろうか。あくまでも見せ方の話ではあるが。

(事務局) 元々、ここのイメージ図自体が精神疾患を合併する身体救急搬送という表題であるから、あえて、その救急搬送案件の全件を対象としている。だが、イメージ図の見せ方として全救急搬送案件を対象とする必要があるのかということも含めて、少し考える余地がある。そういった視点で、精神症状のない患者については、最初から省いてしまい、精神症状のある患者を対象にした搬送の流れだというイメージ図にした方が、誤解はないかもしれない。

(森村委員) 事務局の提案については、半分賛成で、半分反対である。このイメージ図は全体の流れを、おそらく、この委員会における体制整備の検討の後、横浜市メディカルコントロール協議会で搬送プロトコルを作成するときに、救急搬送の全

体とどう繋がるのかということが大事なので、イメージ図にあるフィールドトリアージの段階は必要だ、私が言ったのは、このY₃、G₃、R₃という分類をなくしたら良いのではないかということだ。それ以外は、現状のイメージ図の見せ方が分かりやすいのではないかと思う。

(事務局) 救急隊の視点からお話しすると、まずは全ての救急患者が判断の対象となるため、イメージ図でも「救急搬送案件」という始まりの部分を持っているが、医療機関の視点からすれば、患者受入において必要のない判断基準もイメージ図には含まれているかもしれない。消防局を含めた横浜市メディカルコントロール協議会で搬送プロトコルを検討するときのイメージ図と今回の提言におけるイメージ図というのは、違うものでも良いのかもしれない。

(八木委員) 森村委員が言われることは良くわかるので、検討の方向性としてはこれで構わないと思う。ただし、この表現のまま提言を作成すると、救急医としては、搬送患者の中で精神症状が出ていない既往歴がある方というのはいっぱいいることから、軽度のうつ病で薬を飲んでいる患者が全て救命救急センターに搬送されるのではないかと思ってしまう。当院では、毎日、沢山の救急患者を診ているが、ほとんどの搬送患者に精神科の既往の記載がある。だから、イメージ図の対象とする患者には既往がある方も含むというのを明らかに書いていただかないと、おそらく救急医は誤解してしまうので、表現に気を付けて考えていただければと思う。そうしないと、逆に救急隊が既往症のある患者を搬送するときに病院から叱られてしまう。

(森村委員) イメージ図を見ると、精神疾患の既往があるだけでは救命救急センターには搬送はされないはずだ。特定症状がある患者だけが、左側の病院群に流れていくのではないだろうか。

(八木委員) 森村委員が言われた形ならば、救命救急センターに患者は流れてこないと思うが、このままの表現でいくと、誤った解釈をする人が出てくると考えられる。明確な表現でイメージ図を書かないと良いように解釈されてしまうと思う。

(恩田委員) 天明委員もいらっしゃるので、市民の立場でこれを見た時の御意見を伺いたい。私達は医療のサイドにいますので、精神疾患の合併や精神疾患の既往という表現も理解できる。精神疾患の治療中とか、いろんな言葉が委員会で飛び交っている中で、それらの用語の意味が整理整頓されないと、医療職が明確に用語の定義がされているものを理解することと同じように、市民にこの体制について理解してもらおうと考えるときには、混乱を来さない言葉を提示していただかないといけないのではないかなと思う。

(天明委員) ここで修行させていただいたので、精神疾患関連の用語については、なんとなくは理解できるが、精神疾患の合併と言われたときに、市民感覚からすると、この仕組みがあることで、精神疾患の既往があることを伝えることで救急搬送される際に不利になってしまうのではないかという気持ちになる。既往があることを救急搬送されるときに告げることで、やっかいな搬送ルートに入ってしまうという印象が出ないとも言えないといった心配があると思う。あとは、医師の方々がおっしゃっている救急患者の振り分け方は正しいとは思いますが、横浜市内は北から南まですごく範囲が広いので、森村委員が言われたように、狭い範囲であれば、イメージ図のように上手く振り分けて搬送できたとしても、広い範囲で運用するとなったときに課題が出てくるかもしれない。例えば、直近の医療機関で精神疾患を合併する身体救急患者の受入れがいくつも重なってしまったといったときに、このイメージ図があるから、遠くであっても決まった病院まで運ばなければいけないのかという事例が現象として起きるのではないかという心配がある。

(平元委員) 私は横浜市病院協会で救急担当の副会長をやっているのですが、以前、精神疾患を伴う救急受入をもっとスムーズにするために、どうすれば良いかという話し合いをしたことがある。当院も含めて、ほとんどの医師が、搬送患者が精神科の薬を飲んでいてということになると、精神疾患の症状の有無とは別に、情報が入ってきた時点で、「何かあったら困るから他の病院に行くように」というような形の断り方をするとすることが多々あると答える病院が多い。二次救急病院でも、そのような断りの実態がある。それでは、患者が困るだろうということで、その断っていた患者も受け入れるために、このような話し合いをしているわけだ。患者の精神科の既往、治療の状況、服薬の状況とかは家族からの情報であるから、精神症状が落ち着いているということであれば、二次救急病院で、つまり、病院群Ⅲで受け入れるという搬送の流れにするためには、このイメージ図の患者分類のところでもう少し、「精神疾患の症状」の表現の部分を上手く工夫しないといけない。精神科の治療ということになると、一般の救急病院では診られないということで、救急患者を全て精神科対応の病院に搬送しなさいということになると、大変なことになると思う。いわゆる、一般の救急病院でも、精神科の薬を飲んでいて精神症状が落ち着いている患者を受け入れるために、どう対応すれば良いかという話の持って行き方を考えるべき。

(古谷委員長) 西山委員、一般診療所からこういった転院搬送をお願いすることもあるわけだが、いかがだろうか。

(西山委員) 一般診療所は、精神科かかりつけ医だけが、今回の仕組みの中に入ることになり、一般診療科の医師はこの仕組みの中には入っていないと思う。医師全般の話としては、これは、精神科の医師は精神疾患については診てあげられるけ

ども、身体疾患は診られない、また、救命や一般診療科の医師は、身体疾患を専門的に診てあげられるけども、精神疾患があると診療が難しいということがあり、このイメージ図の中のように、お互いの連携を取れるようにし、それぞれが専門的な領域で力を発揮していただければシステムは成り立つということを、文言を整理していただいて、提言としてお伝えいただければ良いと思う。

(平元委員) 昼間であれば、何かあったときでも、患者のかかりつけの精神科の医師と連絡は取れる。問題となるのは夜間・休日だ。最近、心療内科で沢山の薬を出している患者がフォローされていないという状況がある。患者の精神疾患の症状の程度はわからないが、精神科の薬を飲んでいるという情報が入ってくると、精神科医がいない病院では、「精神科の薬を飲んでいる人は…」ということで、受入れを躊躇してしまうという現実があることは間違いない。そこで、このイメージ図のような搬送の流れを構築していただければ、安心して患者を受け入れることができると思う。

(平安委員) Y₃、G₃はイメージ図を作成した当初にはなかったのですが、削除しても良いのだが、もし、残すのであれば、通常の救急搬送プロトコルに流れたときに、万が一、患者に精神症状があったという事がわかったら、この仕組みに戻って来るという流れが必要だと思う。救急隊の判断状況や、独居である、見た目には全く問題がないといった患者の置かれた状態によっては、後から、実は認知症だった、軽いうつだったということが、分かることも良くあるので、救急隊の立場からすれば、イメージ図にY₃、G₃があった方が良いのかもしれないし、残すのであれば、通常の救急搬送プロトコルに行った後で、万が一、受入れ先の病院で処置に困ったら、この体制で搬送するという流れがあれば良い。

(八木委員) 救急病院の現場における現在の状況について聞いていただきたいのだが、さきほど、現場で救急隊に精神疾患等の既往があることを言ったら損をしてしまうかもしれないという意見があった。確かにそういったこともある。だから、救急隊に対して、患者はなかなか既往を教えてくれない。逆に、救急隊が少しでも既往のある患者を救急病院へ搬送すると、救急隊が病院から、「こんな既往がある患者をどうして連れてきた」ということで叱られる。だから、救急隊は一所懸命、患者から既往を聞き出そうする。そういったせめぎ合いが現場ではあるということを理解してほしい。既往歴等について、救急病院が患者を受け入れた後に少しでも、本人やその家族が救急病院に伝えると、救急隊員が非常に困った立場になることから、漏れがないように一所懸命聞こうとする状況がある。むしろ私は、現場の救急隊の判断で精神症状の有無別に分類した方が、救急隊員が利用するプロトコルとしては、良いのではないかと思う。現場では何も問題はなかった、元気にしていた患者で、搬送後に既往歴があることが判明しても、救急隊は責任を問われなくなるので、現

場の精神症状の有無による判断を患者分類の基準にした方が良いと思う。

(三角委員) 八木委員の心配されているとおりにかなと思いつつ、イメージ図を見ていた。また、平元委員の言われていることが、この体制構築に当たる議論の根本にあると思う。例えば、今後の体制整備により、精神科の既往歴がある患者で、特定症状さえなければ、精神科を得意としていない救急病院に搬送されることになる、つまり、今までは「患者の精神疾患の既往があるなんて聞いていない、既往がある患者は受けたくない」とされていた救急病院に、患者が搬送される仕組みになるので、そこで本当に患者を受け入れていただけるかどうかについて、イメージ図にある病院群Ⅲの医師に対して、説得をせずに、頭ごなしに決めてしまうと、大変なことになるのではないかと少し不安を感じている。

(古谷委員長) 本日は、消防局救急課の方から、検討の御発言はいただけていないが、どうだろうか。

(事務局) 救急の現場の立場からすると、岩淵委員がおっしゃったとおり、現場としては、既往があるということだけで精神疾患等の症状がなくても、そこで断られるということは多くあり、それをいかに解消するための体制構築をするかということは、救急の立場からするとありがたいと思う。病院群Ⅲの医師の方々に、イメージ図のように体制構築後は安心して精神疾患の既往がある患者を受け入れる体制が取れるということが理解いただければ、救急隊のスムーズな搬送に繋がってくると思っている。

(古谷委員長) そろそろ終了時間なので、まとめに入らなくてはいけないが、非常に色々な御意見をいただき、次の議題にある、今後のスケジュールというのがどのようになるのかいささか心配だが、事務局としてはどのように考えているか。一応、議論としては一通りいただいたが。

(事務局) 本日は、色々な御意見をいただき、提言の表現についての御指摘もあった。このイメージ図は、この体制を共有するためのものであるが、イメージ図を基に様々な御意見が出てしまうという、ある意味、イメージ図の役割を果たしていない部分もあった。スケジュールとしては、この回を持ちまして、一堂に会するという形式の会議は終了となっているが、皆様の御了承をいただければ、本日の内容を踏まえ、訂正した提言を事務局提案として、時期を改めて、書面審議の形で各委員に御確認いただき、最終的な内容を固めていくというような手順を取りたいと思うがいかがか。

(古谷委員長) 難しい提案だが、本日出た御意見について、どのように提言をまと

めていただけるか、それを書面として、皆様に御提示できるかにも寄ると思うが、今後の進め方をどうするか。書面で修正した提言を確認した上で、もう一回委員会を開催することも可能なのだろうか。それとも、もう一度、委員会を開催することはスケジュールとして難しいということか。

(事務局) 一堂にお集まりいただくことに関しては、調整すれば可能ではあるが、ここまで議論が煮詰まってきたので、再度、委員会を開催するのか、それとも、提言の内容を事務局で修正したものを出して、書面による確認をいただくのか、という二択になると思う。

(古谷委員長) その辺について皆様いかがか。日程調整も難しい、年末が近づいてはいる。本日の御意見を事務局でとりまとめて修正した提言を御覧いただいて、検討していただき、再度、委員会による検討が必要ということであれば開催するということになるのだろうか。

(吉井副委員長) 事務局で提言のとりまとめをするときに、専門部会の委員にも参加いただいて、まとめてはいかがか。提言でポイントとなるのは15ページのイメージ図だと思う。搬送時のことだけではなくて、それ以外の要素も多くあり、イメージ図を整理していく必要があると思うので、専門部会の委員にも確認しながら、しっかりと見直しした方が良いと思う。

(岩渕委員) このイメージ図だが、一般市民から見ると分かり辛いかなという印象はあると思う。よく挿管するときに、イエスかノーを選ぶ方法の図があるが、そういった選択肢で流れていく図になると、もしかしたら、一般市民にも理解いただける形になると思う。今後の会議の開催スケジュールだが、まだ、意見がまとまっていないので、都合が良ければ、本来、もう一度集まって、話し合った方が、良いのではないかと思う。私はもう少し、このイメージ図について議論した方が良いと思う。

(森村委員) 医療従事者や救急搬送従事者から見ると分かりやすいイメージ図なんだけど、実際これを提言として出す場合には、市民に分かりやすくしなくてはならないという観点からすれば、まだ、十分説明しきれていないということがあると思う。吉井副委員長が言われているように、患者を受け入れてからの病院側のフローチャートが少ないため、病院側からの視点というのが少し欠けている。全体を包括するようなシエーマ(図式)というかポンチ絵というか、それらは書面上だけでは、上手く良いものがないような気がするので、再度、委員会を開いてはどうだろうか。

(古谷委員長) 再度、救急医療検討委員会を開催するという御意見が多いようだが、事務局はどう考えるか。

(事務局) 大変、我々としてはありがたい御意見であり、吉井副委員長からもあったとおり、専門部会で御参加いただいた委員の方々にも確認をさせていただいた上で、内容を修正したものを第3回の委員会でお示しするという形で、開催調整をさせていただく。

(古谷委員長) 事前にイメージ図や提言案を資料として検討させていただける時間があれば良いと思う。

(事務局) 専門部会の委員の方々にもお伺いした上で、毎回行っている会議の事前説明の場を設けさせていただく。

(平元委員) 市長への提言というのは、12月と決まっているのか。

(事務局) 12月は確定ではない。

(古谷委員長) では、今後のスケジュールについて説明していただく。

(事務局) 27ページのところで、当初のスケジュール案としては、12月に市長提言という予定であったが、本日、議論いただいたとおり、今年度第3回目の救急医療検討委員会を開催させていただく。日程調整は改めてするが、12月あるいは1月の開催を目途に調整を行いたいと思う。最終的な提言については、今年度中にまとめたい。

(事務局) 補足だが、元々、この時期に提言のとりまとめを考えていたのは、提言でいただいたことについては、具体的なアクションプランになるべく早く移したいという思惑があり、次年度に具体的に取り組むにあたっては、予算の確保ということが出てくる。そのため、提言があり、それを踏まえたアクションプランがあり、それに対して、財源から予算を確保していくという段取りで考えていたため、この時期にとりまとめることが、事務局としては、一番ありがたいということはあるが、そもそもこのテーマ自体が、全国的にも非常に課題となっている中で、あえて踏み込んで取り上げた、非常に難しいテーマだと思っている。本日も多くの御意見をいただいたので、再度、十分に御審議いただき、とりまとめた方が良いと思う。忙しいとは思いますが、できれば年内にとりまとめていきたい。

(古谷委員長) 本日は非常に活発な御意見をいただき、時間内にはまとめきれなか

ったため、再度、委員会を開催できればと思う。事務局には日程調整の連絡をお願いする。それでは、事務局に進行を返す。

(事務局) 以上を持って閉会とさせていただきます。次回については、日程調整した上で、御審議いただく。

以上