

平成 26 年度 第 1 回 横浜市救急医療検討委員会 議事録	
日 時	平成 26 年 8 月 20 日 (水) 19 時 30 分から 21 時 00 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	<p>1 報告事項</p> <p>(1) 26 年度事業概要について</p> <p>(2) 横浜市救急医療情報システム (YMI S) の運用状況について</p> <p>(3) 現行の二次救急医療体制の検証について</p> <p>2 専門部会の報告</p> <p>(1) 専門部会報告</p> <p>(2) 専門部会報告事項についての意見交換</p> <p>3 第 6 次提言について</p> <p>4 26 年度検討スケジュール (案)</p> <p>5 頭部外傷を伴う外傷救急医療体制 (仮称) の専門部会設置について</p>
決定事項	<ul style="list-style-type: none"> ・専門部会の検討内容について報告。 ・第 6 次提言については、今回の意見を基に事務局で案を作成。 ・頭部外傷を伴う外傷救急医療体制 (仮称) の専門部会の設置を決定、部会長は森村 尚登委員に決定。
議 事	<p>1 報告事項</p> <p>(1) 26 年度事業概要について (事務局) 26 年度事業概要について報告。</p> <p>(2) 横浜市救急医療情報システム (YMI S) の運用状況について (事務局) 横浜市救急医療情報システム (YMI S) の運用状況について報告。</p> <p>(3) 現行の二次救急医療体制の検証について (事務局) 現行の二次救急医療体制について報告。</p> <p>(古谷委員長) 事務局から 26 年度事業概要、YMI S の運用状況、二次救急医療体制の検証ということで、説明をいただいたが、これについて、何か質問・意見はあるか。</p> <p>(古谷委員長) 現場滞在時間がだんだん増えているのは、どのような背景があるの</p>

か。

(事務局) 現場滞在時間の延伸で、一番大きな要因は、高齢化に伴う高齢者の搬送が増えていることだ。資料に示されているとおり病院照会については、搬送先が照会一回で決定する割合が多少増えている部分があるが、やはり現場で65歳以上の高齢者の搬送が多くなった時に、現場における状況確認に時間が掛かる。現状、65歳以上の搬送が52.5%と全体の半数を超えてきており、そういう状況の中で現場滞在時間が増えているというのが、所管としての見解だ。

(古谷委員長) 他に何か意見はあるか。

(高井委員) かなり努力されて搬送先決定までの照会回数が5回以上になる数が減っているようだが、まだ1.1%残っているのは、どういった状態の患者が照会回数5回以上になっているのか。

(事務局) これについては、本委員会でも検討している、精神疾患を併発している場合や一人暮らしの高齢者である場合などが、回数が多くなる理由の一つとなっている。

(古谷委員長) 他にはどうか。膨大な資料なので、すぐに質問と言ってもなかなか難しいかもしれないが。

(森村委員) 膨大なデータだが、貴重なデータを示していただいたことに感謝する。一点確認というか、先ほど説明があった現場滞在時間がどうしても長くなるという話の中で、昨年度の会議でもこの辺りのデータを取れるかどうかというのを聞いたと記憶しているが、おそらく高齢者の方々が増えてきたことに伴い、救急隊員が、現場でいろいろな病歴を聴取し、病状を把握する時間が非常に長くなっていることが予想される。そのファクターで現場滞在時間が長くなっているということと、病院を探し出してから、時間が掛かっているということは、おそらく分けて考えなければいけないと、おそらく後段の方のファクターが改善傾向にあるのではないかなという予測はされ、それを示すことができるようなデータというのは、抽出することはなかなか難しいだろうが、もしあれば教えてほしい。無いのであれば、少し前向きにそういったものを、期間を限定してチェックし、今後のひとつの指標にしていったらどうか。

(事務局) 森村委員が言ったとおり、なかなか現場での時間を区切って、何が何分というのは、非常に難しい。今は希望されたデータは持っていない。ただ、現場滞在時間をいかようにして、少しでも改善していくかということを考える中で、その

辺りの分析も消防局としてやっていく必要があるという認識はあるので、どういう形でできるかはわからないが、今後、分析を進めていきたいと考えている。

(古谷委員長) それでは、次の議題、2番に進む。

2 専門部会の報告

(1) 専門部会報告

(事務局) 専門部会の検討内容について報告。

(古谷委員長) ただいま、専門部会の検討について、報告があった。専門部会長の平安委員から何か追加・補足はあるか。

(平安委員) 委員の方々には色々と御協力いただき感謝する。精神症状のある救急患者の実態は、アンケートでもわかるとおり、すごく沢山いるということではないということがわかった。ただ、医療機関の搬送受入時の対応が患者一人に対して時間が掛かるということで、そういったところが医療機関に与える印象として、大変だということで、いろんな形で、問題が提起されたのではないかと思った。それから、最初の所であったが、精神症状であるかどうかを判別するというのは、確かに短い時間では難しいこともあり、やはり、何が起きているかということで重症度を判定した方が、より分かりやすいだろうということで、いわゆる自殺行為とか、あるいは理解のできない暴力・暴言といったことでの判断になるのだろうか。つまり、怒っている人は、単純に怒っているだけであり、こちらが説得をしても、何か辻褃の合わない怒り方等をしているということになり、そういった形で判別することでしか、なかなか現場での判断は難しいだろうということで、こういう形での分け方にした。細かく言えば、幻聴があるとか妄想があるとかうつがあるとかいろいろ出てくるが、現場の救急隊の方々に判断してもらうには、非常に難しいだろうということで、わかりやすいもので判別するため、こういう形になった。

(2) 専門部会報告事項についての意見交換

(古谷委員長) ただいまの専門部会の報告について意見はあるか。

(八木委員) 精神疾患を合併する身体救急搬送のイメージ図の所で、 R_1 と R_2 とされている身体症状と精神症状の有無のところだが、身体症状で赤と黄色に判別されるものは、基本的には入院が必要な患者という理解で良いか。精神症状の有無だが、これは精神症状が有という場合には、精神的な入院が必要だというふうに考えて良いのか。

(事務局) 事務局の見解を説明させていただく。イメージ図の左上のマトリックス

図を見ていただくと、まず縦軸が身体症状、これは普通に救急隊が判断をして、医療機関とも同じ言語で、赤が重症、黄色が中等症、緑が軽症ということで、これは日常的に今も行っているトリアージ。先ほど部会長の平安委員がいったように、精神症状の軽重というのは、判断が難しいということから、患者の状態を以って有無を分けたわけだが、決して精神的にR₁、R₂が重い軽いということではないという分類の中で、議論を進めているので、今、八木委員が言ったような、R₁だから精神的に入院が必要かどうかというところは、必ずしも一致しないという理解だ。

(八木委員) 確かにそこは、非常に難しいと思うので、精神科症状の有無で、分けたということだが、イメージ図内では、救急隊がフィールドトリアージをして、右側に行ってY₁とG₁の分岐があり、そこから、病院群Ⅰか病院群Ⅱに行くルートがあるが、Y₁に関しては、身体的に入院が必要だということで、これは病院群Ⅰに行くというのは、了解できるが、G₁については、身体的に入院の必要がないし、場合によっては、精神的にも入院の必要がない患者が、病院群Ⅰに行く必要があるのかという感じがするが、どう考えているか。

(事務局) 言われている意味合いは非常によくわかる。現実的には、基本的に病院群Ⅰは救命救急センターということなので、救命救急センターの役割としては重症を診ていただく、中には入院が必要な中等症ということで、昭和大学横浜市北部病院と市大附属病院が病院群Ⅱに入っていることから、身体症状によっては、専ら軽い場合は、病院群Ⅱの方で受け入れていただく。ただ、北部病院と附属病院では、エリアがかなり離れているということで、搬送先として2択というわけではない。救急搬送の半分以上は軽症案件が占めているという実態から考えても、精神症状があるという振り分けの中で、ある一定程度、病院群Ⅰにも診ていただくということになると思う。

(八木委員) 少し危惧しているのは、当院には精神科病棟があるが、この病棟は閉鎖病棟になっている。閉鎖病棟に精神科の患者を入れるということは、特別なことである。精神科の患者だからといって、閉鎖病棟に必ずしも入ることはできないので、患者の了承だとか、家族の了承が必要になる。身体的に外来通院になる患者で、精神症状があるからといって、必ずしも当院では、入院させることができないということになるので、G₁として精神科症状のある患者が搬送された場合にどうなるのかということで質問させていただいた。関係する話だが、搬送実態調査の調査Ⅱのところ、調査対象の3施設はどうやって決まったのか。

(事務局) 調査対象については、医療圏ごとに1施設ということで、選ばせていただいた。

(八木委員) 了解した。

(森村委員) 専門部会の委員の立場で補足するが、もう一回この搬送イメージ図を見ていただくと、精神疾患の合併あるいは、精神症状があろうがなかろうが、身体的重症度が高い場合は、そのまま病院群Ⅰに行くというのは、そのとおりで、その後もう一つの緊急度・重症度を推し量る右下のひし形の図の中にある、「自殺企図・他害行為・興奮」というのを、既文献とかいくつかのデータを参考にしながら、おそらくはこういう症状がある場合は全部ではないが、精神科の対応が必要となるようなケースが多かろうということが、示唆されているので、これらがある場合は、身体的重症度が中等症である場合は、精神症状も重いかもしれないので、両方を複合的に診られる病院群Ⅰに搬送する。身体的重症度が軽くて、精神症状が重そうだというG₁に該当する患者は、基本は病院群Ⅱに搬送というつもりで作っているが、専門部会長と専門部会員で話して、現実問題として病院群Ⅱは実質的には2病院しかないなので、全部受けられない可能性も高いということで、そのセーフティネットの一つとして、病院群Ⅰということも、ここに付けておかないと、受入れが難しくなってしまうことから、記載したことを記憶している。残りのY₂、G₂というのは、一般的に言うと精神的症状はあるかもしれないが、精神科的な重症度は軽くて、通常の身体的な中等症、軽症なので、病院群Ⅲに搬送するという分け方だったと思う。

(平安委員) 今の森村委員の説明のとおりだが、八木委員から質問のあった閉鎖病棟に症状が軽い人が入れないのではないかと、本人の同意がなければ入れないということですが、G₁の患者は、精神症状があり、自傷・他害行為と言いますか、精神科的な重症度が高い患者を想定している。当然、精神科的な重症度が高いとされて運ばれてきて、精神科医が診察をした上で、そこまで重い精神科症状ではないということであれば、一般病床で診てもいいということになる。その辺りは、救急隊は精神科の重症度を重めに判断をせざるを得ないが、搬送先には精神科医がいるので、病院群Ⅰもしくは病院群Ⅱの病院で、判断をして、閉鎖病棟でなくても診られるということであれば、一般病床で診ていただくこと自体は問題ない。

(三角委員) この資料 25 ページの搬送イメージ図で、この患者搬送のシステムは分け方としてよくわかった。例えば、病院群ⅠとⅡの違いというのは、身体的な重症度だと思うが、救命センター8病院の内、その中で4病院がこれに入るわけで、例えばここに身体的な合併症がある程度入院をして、落ち着いた段階でその患者がどうなるかということによって、どの程度、患者を受けられるかということが決まってくると思う。いわゆる後方連携のシステムをどれくらい作れるかということも、このシステム全体を考える上で、もう一つ大事なところではないかと思う。特にこの図の下段にあるものだと思うが、こういった後方連携の話というのは、どの程度に進んでいるのか。例えば、身体合併症が落ち着いた患者で、救命センターで診る必

要がなくなったとき、その患者が精神科の入院が必要で、身体的症状でも入院は必要で自宅には帰れない場合で、精神科的な部分でのケアについて、何かアイデアは出ているのだろうか。教えていただきたいと思う。

(事務局) 事務局の方から、今までの議論と事務局で調査した範囲での説明ということになるが、冒頭に全体説明をさせていただいた時にも、図の下段部分の身体症状改善後の精神患者の受入、図の円柱部分を精神科の単科病院や精神科のかかりつけ医ということで標記し、矢印があるように、ここを具体的にどう結ぶかということについて、具体的な議論が及んでいない部分がある。我々が精神単科の病院など、いろいろと聞いて回った中では、救急は24時間365日受入れ、病院の定員などについては、ある程度、機動的な対応が必要。一方で、精神単科病院の事情からすると、土日とか夜間の機動的な対応が難しいという声がある中で、患者のかかりつけ医ということであれば、平日昼間など開業している時間帯であれば、精神科的なコンサルといった精神疾患患者の処置の方法や退院等の相談支援などについては協力するという多くの声をいただいている。この連携については、どのように仕組みを作っていくかということになると思う。あとは、病院群Iの中で救命救急センターの病床にいる必要がないのだけれどもというところについては、全く打診をしていない中での事務局の期待ではあるが、病院内における病棟管理の中で上手く調整できるということが、例えば市の施策としての旗振りの中で、可能であれば探っていきたいと考えている。

(三角委員) 例えば、いわゆる病病連携と言う形で、ここに挙がっているような大きな中核的な病院と言うのは、比較的早い時期から患者さんを転院させて、ベッドを空けようというのが基本的な考え方だと思う。いわゆる、この図に載っていないような後方の病院に受け入れていただくわけだが、その中で精神疾患がありますよというのは、転院において非常に大きなネックとなってしまうのかなというのが、すごく心配だ。その部分を比較的積極的に、もちろん精神的な問題が全く解決していないような患者の転院というのは、無理だと思うが、精神疾患があるというだけで、逆にそれは転院の妨げになる可能性があるのではないかというのが引っ掛かるところなので、そこも体制構築の中で一緒に動いて行った方がいいのではと思う。

(事務局) まさに、そこが我々の頭を悩ませているところである。先ほど言った、地域の病病連携といった中で、身体症状が落ち着いていて、精神科症状もある程度カバーできるということで、例えば、身体救急しか診られない病院にも、患者受入れができるような形を作っていくという必要がある。

(平元委員) 調査結果についてだが、精神疾患を有する患者ということになると、認知症やアルツハイマーというのも入ってくるが、一般病院では認知症やアルツハ

イマーといった患者は沢山受けている。それが精神科疾患の救急の中に入ってきて、搬送や転院の妨げになるということはほとんどないと思う。トータルの中で、精神科疾患を合併する身体救急患者の搬送件数が少ないというのは、認知症などを母数に入れているからだと思う。実際の現場で必要なのは、統合失調症などで精神的な薬を飲んでいる患者が身体疾患で救急搬送されて困るという状況だと思う。認知症までを全て精神疾患の中に入れて考えるというのはどうなのかと思うが、いかがか。

(事務局) 確かにおっしゃる意見には一理あると思うが、この会を始めるにあたり、精神科のそれぞれの病態については議論をしない、それによる制度設計はしない、あくまでも、精神症状があるもしくは精神疾患を患っているということで一括りにして議論しないと話が進まないということで、進めてきたものだ。平元委員が言っていることは、標準的な体制ができた後で、さらに細部の2階建ての部分ということで議論を進めていく可能性はあると思う。

(平元委員) 私が言いたいのは、認知症まで含めてしまうと、精神疾患のある患者で搬送されて問題になるケースはほとんどないという結論に行くのではないかということだ。

(岩渕委員) 当院で先日、交通事故で搬送された統合失調症患者が、身体症状が良くなったら非常に暴れて、どこも受け入れてくれないというケースがあった。アルツハイマーや認知症の場合は何とか一般病院でも診られるが、統合失調症で身体症状が改善した患者だと診ることは非常に困難を要する。この辺は、どんなに規模の大きな病院でもなかなか転院先が探せないというのが現状。結局、その患者は3週間大暴れしながらHCUの中で診て、やっとの思いで受入先の病院が見つかった。こういった患者がスムーズに転院できるような状況を何とか作ってほしい。なので、認知症は精神疾患患者の中に入れなくて良いと思う。ナースたちも認知症の受入に関しては問題ない。

(恩田委員) 少し話を戻してしまい恐縮だが、27ページに書いてあることについて質問したい。搬送実態調査において、精神科関係の既往がある件数が215件で、この中には、うつもあれば、認知症、アルツハイマー、統合失調症など、様々なものが含まれているというのはわかる。この下の段落の、「病院内での興奮、他害行為～」と続く文章の90件というのは、救急隊が現場に行った段階で、症状ありとして搬送した患者なのか、ただ既往ありで搬送した患者の中で興奮とか他害行為があったということなのか。さらに読み進めると、既往症があった場合でも、病院内での症状がないケース、既往症はないが、病院内で症状が出たケースがあるということで、この集計の部分がよくわからなかったので、お聞きしたい。もう一つの質問は、30

ページで、病院照会回数のところを既往症ありとなしで分けているが、搬送のイメージ図では、既往症の有無でトリアージをするのは難しいから精神科症状の有無でフィールドトリアージを判断するようになっていた。もし、データを持っているようであれば、現場での精神科症状の有無別の病院照会回数のデータも伺いたい。医療政策で認知症が入っているが、認知症にも程度が色々あると思うが、本当に病院が困っているのは急性期の精神疾患だと思うが、たぶん、この搬送のイメージ図の一番下に流れてくる患者は、うつや認知症という、地域包括ケアといった地域連携の必要な患者がここに入ってくると思う。現状、救急現場で苦慮されているのはイメージ図における一つ上の段の部分、病院群間の患者振り分けについて議論されていると思う。まず、そこを固めた後、今後の課題としては、認知、うつ、アルツハイマー、パーソナリティ障害のある患者が急性期の身体疾患改善後に転院体制といったことになると思う。

(事務局) 病院内の精神症状の有無と救急隊の聞き取った既往症の有無という部分だが、これは調査Ⅰで病院が精神疾患に関する症状の有無について質問をし、それに対して該当があったのが、90件ということだ。救急隊の聞き取った既往症の件数とは集計の仕方が異なる。別々の調査の結果を突合した結果が今回示したデータだ。病院は、救急隊からの搬送連絡の際に患者の既往症についての情報を事前に得ていると思うが、あくまでも病院内でどういった精神状態だったかというのを聞いているので、必ずしも現場で聞き取った既往症と結びつかないものである。

(恩田委員) ということは、27ページ「(4) 調査結果について ア(ア)」の前段の米印までの所は調査Ⅲの結果から持ってきたデータであり、病院内での精神症状については調査Ⅰの結果から持ってきたデータという理解で良いのか。

(事務局) その通りだ。また、既往症の有無と搬送イメージ図の自殺企図・他害行為・興奮の有無という部分は取り扱う内容が違うのかという指摘だったかと思うが、救急隊に実施した調査Ⅲについては基本的に救急隊の活動内容は調査に係らず記録は取っている。入力項目の選択内容の中では、精神科の既往は記録できないが、自由記入の入力欄で既往症を確認することができたため、その部分を集計したことから、病院側の記録と数は一致していない。

(恩田委員) もし、調査Ⅲで救急現場の段階で、暴れるなどの精神症状があった場合、もちろん身体疾患は中等度までの患者ですごく暴れたり、叫んだりする患者というのは、救急隊も分かっているが、そのデータに関連した病院紹介回数別のデータはないということか。

(事務局) 現状、データはない。

(事務局) 今回の調査の意味合いをもう一度説明させていただくが、30ページの(エ)だが、既往症の有無で照会回数の集計をしたのは、本委員会でも検討が始まった頃に、患者に精神科的な既往症があるという、救急隊の情報だけで、病院に受入れを断られてしまうというケースが多いという医療機関とのヒアリング内容から、体制整備前後で病院照会回数の割合に違いが出れば、ある一定程度の制度設計の評価に繋がると考えた。25ページの搬送イメージ図の自殺企図・他害行為・興奮についてだが、現段階では救急隊の搬送プロトコルの中には、この観点はないので、データ未集計であるとともに、今後の議論の中でルール化が必要ではないかと想定して、イメージ図に記載したものだ。

(高井委員) この搬送イメージ図の中で、二次救急拠点病院や輪番病院に搬送されて、左側に書かれている患者受入後の精神症状により、処置困難なケースになった場合に、病院群Ⅰか病院群Ⅱに矢印が伸びているが、これは受け入れた病院が自分達で転院先と交渉して、転院させることを想定しているのか。患者を一旦受け入れているから、救急隊が搬送先を探してくれるわけではないと思うのだが。一旦受け入れた病院が交渉して病院群Ⅰか病院群Ⅱに頼まなければいけないのであれば、先ほど、岩渕委員が言われていたように、非常に困難な状況に陥るのではないのか。この点についてどう考えているのか。

(事務局) いままでの議論の経緯として、病院群Ⅰと病院群Ⅱについては、この転院の仕組みが、病院側で定着すれば、患者の受入も含めて相談するために、まずは、病院群Ⅰと病院群Ⅱに連絡をしようと思う。その点では、患者転院受入の相談先として、現状よりも相手は明確になっていると思う。そこで、明確に転院搬送先が決まった場合には、精神症状の悪化による救急搬送案件ということで、通常の転院搬送のルールに則った形で、公的な救急搬送を視野に入れて考えたいと思っている。病院群Ⅲの負担感というのは、軽減されると思う。

(八木委員) 搬送イメージ図の右側のY₁、G₁のところ、先ほど森村委員の説明を聞いて納得できた。病院群Ⅱだけでは対応できないから、病院群Ⅰでも身体的症状が中等症以下の患者受入を行うということは理解できるが、このイメージ図の強制力、病院群Ⅰの病院に身体的な入院が必要ない患者がG₁として、精神科の症状で入院が必要ということで、一般病棟で受入れるということになると、それは同意できない。よく、夕方に不安症状を訴えて入院させてくれという患者が来るが、そういったケースでは、当院の閉鎖病棟に入れることは絶対にできない。例えば、薬物を1、2錠飲んだからといって、自殺企図として運ばれたり、リストカットで運ばれたりしても、身体的には入院させる必要はないと思う。身体的に入院の必要性がない患者が、イメージ図どおりに救急隊が搬送することになると困ってしまう。精

神科症状で入院させる必要が無いのであれば、鎮静剤などの薬物投与や家族の状況を見て帰宅させることはできるが、入院させてくれということになると困ってしまう。もう一つは、先ほどから色々な意見がある搬送イメージ図の一番下の精神科病院との関わりについてだが、例えば、精神疾患患者が身体的症状を合併した際の受入れという上向きの矢印があるが、これは我々のような救命救急センターでは、現状として24時間365日いつでも受け入れる体制を取っている。今度は、身体症状改善後の精神疾患患者の受入れという下向きの矢印では、現状として、患者が身体的な症状が改善したとしても、直ぐには、精神科病院に転院を受け入れてはもらえないので、この部分について何とかしてほしい。週末であっても受け入れた翌日には転院できるところがほしい。今回の検討内容では、その辺りの対応策が見えてこないで、大変だと思うが、今後、整備していただきたいと思う。

(事務局) 精神科病院への転院の部分については、我々も大きな課題だと認識しているし、そこを血の通った仕組みとして整備できなければ、ただのアイデアになってしまうと思っている。精神科医師とこれから相談して対応していく。身体症状が軽症で入院を求められたという場合については、我々の期待するところでは、病院群Ⅰと病院群Ⅱについては、身体的な症状は救急の医師が判断するが、精神的に問題ないというコンサルが必ず精神科医師から受けられるということから、総合的に入院が必要ないということであれば、患者を帰宅させることができるということになるかと思うので、八木委員の言う、無理矢理入院させなくてはいけないという事態は想定していなかった。

(平元委員) 事務局から説明があったことについてだが、一般病院の立場からすると、最終的にリストカットでも薬物でも死ぬことはない。その場で、対応は十分できるが、精神科医師が精神的に診て、患者の帰宅可否を判断できるかどうかを一般の病院だとそれがわからないため、精神科医師にコンサルしたくても、診てもらえるわけではなく、電話で聞くことになり、何かあったときには全て病院の責任になる。精神科医師が適切な判断をして、患者を帰宅させた場合は、何か起こったとしても、それは適切な判断の基で行われたということで、精神科以外の医師が判断した場合と比べて、差が出るのではないか。こういった理由で、一般の病院が精神科の患者を受けたがらないということになると思う。だから、精神科医師に診てもらって、入院の必要がないと判断する形であれば、それで救急病院の役割としては十分だと思う。

(平安委員) 委員の方々の指摘のとおり、搬送イメージ図のG₁は患者を帰宅させるための判断が一番難しい。だからこそ、精神科医がいる病院に搬送しないと診断は難しいだろう。当然、病院群Ⅱが8つくらいあれば、そこで全部の対応は可能だが、現状は異なるため、整備当初は、病院群Ⅰと一緒に患者受入をやっていかざるを得

ないだろうと考えた。おそらくは、身体的な症状では帰宅できる患者であれば、救命救急センターに搬送される意味はあるのかということにもなるが、このシステムの中ではG₁だけを、病院群Ⅰとは違う病院に搬送するという事は難しい。特に、医師ではなく救急隊が最初に判断するわけだから。場合によっては、ウォークインで来てしまう患者の方が多いかもしれない。救急隊が搬送をする場合は、今のところ、この搬送イメージ図で流すしか、良いアイデアはないというところだ。もう一つは、先ほどあった、身体症状が改善した患者をどうするかということだが、精神科病院と身体疾患専門の病院のどちらも今後細かい調査をして検討するしかない。例えば、精神科病院であれば、身体症状がある患者はどの程度であれば診ることができるかを聞く。市内の精神科病院では、内科医が常勤でいる病院もあれば、内科医がいない病院もある。受け入れる患者の身体症状の程度については、かなり細かく、呼吸器がついていたら駄目、胃管が入っていたら駄目、点滴が入っていたら駄目など様々なレベルがあるはずだ。逆に、身体疾患専門の病院でも、認知症なら受入可能、うつでも外来で症状が落ち着いているなら受入可能などのレベルがあるはずだ。その受入条件の程度別にグループ分けをするしかない。さらに、グループ分けに加えて、受入時間帯として、輪番で診ることができる、常に診ることができるなどのレベルもある。そこは、今後の細かい調査をして、協力してくれる医療機関には何か施策的に支援をすることを考えていただければ良い。

(古谷委員長) 大分、時間も過ぎてきたが、浦井委員からは何かあるか。

(浦井委員) やはり、今、平安委員が言ったように、G₁の患者については、精神科医師へコンサルトできるという強みがあるので、そこの担保がない限り、他の病院で判断することは医師として勇気がいることだと思う。

(古谷委員長) 石原委員はどうか。

(石原委員) 今回の議論については、今までも何回か同じような形で繰り返されているところだと思う。病院群Ⅰと病院群Ⅱという単語というか、表現自体が若干気になるところではある。例えば、DPCの病院群Ⅰ、Ⅱ、Ⅲというのが階層的にあるので、できたら数の表現を別のネーミングにして、病院群Aとかにした方が、誤解が少ないのではないかと思う。救命救急センターのある病院とか、急性期病院の医師にとってはⅠ群、Ⅱ群というのは紛らわしい。その辺りも検討してほしい。

(古谷委員長) 市民の立場からいかがか。

(天明委員) 救急のところ、精神科分野に取り組むということが特殊なことであるとは伺っていたので、現場の声を聞きながら、良くデータを出していただいと

感心した。ただ、1週間のデータでこれを判断して、病院に結果をフィードバックするには、例えば、受入れについて説明したときに、精神疾患症状のある患者数はそんなに大きな数字ではないと実際の数字を相手側に渡すには少し乱暴ではないかという気がした。調査結果のサンプルの規模で、今後、対外的に訴えていけるだけの説得力があるのかというのは、心配に思う。あと、YMI Sは搬送先の病院を特定するためには効果があると思うが、その後の集計データを基に何か政策を立てられたり、YMI Sからデータを読み込めたりできる方が、今後のビッグデータなどで使えるようなものになるのではないかと感じた。あとは、本委員会の使命として、救急患者を搬送するまでは視野に入っているが、過去の例もそうだが、救急搬送した後をどうするかということが上手くいっていない。高齢者をどうするかという課題も何年前にやったと思うが、医療者関係でまとまって話し合うことはとても大事だし、本委員会は救急に特化して話す場であるとは思うけども、どこかで全体で話していくことが必要。今回の場合も、専門部会で良く検討していると思うが、私は、誰がどのようにというところまでは分からないが、救急搬送後に係る方々を巻き込んでいくような手段が取れば良いと感じた。

(吉井副委員長) 精神疾患を合併する身体救急患者ということで、言葉にすれば短いですが、テーマとしては非常に難しい問題だと思う。精神疾患でも認知症を含めると母数が大きくなるし、身体救急に関しても、外傷があれば、内因性の脳血管関係、心疾患関係、腹部とか消化器の関係など様々な疾患がある。最終的には、急性期など患者の置かれた時期によって適切な治療をすることだと思う。統合失調症などの精神疾患患者が搬送患者の中にいた場合にどう扱うのか、身体症状が改善したらどうするのか、つまり、身体疾患の処置と精神疾患の処置の摺合せをどうするかということを考えて、検討してもらえば良いと思う。

(古谷委員長) それでは、議事の3番の第6次の提言について、事務局より説明をする。

3 第6次提言について

(事務局) 第6次提言について説明。

(古谷委員長) ただいま、事務局から説明があったが、何か質問はあるか。それでは、本日いただいた意見を基に、事務局の方で、提言について作成していただくということでよいか。

(古谷委員長) 御承認いただいたということで、議事の4番の「26年度の検討スケジュール(案)」について、事務局から説明する。

4 26年度検討スケジュール（案）

（事務局）26年度検討スケジュール（案）について説明。

（古谷委員長）次回は10月に開催する。何か質問・意見はあるか。なければ、スケジュールどおりに進めたいと思う。それでは、次第の3番「頭部外傷を伴う外傷救急医療体制（仮称）の専門部会設置について」事務局から説明をする。

5 頭部外傷を伴う外傷救急医療体制（仮称）の専門部会設置について

（事務局）頭部外傷を伴う外傷救急医療体制（仮称）の専門部会設置について説明。

（古谷委員長）ただいま、「頭部外傷を伴う外傷救急医療体制（仮称）の専門部会設置について」説明していただいた。これについて、質問・意見はあるか。

（八木委員）前回の整形外科の時もそうだったと思うが、こういった病院体制を作る時に救急医ではなくて、整形外科医が泊まっていなければ、駄目だというような形で整備されてしまうと、救急の専門医というのは、整形外科も脳神経外科も診るので、例えば、脳梗塞などを診るときに、t-P Aの受入先病院で脳神経外科医か神経内科医がいることという条件を付けられてしまうと、救急医が取れなくなってしまう。整形外科の時もそうだったが、整形外科医が24時間当直していることとなると、せっかく救急の専門医が泊まっても整形外科の患者を取ってはいけないという感じになってしまうので、今回の脳神経外科の事に関しても、少なくとも救急の専門医がいるのであれば、脳神経外科医がいなくても、取っても構わないというような条件にしていきたいと思うので、配慮をしてほしい。

（事務局）意見については承り、専門部会場で議論していただくこととする。

（古谷委員長）本委員会の中にこの「頭部外傷を伴う外傷救急医療体制（仮称）の専門部会」を設置ということで、了解いただけるか。専門部会の部会長は委員長から指名ということなので、事務局からの説明にもあったように、今までの経緯、それから救急医・外傷の専門医であり、前回の第5回提言策定時の本委員会委員と外傷診療実績調査ワーキンググループ委員を努めていただいた森村委員にお願いしたいと思う。森村委員はそれで良いか。

（森村委員）部会長を拝命する。

（古谷委員長）それでは、専門部会のメンバーの選定については、部会長と事務局に一任したいと思う。何か意見・質問はあるか。

(古谷委員長) では、その方向で専門部会を進めていただく。本日の議事はこれで終了する。本日は活発な意見いただき、感謝する。それでは、進行を事務局に返す。

(事務局) 本日はこれで、閉会とする。

以上