

平成 23 年度 第 2 回 横浜市救急医療検討委員会 議事録	
日 時	平成 24 年 2 月 17 日(金) 19 時から 21 時まで
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、恩田 清美、鬼頭 文彦、郡 建男、高井 佳江子、田口 進、根上 茂治、 平元 周、森村 尚登、吉井 宏、渡邊 まゆみ
欠席者	天明 美穂
開催形態	公開（傍聴者 1 人）
議 題	1 報告事項 (1) 新たな二次救急医療体制の検証について (2) 横浜市救急医療情報システムの体制整備について (3) 救急搬送受入病院連携支援モデル事業について 2 横浜市外傷診療状況調査の結果について
議 事	1 報告事項 (事務局) (1) 新たな二次救急医療体制の検証、(2) 横浜市救急医療情報システムの体制整備及び(3) 救急搬送受入病院連携支援モデル事業について説明。 (郡委員) 「救急搬送受入病院連携支援モデル事業」については、搬送困難事案を連携病院に転院させた場合のみ評価するのではなく、一次処置として救急搬送を受け入れたが、結果として外来で帰宅したという場合でも評価するべきではないか。救急病院としては、後日連携病院に受け入れてもらえるという安心感があれば、今までは受け入れられなかった搬送困難事案も、受け入れようと思えるので、連携病院に搬送しないケースもモデル事業の効果として評価して良いと思う。 (事務局) モデル事業としての受入件数は、1 月までで 31 症例と、まだ実施件数が少なく、事業の評価をするまでには至っていない。しかし、症例が集まっている東部病院の例を見ると、連携病院に転院されるケースは想定よりも少ないが、後方に連携病院が控えていることで、救急の医師が積極的に搬送困難事案を受け入れている。その中には、検査等を実施の上、外来で帰宅する場合もある。また、昨年と比べて救急搬送受入件数自体も伸びているという効果が見られる。 (郡委員) ということは、空床が少ないとか、オペ室が塞がっているなどの理由で救急搬送を受け入れられないなどの問題に関しても、少しはスムーズに動きそうだという感触をもたれたと考えてよいか。東部病院のまとめを読むとそう読める。 (事務局) 今後、東部病院及びその連携病院の医師とモデル事業の振り返りを行う予定なので、それらの結果を踏まえ、あらためて回答する。

(平元委員) 東部病院が受け入れた症例をみると、5 回以上断られたケースの受入があるが、救急隊は、「東部病院は何でも受け入れてくれるから、どのような症例でも搬送して大丈夫」と捉えているようなことはないか。

(事務局) 救急隊には、通常搬送の病院選定については今までどおりの方法で実施するように説明している。東部病院との打ち合わせの中でも、選定をしないで搬送してきてしまうケースが増えることを危惧する声があったが、現時点では通常の選定のルールどおり実施している。

(平元委員) 搬送困難事案については、いきなり東部病院に電話照会はしないで、他の病院に電話照会をして、東部病院を残しておいて、何回か断られた場合の最後に東部病院に照会するという事になっているのか。

(事務局) 通常の病院選定どおり電話照会していただくルールなので、例えば、通常 3 回目で東部病院に照会するという事であれば、そうしてもらっている。

(田口委員) 実際にやってみると、次の連携病院があるという安心感があるが、現実には難しい面もある。というのも、連携病院の転院受入が思ったより機能していない。病院と行政の双方の努力がもう少し必要だと思う。

また、搬送の面に関しては、救急隊が搬送困難事案をどんどん送ってくるのではないかということについてだが、照会回数 5 回以上の事案に関しては以前より増えている。ただし、1 回、2 回の受入照会についてはそれほど変わっていない。今後検証が必要だが、連携病院への転院システムがスムーズに機能すれば軌道に乗るのではないかというのが、開始後 2 か月の印象である。

(恩田委員) 連携支援モデル事業の助成金について、医療政策上、助成金を出すことは受入側の連携病院にとっては有用なことだと思うが、何件ぐらいの受入を想定して、どのぐらいの予算が必要かに関して、横浜市はきちんと積算しているのか。

また、ヒアリング・アンケート調査結果について、アンケートの回答率が 100% と高いのは、二次救急医療体制参加病院みんなが困っていて、病院の現状を知ってほしいからだと思う。調査結果に関して、統計的なデータの解析はされているが、意見に関してはそのまま添付されている。病院の生の声を提示したという説明があったが、この意見をどのように病院にフィードバックするつもりなのか。また、意見はまとめた方が良くと思うが考えを聞かせて欲しい。

(事務局) 前段のモデル事業について、診療報酬の中に、救急搬送患者地域連携紹介加算というのがあり、その考え方に準じてモデル事業の助成金額を設定し

ている。国の診療報酬点数が変わった時は、助成金額の変更について考える予定である。

また、モデル事業については、実際、行政も連携病院等に出向いて話を聞いているが、受入にあたって考えて欲しいのは、1万円とか5千円とかの金銭的な問題ではない、とも言われている。金銭的な部分とそれ以外の部分のどちらに重点を置くかも含めて検討を進めていく。予算は前年同様、年間1千万円で件数は660件を想定している。

2点目の質問については、今年度も新たな二次救急医療体制に関して各病院にアンケートを行い、結果をまとめた。確かに、様々な厳しいご意見やご要望もあった。数字上の統計結果とつき合わせると、統計全体の傾向といただいた個別のご意見とは必ずしも一致しない部分もあった。しかし、各病院の現場からのご意見には、当然しっかり耳を傾ける必要がある。PDCAサイクルを循環させていくことが大事だと考えている。

3月に二次救急医療体制事業への参加医療機関にお集まりいただく機会があるので、アンケート結果をご紹介しながら、行政の考えについて示していきたい。

(森村委員) このアンケート結果、ヒアリング結果はものすごく重要な、いわば宝の山で、改革のためのヒントがたくさん入っている。しかし、生の声のまま読むと、ひとつひとつ大事なことはわかるが、点になっているのでどこに問題点があるかが分かりにくい。そこで提案だが、これを線とか面にするようなテーマ別にわけていただけないか。

例えば、①プレホスピタル。病院前に関わることでどういう問題があるのか。②インホスピタル。院内の体制に関してどういう問題があるのか。また、③病院間連携。夜間急病センターや二次救急病院等と三次の救命センターや他の専門施設との病院間連携に関してどういう問題があるのかというようにテーマ別に整理していただく。さらに、疾患別や年齢別についても、様々なご意見をいただいているので、そういった区分で整理をしていただくと、こういう整理をしているのだと回答してくれた病院にも伝わると思う。また自分がヒアリングで話した問題はこういう位置づけでの課題となっているんだなとか分かれば、以後のこの会議のあり方や問題点の収集にもやりやすいのではないかなと思う。材料をうまく使っていたきたい。

(事務局) そういった整理をしていきたい。

(高井委員) 救急医療情報システムの概要について、各病院が救急受入停止情報を提供するということが、どういう時に救急受入停止をするかという要件はあるのか。

(事務局) 今、医療機関の先生方にもアドバイスを受けているところ。ベッド満床、処置中、オペ中とか、いくつかのパターンを想定している。

(高井委員) 例えば処置中でも、重症の処置中とか軽症の処置中とか色々ある。現在は、救急隊員に電話で何とか受け入れてくれと言われたら、多少無理しても受け入れているが、病院の受入可否情報をパソコンから事前に登録できると、病院が安易に受入ストップを登録して、搬送先がほとんどなくなる事態が起こるのではないかと。特に、最終的にはどこか引き受けてくれる病院があると思うと、自分の病院は受入を断っても大丈夫という気持ちになるのではないかとという点が気になる。

(事務局) このシステムは、あくまでも救急隊へ情報提供するもの。救急隊が病院に受入要請の電話を掛けるときに、病院の受入可否の情報を見て、できるだけ無駄うちがないようにしたい。それ故、必ず受入可能な病院に電話しなくては行けないということではなくて、受入困難との情報があっても電話する場合もあると思う。

ベッド満床に関しても、単純なベッド満床ではなくて、男性ベッドが満床とか女性ベッドが満床とか、そういった細かい区分が必要との意見を伺っているので、そうした点も踏まえてシステムを構築していきたいと考えている。

(森村委員) 救急医療情報システムの趣旨はすごくよく分かるし、こうした病院情報のデータ収集はすごくいいと思う。病院間の連携もしやすくなる。しかし、以前から他都市でもこの手の情報共有システムに関して数々のトライアルがされているが十分に機能していない。そのような状況で、今、横浜市として情報共有したほうがいいと思うのはなぜか。

医療現場では受入可否を○か×では表現しきれない。○か×で入力するシステムが一番の問題。次に、誰が入力するのかということがとても大きな問題で、医師や看護師が入力するのは無理だと思う。現状は、全部×(全診療科が受入不可)でも救急隊から受入要請の電話がくる。今までの経験で言うと、いくら×にしても、「先生のところしか受入は無理なのでお願いします」といって救急隊から電話がかかってくる。そうなると、莫大な予算を投じた効果が出てこないのではないかと。○か×かという単純なシステムを作ってしまうと、病院も救急隊も利用しなくなりうまくいかない。

では、代案はどうかというと、リアルタイム性というのがすごく大事。つまり初めから×(受入不可)にすると、委員の先生の懸念されていたことが絶対起こる。一回入力すると、状況が変わってもずっと×になってしまうから、重症患者数などの情報や詳細を文書で提供できると良い。

様々な自治体がこの情報共有システムの工夫にトライアルしている。例えば、

東北大学の連携室が、周辺の病院に朝と夕方に電話をして情報把握をしているが、それでも 12 時間おきぐらいの情報でリアルタイムにはなっていない。このシステムでは、リアルタイム性をどこまで求めるのか。

更に、現場の救急隊が使うように考えられているのならば、かなり現場の救急隊に負担がかかるのではないかと。重症例であればあるほど、現場でやらなければいけないことが多いので、救急の指令本部で、こういったものを一括で入力するという考え方もあるのではないかと。現場で処置をしながら、病院選定は本部で行うという方法も取り入れても良いと思う。それであれば、○か×だけでも何とかいけるかもしれない。

(事務局) 誰が入力するかについては、病院ごとに異なると思うが、これから各参加病院にアンケート調査を行い、現状の県システム等には誰が入力しているかを確認する予定。それを踏まえて、入力方法の省力化等について検討する。

リアルタイム性については、救急受け入れストップの入力はできても、解除は忘れてしまうという意見があったので、ストップ入力後一定時間経過したら、自動的に解除する仕組みを考えている。自動解除後まだ停止の必要であれば、もう一度ストップ入力していただく。

また、このシステムの画面に関しては、救急隊が現場でも見る事ができるし、司令センターでも見る事ができるので、運用開始後に、運用方法について再検討できると考えている。

このシステムは救急隊のために、救急隊の負担にならないような形で情報共有することを目的として考えているので、負担にならないようなことで運用を考えていきたい。

(森村委員) ○か×かの入力方法の代案として、重傷患者の受入状況把握については、その病院に今、軽症 5 例、中等症 3 例、重症 1 例が運ばれているなどということだけでもわかると、選定側はわかりやすい。そういった形でもご勘案いただければと思う。

(鬼頭委員) 病院の管理者は、○か×でなくて、いろいろ確認してからでないといけない。例えばオペ中なら、あと 10 分で終わるということもあるわけで、そういうことを、○か×だけではなくて、もう少し詳しく情報提供できるようにした方がいいのではないかと。思う。

(渡邊委員) 救急隊の現場での活動時間は、検証データの中でも、20 年度と 23 年度を比べると長くなっている。救急医療情報システムでは、救急隊が情報登録をするということになっているが、5 回以上断られた場合、1 回断られるごとに、ボタンを押してどうだったかということを入力されることを期待されているの

か。しかも、それを現場で入力するのか。

そのあたりは、どのようにお考えなのか。救急隊の現場での作業の負担が広がるのではないかと懸念している。

(事務局) このシステムは、基本的には救急隊の負担ではなく、救急隊が病院選定をする際の支援をするシステム。救急隊に負担がかからないような入力の仕組みを考えている。例えば、救急隊の情報管理に関しては、携帯電話に表示された病院の電話番号をクリックすると自動でかかるようし、電話終了後に表示される。受入状況のボタンを一回押せば、登録できる簡単な仕組みを考えている。

(田口委員) 救急医療情報システムは良いが、病院と救急現場で一番問題なのは、受入困難事案を解決すること。リアルタイムに受入不可と情報提供していても、現場の状況でお願いすることもあるという話が出たが、現実的には搬送困難事案の受入はうまくいっていない。やはり、受入不可になった場合、病院選定時間は長くなってしまう。それをどう解消するかということが大きな課題だと思うので、戦略方策をひとつ考えられた方がいいのではないのかと思う。

また、救急隊が持っている情報は、病院サイドでは参照できるのか。病院は情報を提供するが、市内の救急医療体制参加病院全体の情報が参照できるシステムになっているのか。すぐにではなくても、将来そうなる方向に予定としてはなっているのか。病院側が情報だけ出して、救急隊だけが把握できるというのは、一方通行的なことになってしまうと思う。

(事務局) 救急医療体制に参加している、他の病院の状況も見られる方向で考えている。参照範囲はIDとパスワードで制限をかけられるので、現在、どこの部門がどこまで参照できるかを調整しているところ。

(根上委員) 救急隊情報管理機能で救急隊が情報を入れるということを、全病院が同意し納得しているのか。

(事務局) このシステムは、救急隊が様々な病院前情報を登録するというイメージではない。神奈川県救急医療情報システムに登録した情報の一部を横浜市に提供いただき、その情報にプラスしてリアルタイムに生きた情報として活用したいということ。神奈川県から提供された情報を生きた情報にするために、各医療機関で、何らかの情報発信をしていただく。これがうまく機能すれば、救急隊の情報選定に役立つのではないかと考えている。しかし、どこまで浸透するか、現実的な問題もある。

また、救急隊が実際に病院照会したときに、何らかの事情で受けられないというケースがあったとき、それを他の救急隊にも情報提供できるようなメニューを

設けた。こういった情報をいれるかという作り込みは設計段階のため、消防局や医療機関と相談しながら進めていきたい。

2 横浜市外傷診療状況調査の結果について

(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書(案)」について説明。

(今井委員) 保険会社ではこうした調査をやっているのではないか。病院の過失なので裁判になっても保険金を払わないとかに、こういうデータを利用したりしないか。

(森村委員) この調査結果は、あくまでも病院の診療の質の評価指標であって、これが10%だからダメとかではなく、あくまでも努力目標で、今この地域が30%ならば、来年はこういう体制を変えたら20%になるといった物差しになっている。悪用するという考え方もあるかもしれないが、そういう意味合いで調査はしていない。

(鬼頭委員) 北部医療圏は患者数が多い。受入病院との関係がわかる。例えば北部が少ないとか、この地域に外傷診療を強化したら良いのではないか、ということがわかる。また、助かるかもしれない症例をどうやったら助けられるか、というデータを出せないか。

(森村委員) 一番目に関しては、データで出るし、そういった他のプレビューはできる可能性はあると思う。ただ、現時点での感触では、場所によるバイアスはないような感じだった。

二番目は、ピアレビューという同僚審査では、全部で5個か6個くらいのエリアに問題点を分ける。プレホスピタルの体制に問題がなかったか。選定先医療機関の選択に問題がなかったか。院内の体制の中で、もともとスタッフィングがよくないとか、輸血の対応が遅いとか、例えば、骨盤骨折に対応できる放射線科の医師が、オンコールで到着に1時間以上かかってしまうとか。そういう院内体制に関することと医療スタッフの手技の問題。気道管理ができていたか、人工呼吸ができていたか、ディシジョンメイキングできるか、オペレーションの人が来るかとか、いくつか決まった項目がある。それぞれのどこに問題があるのかというのを、個別の同僚審査で最終的にチェックするので、おかしい部分があれば、そこを体制強化すべきと評価する。

(平元委員) 予測外死亡の、予測生存率が0.8以上のケースで亡くなられている

ケースが結構ある。そういったところをどうすればよかったのかを、一般の救急病院にフィードバックしてもらえれば。おそらく感染症という場合もあると思う。そういうものまでも、最初の段階で、重症感染症が起こってしまったケースも、数にいれたかどうかというところとか、フィードバックしてもらえればありがたい。

(森村委員) そういった形でフィードバックしたいと思う。

現時点で、17例を同僚審査した結果、2つ問題点があった。

ひとつ目は、高齢者で、バイアスピリンとかバツファリンを飲まれているケースは、多くは負けている。それと、頭部外傷。

もうひとつの問題点は、尺度としたものが、1980年代の米国のデータベースを基にアメリカが提唱した物差しだということ。その頃は今のような高齢化社会ではないので対象者の年齢が低い。今、学会なども中心話題となっていて、70～80代で予測生存率の値自体が変わってくるだろうと思っている。そうなると、もっと少なくなると思う。あきらかに悪いというケースはほとんどなかった。それでも、フィードバックできる内容はまとめて出させていただく。

(根上委員) 平成22年の日本全国交通事故死では、横浜市の交通事故死亡数は非常に少ない。4600人に対して62人は極端に少ない数字で、横浜市内で、交通事故で亡くなる人は、全国平均に比べて半分以下。

今回は、結果的に死亡したが、死ななくて済んだかもしれないという調査がされているが、実際には助かったが、放っておいたら死んだかもしれないという調査はあるのか。

(森村委員) ある。もう一つ高いレベルの指数評価で予測外生存例(アンエクスpekテッドサバイバー)という。我々の治療が良かったのではないかという調査。ただ、報告自体少ないのと、物差し次第なので、学会の中でもまだコンセンサスが得られていない。

(根上委員) 自分が止血をしなければ、その患者は亡くなっていたのではないかという経験がある。そういう意味で、助かっているけれども亡くなっていたかもしれないという調査もしてみても良いのではないかと思った。

(平元委員) 交通事故死とは24時間以内の死亡。なんとか24時間維持して24時間を超えたものは交通事故死の統計にのらない。しかし、1か月以内の死亡事故というと、ほとんどの状態が出てくる。今後、こうしたことを全国的に進めていく流れを作ってくれるよう先生にお願いしたいと思う。

(吉井委員) このデータは、重症度をみるために2つの側面から評価をしている。

ひとつは、救急病院に到着時の全身状態つまりR T S、血圧はどうだったかをみる。もうひとつは、I S Sつまり多発外傷で、解剖学的にどのくらいの重症の外傷かをみる。横浜市に調査を実施してもらったひとつの意味は、救急隊が現場に到着したときの全身状態がどうだったのか。更に、搬送時間はどのくらいだったのか。実際には、生理データはどうだったのか。外傷死に関して何かできなかったのか。そのあたりのことが非常に重要であると思いお願いしたのだが、これからそういうデータも含めて検討してもらいたいと思う。

（平元委員）高齢者のところで、頭部外傷というのは会話が成り立っているのに、あっという間に急性硬膜下血腫で亡くなってしまうケースが多い。どんなに頑張っても、C Tスキャンとっていたりしても30分位したら急変するケースが結構ある。だから、年齢を分けて分析するとずいぶん違うような印象を、先生の話からも伺えた。

（森村委員）ワーキンググループからのお願いで、こうして得られた貴重なデータや知見を、専門家の中で、いわゆる学会で報告し意見をいただくことを今後していきたいのだが、良いだろうか。

（事務局）本日出している資料は、この後、本市としても公表するデータとなる。当然個人情報についてはセーブがかかるかもしれないが、専門家のご意見をいただく機会に使っていただければと思う。

以上