

2008（平成20）年8月11日奈良県地域医療等対策協議会
第2回救急医療部会

午後3時00分～17時45分

杉中補佐： ただいまから、奈良県地域医療等対策協議会第2回救急医療部会を開催させていただきます。皆様方におかれましては、大変お忙しいところ、本日の会議にご出席をいただきましてありがとうございます。本日、司会をさせていただきます奈良県地域医療連携課の杉中と申します。どうぞ、よろしく願いいたします。失礼して、座って進めさせていただきます。

まず、お手元に配付しております資料の確認をさせていただきます。会議次第、出欠表、本日の配席図、それから先生方には第3回部会の日程調整シートをお配りしております。これは、既に先生方にはお送りしておりますペーパーですけれども、確認のため再度入れております。それから綴じております資料一式でございます。以上でございます。配付漏れはございませんでしょうか。

なお、本会議は奈良県審議会等の会議の公開に関する指針によりまして公開となっており、報道機関の取材及び傍聴をお受けする形で運営されます。傍聴の皆様、それから報道機関の方に関しましては、注意事項をお守りいただきますよう、よろしく願いいたします。

それから、委員の皆様の出欠でございますが、本日は県立医科大学精神医学教授の岸本委員、それから市立奈良病院総合診療科部長の西尾委員、ハートランドしぎさん理事長の竹林委員がそれぞれご都合によりまして欠席されています。近畿大学奈良病院の尾鼻委員につきましては、少し遅れる旨連絡をいただいております。

続きまして、前回ご欠席でありました先生の紹介をさせていただきます。北村クリニック院長の北村栄一先生でございます。

それから次に、本日、耳鼻咽喉科に関する救急体制について、奈良県の耳鼻咽喉科の先生方からのご提案と言いますか、現在の状況をお聞きするためにオブザーバーとして県立医科大学耳鼻咽喉科学講座の細井教授にお越しいただいております。よろしく願いいたします。

それでは部会長の榊先生に議事をお願いいたします。

榊部会長： 榊でございます。先生方あるいは関係の皆様方、お忙しい中、第2回の救急医療部会にご出席いただきまして、どうもありがとうございます。前回、第1回目が開かれていろんなご意見が皆さん方から出ました。今回はその第1回で得られた議論につきまして、特に問題があったものをピックアップさせていただいて、それについて、もう少し突っ込んだ議論をしていただいて、今後、どのように実効性を高めていくかということを議論していただきたいと思っております。

まず、事務局から配られています「第2回救急部会」という資料について、杉中さん、説明をよろしくお願いいたします。

杉中補佐： それでは、ご説明いたします。本日は、先ほど申し上げましたように、耳鼻咽喉科学講座の細井先生にオブザーバーとしてお越しいただいておりますけれども、先生のご都合もございまして、耳鼻咽喉科関連の資料の説明から先にさせていただきますと思います。

資料の23ページをお開きください。耳鼻科の救急に関しまして奈良県内の耳鼻科の先生方から県に対して救急体制の整備に関する要望や提案を頂戴しておりまして、その関係で本日は細井先生にお越しいただいている次第です。まず、事務局で作成いたしました資料をご説明いたします。

23ページですが、これは実は前回も注釈部分を除きまして同じ資料をおつけしておりますけれども、県立医科大学附属病院での耳鼻科救急患者の状況を、細井先生に救急日誌等を拝借いたしまして一覧にさせていただいた資料でございます。ご覧いただいてもわかりますように、年末年始ですとか、あるいは連休というところで患者が集中しているという実態となっております。

次に24ページから26ページにつきましては、近畿府県におけます耳鼻科に関する一次救急施設に関する状況でございます。現在、京都府、大阪府、兵庫県それから和歌山県におきましては、市町村の休日夜間応急診療所で、耳鼻科救急を取り扱っておられます。奈良県に関しましては、休日夜間診療所において耳鼻科の診察を今のところやっているとこころはないという状況でございます。

最後に、27ページでございますけれども、これは一時救急をやっております大阪市の急病診療所で、平成18年度1年間に受診された患者さんの傷病別の患者数に関するデータです。非常に件数の多い症例等がございまして、中耳炎、外耳炎、出血、副鼻腔炎、咽頭炎、喉頭炎、扁桃炎といったところでの受診の患者さんが多くて、これで全体の4分の3程度を占めているというような状況となっております。

なお、これは耳鼻科の話だけではございませんですけれども、新たな救急体制を今後この部会あるいは奈良県内で検討する上では、この部会で必要性をご議論いただくことはもちろんでございますけれども、別に行政としての役割分担を整理する必要がある。県と市町村の役割分担といった整理もまた今後必要になるのかなと考えております。説明については以上でございます。

榑部会長： ありがとうございます。医科大学での耳鼻咽喉科の救急患者ですけれども、1年間にここに書いてございますように1,300人、1,400人近く、これは医科大学全体の救急で年間約1万5,000人の患者さんが来ていますので、そのうち10分の1近くを耳鼻科が受け持っていたいただいているということで、これは近隣の耳鼻科の時間外診療がないというのが大きな現実だと思います。まず、細井先生の説明をいただいて、各委員の先生方からご意見をいただきたいと思います。細井先生、よろしくお願ひします。

細井教授： 本日は、耳鼻科の事情を説明させていただく機会を与えていただきまして、本当にありがとうございます。

実は10年前に大阪から来て驚いたんですが、耳鼻科の救急体制が奈良県ではない状態でした。何とかしようと耳鼻科医が集まると県の方にもお願ひしておりましたが、展望が開けなかったわけです。ここでは、3つの事情をお話ししたいと思います。

まず第一は、耳鼻科は生命にあまり関係ないんじゃないかと思われている節があるんですね。ですが、この27ページの大阪市の一次救急の統計を見ていただきますと、ここの下の方ですね、喉頭の疾患というのがありますね。喉頭蓋膿瘍、急性喉頭外炎などは、まあ2、3時間でお亡くなりになる場合もある疾患でして、気管切開等の適切な処置をしなければなりません。内科の先生を受診されてトラブルになっている

こともあると思います。まあ、大丈夫だろうということでお帰しになったら、もう2時間後には亡くなっていると。もちろん耳鼻科でさえ、こういうトラブルがある疾患なんですね。ここに奈良医大耳鼻科の当直日誌を持って来ています。奈良医大耳鼻科に1日に54人も患者さんが来られた日があります。救急の中にはこのような生命にとって危険な疾患も含まれているので、気管切開という緊急手術も結構あります。今まで、たまたまトラブルもなく何とかぐり抜けてきたわけですが、奈良県内でそれこそ何かが起こったりしますと、すべて医大へ来ます。軽症も重症も医大へ来られます。耳鼻科に関してはたらい回しという言葉がないんですね、医大しかないんです。重症の入院患者さんを診ている当直医がこれとは別に54人も救急外来患者さんを診ている日もあるのです。

耳鼻科の救急と言いますと、先ほどご紹介があったように4分の3が中耳炎とか、場合によっては耳がかゆいとかいうことで来られますので、どうしてもそれに覆い隠されるんですが、4分の1が相当重大な疾患ですし、命に直結して極めて危険な疾患もあります。そういうご理解をしておいていただきたいということと、もう一つは、鼻出血などのように、耳鼻科医でしか治療できない疾患があるんですね。そういうのはすべて耳鼻科へ回ってくるんですが、これも全く救急体制がなくて、全員奈良医大に来ているというのが現状、この数十年そうなんですね。で、若い先生が頑張ってくれているわけですが、そろそろ限界に来たと思っています。まず、第一点は耳鼻科の疾患についてのご理解、非常に極めて危険な疾患が、生命に関して危険な疾患があるということです。

それから二番目ですが、奈良医大でたくさん診ているという話をしましたが、先ほどお話があったように23ページを見ていただきますと、1日に54人診た日があるんですね。先程申し上げたような生命に直結する患者さんが54人も受診されれば、それを1人や2人で診られるわけがないのです。ここで何が問題かということ、一次から三次まで、極端に言うと耳がかゆい人から死にそうな人まで区別なく医大に来られます。54人の中にいろいろな軽症度の方が混じっているということなんですね。その中で危ない人だけを診るというわけにはいきません。まず危ないかどうかを選別することが必要なのですが、すでに医大耳鼻科救急に来られた方をスクリーニングする方法がないわけです。第2点目はそんなことで、一次、二次、三次すべて一つのところで行なっているために、軽い疾患10人と、重度な疾患1人が混在している。軽度か重度は診察した結果なので重度が後回しになる可能性があるという、極めて危険な状態なんですね。今まで何とか当直医以外の医師の応援を求めたり、正月など休日ですと休んでいる者を呼び出したりというようなことで切り抜けてきたんですが、これがいつまでも続くかということ、非常に危なくなってきたなというのが第2点です。

3点目は、先ほどもありましたように、奈良県以外では救急体制があるということです。和歌山県も相当前からセンター方式、つまり、行政が作った診療所に開業の先生も含めて輪番制で出務されておられる。勤務医だけだとまた相当な回数になりますので。和歌山県や大阪市の例を挙げていますが、大阪市はもう30年以上前からやっていますし、和歌山県ももう10年以上前からやっております。そんなことで、他府県がやっている中で、全然やっていないのは多分奈良県だけだと。滋賀県はちょっと

うまくいったりいかなかったりというところがあるようなんですが、全然というのは奈良県だけだと思います。そんなことで、一つ目は耳鼻科には重篤な疾患等があるということ。それから2番目は、重篤な疾患と軽い疾患の区別をつけるのも奈良医大の耳鼻科でやっているし、重篤な疾患の治療も、その後の入院も奈良医大でやっているし、耳がかゆい人もまた奈良医大で治療している、こういう状況なんで、やはり一次のセンターをつくっていただきたいと思っています。

3番目が耳鼻科の救急体制がないのは奈良県だけであると。そういう状況をご説明して、何とか先生方のお力をいただきたいと思ってまいりました。ここには歯科の先生はおられないかもしれませんが、センター方式で新たにするとき、現実には、歯科の応急診療所が結構あるようなんですね。で、耳鼻科を開設するための設備投資がゼロというわけにはいかないかもしれませんが、大学でも歯科と耳鼻科は同じ場所で救急をやっています。診療設備の根本的なところ、つまり吸引とか必要設備が似ていますので、歯科の先生のご協力があると思うんですが、場所と設備のタイムシェアリングのような形ででも出来ないかと思うんです。これは想像ですが、両科ともずっと患者さんが続いているということはないんじゃないかと思うんですね。そうすると、耳鼻科に患者さんが来られたら耳鼻科が診て、歯科に来られたら歯科が診てというようなことが可能んじゃないかなと思っています。

いずれにしても、耳鼻科医が奈良県で望んでいるのは、他府県、和歌山県ぐらいのセンター方式で、そのセンターへ開業医も勤務医も耳鼻科医全員が順番に出務して診察するというようにして、二次は医大で受けるということがよいと思います。実は、他府県はどうなっているかという、一つの病院だけで二次を受けているんじゃないかと、大阪の場合は5つの大学病院と10ぐらいの大きな病院が輪番で、二次救急に参加しています。ですが、第一歩としては、とにかく一次だけでも輪番をお願いしたい。二次は現在のところは奈良医大で受ける覚悟ですが、将来的には二次も大きい病院も参加した輪番制が公平でいいんじゃないかなと思っています。よろしくお願ひします。

榊部会長：先生、どうもありがとうございました。今、細井先生の方から解決策というものも含めてご説明いただきました。確かに、救命を要する症例、例えば異物を気管に詰めたというような重大な患者さんから、耳がかゆい程度の患者さんまで来られているこの現状ですので、一つの解決策として、夜間・休日診療所にある、例えば歯科の診察装置などを併用させていただいて一次救急をやったらどうかというようなご意見が出ました。今、細井先生がおっしゃった件について、各委員からご意見をお伺いしたいと思いますが、いかがでしょうか。奥地委員、どうぞ。

奥地委員：細井先生のご説明のとおりでございますけれども、救命センター、救急科も今は耳鼻科でメインにこういった耳鼻咽喉科の救急を診てもらっていますが、3年ぐらい前までは救命センターでもかなり診ておったと思います。特に、正月、年末年始は急病で大分診ておったんですが、救急科の臨床研修医が物すごく減った時期がありまして、そのころから先生にお願いして、大部分がもうそちらへ行っているというふうな状況であります。ですから、この一次から三次までの耳鼻科救急というのも大変だということは、もう本当に十分、重々認識しておりまして、先生のご提案も無理のないことだと思います。で、やはり一次

をそういうふうな形で休日・夜間をやるとなると、医師会の先生方のご協力をいただいて、当番制か何かそういうふうな形で持って行って、場所だけはどこかでつくっていただくというふうなことが必要だなと思いますし、奈良県の耳鼻科医会と言うんですか、そういったところの協力というのは、もうこれは得られるような状況なんでしょうか。

細井先生： 実は、この一週間ぐらい前に知事に実情を説明に行ったんですが、そのときは、むしろ耳鼻科医会の会長が中心になりまして説明しました。耳鼻科の団体は、日本耳鼻咽喉科学会の奈良県地方部会と、奈良県医師会の耳鼻咽喉学科部会、これは私が会長をしています。で、もう一つ、耳鼻科医会というのがあります、これは開業の先生が中心なんですね。で、救急担当の大橋先生も医会の中心メンバーです、それから医会の会長と私とその大橋先生でこの活動しているわけで、医会の開業の先生も先頭を切って今、そういう陳情をやっているという実情です。

榊部会長： ありがとうございます。救急搬送の現場です、耳鼻科がその診療をなかなか受けられなくて困るというのは、現実の問題としては、把握されているのか、ちょっとお伺いしたいと思います。

眞井委員： 具体的な数字は、今すぐ出ないですけども、救急隊から意見を聞くに当たりまして、専門的なところの耳鼻科、眼科とかが、いつも病院手配に手間がかかるというのは聞いております。けれども、具体的なところの数字は今のところ出ていません。常に眼科、耳鼻科は苦慮する選定の対象にはなっているみたいですが、はい。

榊部会長： 今、細井先生から休日の歯科の診察の道具を併用できるんじゃないかというお話しなんですけど、休日の歯科の応急処置を行っているところは何カ所ぐらいあるんでしょうか。事務局の方でそういうデータはありますか。

杉中補佐： 市町村の方では、現在のところ奈良市、天理市、大和高田市の葛城地区、それから三室の休日診療所、橿原市の夜間応急診療所、この5カ所で日曜、祝日の昼ですね、昼間で若干時間のずれはありますが、5カ所で歯科の診療をやっておられます。

榊部会長： 細井先生が言われた歯科のところを耳鼻科でも対応できるように休日診療所をバージョンアップしないといけないと思います。それから、もう一つは、そこで対応される医師が、本当に開業医ということが言えるのかどうか、今、細井先生が言われたように、耳鼻科の応援体制というか、開業されている先生方の輪番体制を組んでいただくとか、そんな問題は、先生、解決できそうですか。そこも問題があるところだと思うんですけど。

細井先生： それは先ほども言いましたように、この救急の話は、勤務医側の意見ではなくて、開業医の先生が中心の医会側もそれはやろうということになっています。

榊部会長： 細井先生、他府県のやつを見ますとね、例えば、これは調べてもらって、現実はずっと多いのかどうかわかりませんが、例えば、京都府のデータだと左京区で1カ所とか、大阪だと西区で1カ所と、要するに1カ所しかやっていないというふうなデータなんですけれども、現実には、例えば奈良県だとそういうふうに1カ所で済むのか、あるいは2カ所必要なのかとその辺もあると思うんですけど。

細井先生： 大阪でも1カ所なんですね、人口の多い大阪で。一つあるということは、相当助かるんですね。現実には2カ所がいいのですが、今度はローテーションに参加する耳鼻科医数の問題で、耳鼻科医が少ないから出務回数が増えすぎることになるかも知れま

せん。ですから、始めるのは1カ所でいいんじゃないかと思います。それは橿原でもいいと思うんですね。と言いますのは、大阪も西区一つなんですけど、大阪府といっても和歌山に近いところなんか物すごい時間がかかるんですけど、だけどもあればそこに行ってくださいと言えるんですね。ないと医大に行くしかないだろうと、こういうことになります。地理的には奈良市にも一つということもあるんですけど、むしろ今の状況を考えると橿原市の方がいいかもしれません。もし、何かあったときに、一次と二次の奈良医大との連携も取りやすいので、1カ所あるということが非常に重要だと思います。

榊部会長： ありがとうございます。ここには、自治体の代表者というのは来られていなくて、これは全体部会のところでまた投げかけていくことになっていくのかなと思うんですが、先生の今のお話だと、例えば、橿原市の休日診療所に耳鼻科の輪番で置いてもらって設備は歯科のものを併用というか、それでやれるんじゃないかというご意見ですけれども。

細井先生： 耳鼻科と歯科の設備は共通のところがあり、場所は一緒で行えると思います。医大も救急は同じ場所です。

榊部会長： まあ、そういうことで、もうちょっと設備を充実させれば、大きな機器の導入をしなくてもいけるんじゃないかという意見を出していただいているんですが、この意見について、ほかにどなたかご意見はないでしょうか。

山本委員： ちょっとお伺いしますが、このいわゆる耳鼻科とか、そういうふうな形での疾病の行動につきましては大したことのないようなことから重傷な、いわゆる外科的な処理をしなきゃいけないというふうなことまであるということでございまして、日常的には、休日とか夜間のことが問題になっているのですが、昼間は一応ちゃんと対応できておるというふうに考えてもいいんでしょうか。例えば、今の開業医の先生方というのは、本当に耳鼻科を開業しておりましても、時間が来たらどこか自分の家に帰って、診療所から帰ってしまうと、そういうふうなのが非常に多いような、いわゆる診療所の体質というものがあるように思うんですけどもね。そういうのは、影響があるとは言えないでしょうか。

細井先生： 平日昼間の話ですが。開業の先生、多くの病院が開いています。開業医は朝開けて夕方開けるというパターンが割に多いと思います。昼間は、例えば大和高田市民とか医大以外の病院にも医者はおりますから、対応できると思います。どうしても休日・夜間、医大の負担が過大になるというのが実情で、平日昼間をどれでカバーしようということは休日夜間の問題の後に考えられることになると思います。

山本委員： そういう場合に、今、耳鼻科のいわゆる何て言いますか、会員と言いますか、そういうふうな医師会と言いますかね、耳鼻科の医師会なんかでそういうふうな対応を考えておるといふふうに理解していいわけですね。

細井先生： 平日は、現状でもそこそこ対応していると思います。

山本委員： 休日等に対しても。

細井先生： 休日等に対しては、私も、勤務医も開業の先生も一体でして、耳鼻科については、センターをつくってそれぞれの会員が、勤務医も開業医も順番に執務してそれに当たろうということなんですけど。

山本委員： じゃあ、それがもう現実に実施されているんですか。これからですか。

細井先生： 現在、救急の場所もシステムも無く、それを今お願いしているわけです。

2カ所ぐらい設けていただいて、協力してくださいというようなことでいいんでしょうかね。まあ、二次の輪番というのは、これは耳鼻科に限らず、いろんなところの二次の救急をどうするかというのも絡んできますので、そのあたりは、後のところで協議したいと思いますけれども。どうぞ、武末委員。

武末委員： この委員会としては、多分、その方向性で行っていただければいいと思うんですけども、先生が冒頭で問題提起をされた耳鼻科は生命に直結するのが4分の1を占めるということとは？

細井先生： 4分の3は軽症でも、4分の1の中には生命の危険も伴う重症がいくらかあるということですが。

武末委員： では、その書いてある数はちょっと置いておいて、少ないというふうな認識を持たれているというのが意外と多いんだと。それをきちんと医大で診るためには、医大に来るそうじゃない軽症者をどこかで診る必要があると。2番目には、例えば1日54人診て、その中に軽症、重症もあるのが実態だと。それで、奈良県外には休日夜間システムがあるよということで、結果的にその、この部会では一つつくってみようというぐらいの結論でいいと思うんですけども、ぜひ、先生の方では、耳鼻科の救急というカテゴリーにおいて、その医会の先生方に集まっていたいて、そのトリアージをいかにするのかと、要は、患者さんとか救急隊の方が医大を目指せばいいのか、一次休日急患センターを目指せばいいのかというのがまず一つあると思いますので、それを除外するために、じゃあ、とりあえず橿原の医大のそばにそういうものがあって、とりあえず一次に飛び込んで、必要に応じて医大の方に二次、三次をちょっとやっていくという形でやればいいのかというお話が、多分、一番最初のスタートとしてはいいのかなと個人的には思うんです。ただ、一方で、実は小児の部会でしたが、一次診療を1カ所でやるという議論が、実は数日、先週ぐらいにあったときにですね、そこを一緒にしちゃうと、要はそこにどんどん一般の患者さんまで、いわゆる急患ではなくて、夜間診療というか、表現ちょっと、これがいつも難しいんですが、必要性の低い急患もそこで一次、二次、三次をやっていると、もうとりあえずそこに行けばいいんだというので集まってしまっても大変なことになるということがあるんです。考える必要があるのは、やはりどういう方は急いで来てくださいよと、特に命にかかわるのは、まず来てくださいねという話があるんだと思うし、あくまでも一次と言ってもですね、急患なので、どういう方が急いで来ていただいた方がよくて、どういう方は様子を見て次の日に来ればいいのかということも、多少、議論しておかないとですね、多分、これは私の意見ではなくて、私は最初、小児部会では1カ所でやればいいのかではないですかと言ったらですね、むしろ先生方の方から、現実的にはそうすると、かなり昼間来てもいいような方が、夜半に押しかけるので、それは困りますというようなご意見もありました。

細井先生： その1カ所でやるというのは医大じゃなくて、そのほかの休日夜間応急診療所が3つ4つあるのを1カ所にまとめたらという話ですか。

武末委員： はい、割と近くにあると、とりあえず橿原に走っちゃえみたいな話になって、

細井先生： 現実にはですね、重症救急患者と軽症救急患者それに救急でない夜間受診者があると思うんです。これらの人にあなたは救急でない単なる夜間受診者ですか、軽症者ですかと聞いても、それはわからない場合とわざと来ている場合がありますよね。それは

昔からそうなんです、これは極端な話ですが、私が若いころに、何も悪いところがないが来たという方があって、「じゃあ、なぜ来たんですか」って聞いたら、あした、修学旅行だから悪いところがないか検診にきた」と。そんな状態が現実なんです。ですが、そういう人にあなたは来る必要はないということこれはトラブルになりますね、そもそもそういう人なんだから。だから、やっぱり私が今お願いしたいのは、一次でそれをある程度区別してほしいと。で、今、先生が言われた小児科で三つをするのを一つにするという話と耳鼻科の状況はちょっと違うと思います。とにかく一つで私はいいと思うんですね、耳鼻科の場合は。で、今、先生がおっしゃるのは、小児科では、近所に行ってもらったらいい軽症者が日曜日だから来やすいから来るだろうという話ですよ、今の話は。

武末委員： ということですね。

細井先生： だから、そういう意味では、私は耳鼻科は三つも四つも必要であるというふうには思っていないで、できたら二次である医大の近所に1個あると、そこでスクリーニングしてもらおうとありがたいと、こういうことですので、ちょっと問題が違うと思います。

武末委員： 済みません。ちょっと、専門的な話をここでやっていいのかわからないんですが、中耳炎にしても、中耳炎鼻水という患者さんが少なかったりとか、ここで例示してある鼻出血にしても、止まる鼻出血ですね、ガーゼを詰め込んで押さえておけばいいのと、もう本当にそこをやっちゃうとレーザーか何かでやらないと、いわゆる処置をしないとイケないものから、かなり幅が広いのかなという気がいたしますし、

細井先生： 幅広いですね。

武末委員： 耳鼻科っていうカテゴリー、診療カテゴリーというのはそれこそインフルエンザから鼻出血から、いわゆる喉頭外科的な専門的な処置から、比較的外科の診療科目の中でも幅広く、しかも内科的な疾患から外科的疾患まで、さまざまなものがまざっている中でですね、ちょっと懸念するのは、本当に単につくっちゃうと、本当にその休日急患でつくったセンターが本当に大丈夫かなというところなんです。

細井先生： 大丈夫というのは、どういう意味でしょうか。

武末委員： 本当にいっぱいですね、先生方のお考えとしましては、今、医大に行っているのがそちらの方に行って、本当に重症者だけが診れるから大丈夫だと言われていると思うんですけども、ただ、

細井先生： いっぱい来るんじゃないかということですね、そこですることによって、

武末委員： 多分、通常の休日・夜間センターは、耳鼻科もあるんですけども、内科、小児科が併設されているから、そこがうまく風邪だったら耳鼻科には行かなくてとか、副鼻腔炎の軽いのだったら内科とか小児科でやっちゃっているとか、いろいろやりながらやる中で何とか維持ができています中で、先生は多分違うと思うんですけど、その耳鼻科の領域というのを少し明確にしておかないと、他のところは比較的経験的に振り分けているんですね、内科と小児科と耳鼻科というのを。多分、まだ奈良にそのノウハウが、受診する側にも、多分やる側にもあればいいんですけど、その確認なんです。

細井先生： それは大丈夫なんです。どうしてかと言うと2点あって、一つは他府県でもうちゃんとやっているんです、同じような状況で。ですから、最初はちょっとくらい混乱するかもしれませんが、和歌山県でもやっているわけですから、これはそれほど大きな問題ではない。

の救急疾患について、物すごく重要で、耳鼻科に関してもですね、こういう人は即大きな病院に行かないといけない、こういう人は、例えば応急診療所で、この人は待っても大丈夫ですよというような、そういうトリアージをきちっと啓蒙していくというのは、極めて重要なことです。きちっとしたトリアージに関するような啓蒙活動というものをしていかないと、あらゆる救急の部門で解決がつかない問題です。一方、患者さんからしてみたら、わからないから来たんだという部分もあるし、明日まで待たらいいだろうと思って来たら、何でもっと早く来なかったのですかという話になっても困るわけですね。そういう部分は、やっぱりどうしても、それは医療に携わる者も、それから行政まで含めて、やはりきっちりとやっていかないといけないと思いますけれども、一応、今回の提言である夜間休日診療所に、耳鼻科の救急もできるような場所を提供してください、そして耳鼻科医としても応援しますよという話が出ていますので、そういう方向性で本部会に提言させていただこうと思います。それで時間外の診療所にすればいいのかということについては、後で協議させていただきたいと思いますが、細井先生、そういうところでいいでしょうか。

細井先生： どうも、ありがとうございます。

榊部会長： 細井先生は、今日は時間もちょっとタイトだというふうにお聞きしていますので。

細井先生： どうぞ、よろしく願いいたします。ありがとうございました。

榊部会長： そうしたら、細井先生、どうもありがとうございました。ほかのところについて、また杉中さんの方から説明していただきたいと思います。

杉中補佐： それでは、その他の項目の資料について、ご説明します。前回の部会におきまして、一次及び二次の救急医療機関の充実についてのご意見をたくさん出していただきました。前回の資料で、救急車によります搬送が増えているのに対して、一次救急の休日夜間診療所の患者数が減っているということに関して、一次及び二次救急医療機関の状況をもう少し調べた方がいいんじゃないかというご意見を頂戴いたしまして、以下の資料を作成しております。

まず、1ページでございます。これは県内の休日夜間診療所の体制及び設備に関する調べでございます。このデータは小児科以外の一般救急の開設日の状況でございます。医師以外のスタッフや設備に関しましては、兼務あるいは共用しているというケースがございます。設備等に関しましては、X線検査とかエコー検査は大半の施設が持っておられないというような状況になっております。

次に2ページでございますが、二次救急輪番制病院の診療実績に関する調査で、県から輪番制を実施しておられる市町村にデータの提供をお願いして集計をしたものです。それぞれの市町村によって統計をとっておられる項目が違いますので、資料の2番の来院方法と6番の患者さんの処理以外の項目につきましては、統計をとっておられない市町村があり、報告いただいた市町村のみの集計となっております。従いまして、それぞれの合計の数値が2番、6番の数値より少なくなっているような形になっております。それから、報告いただいた中で、奈良市さんと五條市さんにつきましては、統計をとっておられない項目が多いですとか、あるいは年によりまして統計がないという年があるなどというふうな事情もございまして、それを足し込みますと若干、傾向を見るのに不自然な形になることがございますので、大変申しわけございませんけれども、今日お示ししたデータの中では、

奈良市さん、五條市さんの数字を除いたものとなっております。そのデータで簡単に傾向を申し上げますと、8割以上の方が救急車以外の方法で来院されているという実態があり、その中で入院または転送に至った方は1割を少々超えるというような状態になっております。トレンドとしましては、二次輪番に関しましても、年度ごとの患者数につきましては、少しずつ一次休日夜間診療と同様に減少、若干減少してきているというような状況になっております。

3ページと4ページにつきましては、その状況を傾向が見えるようにグラフにしてお示ししたものでございます。

次に、5ページから7ページの資料でございますが、これは二次輪番当番日における患者数の全国の調査数値です。これは参考としておつけしました。石川県のみデータが入っておりません。データから見ますと、1施設当たり、あるいは医師一人当たりの患者数が全国に比べて奈良県は比較的少ないという数値が見てとれるんですけども、但し、これを参考と申し上げましたのは、この表は救急搬送患者というのを対象として統計をしておりますので、奈良県では二次輪番患者の8割以上が救急搬送以外の方法で来院されている中で、救急車による搬送で来院された2割の中の数字であるということからです。

次に、救急搬送体制に関する資料でございます。この点に関しましては、搬送時の判断がどうあるべきか、メディカルコントロールの体制がどうあるべきか、さらに病院の受け入れ体制に係る情報を的確に伝達するための方策などについて、前回の部会で意見を頂戴いたしました。まず8ページは、奈良県におけるメディカルコントロールの状況です。奈良県では、現在、全県一協議会で運営されておまして、9ページにつきましては近畿の状況でございますけれども、奈良県と和歌山県以外は、地域ごとにメディカルコントロール協議会が組織されているという状況です。

それから10ページにつきましては、救急医療情報システムの救急機関によります利用状況を全国比較したのですが、奈良県は他府県と比べて、主たる照会手段として利用しているという消防本部が多くなっております。

11ページにつきましては、逆にシステムを余り利用していない機関が、その理由として挙げた事項でございますが、リアルタイムの情報でないということが挙げられています。奈良県では、患者の受け入れ決定に至るまでの照会回数が多いことを前回の資料でお示しておりますけれども、この点との関連はどうかということがございます。

次に、12ページでお示しておりますのが、奈良県の救急病院でどれくらいの頻度で病院の応需情報を更新しているか、また、誰が入力をしているかといったデータでございます。更新につきましては、1日2回、それから入力は事務職員が行っているというのが大半の病院でございます。

それから、これも参考資料としてですが、13ページから15ページまでの資料は、厚生労働省が救急患者受け入れまでの照会回数が多かった都道府県、奈良県も含めてなんですけれども、そこを対象にその理由をサンプル調査したのですが、14ページの内訳では、その理由としまして「処置困難である」「ベッドが満床である」あるいは「手術中、または入院患者対応中」などの理由が多く挙げられております。また、15ページでは、ベッドの満床を理由とするものには、物理的に満床であるもののほか、物理的には空床でありますけれども、受け入れができないというような状況も示されております。

次に、救急で受診される患者さんの中にも、救急受診が必要でない患者さんも多いのではないかという議論が、先ほどの耳鼻科のところでもございましたけれども、前回の部会でも、医療資源が限られている中で、適正に救急を利用していただくための方策に関してご意見を頂戴しておりますので、これに関連した資料について説明させていただきます。

まず、救急利用に関するコストを理解する必要があるという意見に関して、16ページでは、少し前の資料になりますけれども、東京消防庁が救急車出動1回当たりのコストを計算した資料でございます。タクシー的な利用もあるといったご意見もある中で、1回当たりおよそこの当時で4万5,000円のコストがかかっているというような計算を示されております。

次に、救急利用のコストを一定の線引きで患者さんにご負担いただく動きに関する資料です。17ページでは、救急医療を利用する場合の時間外選定療養費を徴収している、あるいはそれを検討している機関に関するデータでございます。それぞれ利用がやむを得ないと判断する場合のその徴収の適用を除外する場合の基準を設けております。

18ページは、現在の県立病院の選定療養費の概要をおつけしました。これは救急云々じゃなしに、紹介状をお持ちでない初診患者さんからいただく費用ですけれども、例えば救急の場合、輪番日とか救急車利用によります救急診療時には、一律に徴収しないということになっております。

またちょっと視点が変わるんですけども、資料としてはおつけしておりませんけれども、限りある医療資源を生かすために、県民のご理解が必要とのご意見がございました。広報とか啓発というのは、コストもかかって非常に難しい問題ではありますけれども、この地域医療等対策協議会の部会をごらんになった方が、次のようなことをご自身のブログで書かれているのがありましたので、これを県民の方の一つのご意見として参考に紹介したいと思います。読み上げますと、「開業医、勤務医、看護師、病院関係者そして行政の方々には、今回のように集まり話し合いをし連携し、よいシステムをつくってもらいたい。しかし、私たち住民は、もっと現状を知り、自分たちができることを探らなければ、本当に必要な救急医療は受けられなくなる。結局、私たちがいざというときに困るのである。そのときに、苦情だけを言っても始まらない。」というようなブログを書かれている方がいらっしゃいます。ある意味、力づけられるブログだと感じましたので紹介をさせていただきました。

それから最後に、ドクターヘリの状況につきまして、19ページ以降の資料をご覧いただきながら報告をさせていただきます。まず、現在、和歌山県、大阪府運行のドクターヘリを共同利用できる状況であるほか、救急避難に消防防災ヘリに出動を願っているケースもあるということは、前回の部会でも紹介をさせていただいたところです。今年度のドクターヘリの利用実績は、先週末現在で既に和歌山県のドクターヘリを3回、奈良県から利用をさせていただいております。いずれも和歌山県立医大じゃなしに、奈良県立医大附属病院への搬送をしていただいております。大阪府のドクターヘリにつきましては、まだ利用実績はございませんが、これは現在の申し合わせが搬送先を大阪府内の指定病院としていることなども理由となるのかもしれませんが。消防関係の委員の先生から、この点につきましてご意見がございましたら、後ほどお話いただければと存じます。それから、ドクターヘリに関しましては、近畿に福井県、徳島県なども加えました関西広域連合で共

同運行をしようといった提案も近畿ブロック知事会なんかで出ておりますけれども、今のところ、具体的な話には至っておりません。当面、奈良県としまして、和歌山県と大阪府のへりを利用できる状態ではありますが、大阪府さんからは、具体的な条件を煮詰めた上で協定をきちんと締結したいといった申し入れもいただいております。和歌山県との協定が、奈良県南部山間地域の利用に限定されるのに対しまして、大阪府のものは県の北東部もエリアに入りますことから、これによって全県がカバーできることとなりますので、現在のように大阪府内の指定病院の了解をとってからというような出動要請の簡素化、あるいは県内病院への搬送、費用負担の具体的な問題など、詳細の詰めを事務方で行ってまいりたいと考えております。

なお、21ページにありますように、和歌山県の出動実績が15年度では年間379件とかなりの回数に、ほぼ毎日飛んでいるといった状態であるのに対しまして、大阪府さんのへりは5カ月間で25件、一月当たり5件程度というような利用実績になっておりまして、余り伸びていないということは、やはり主な需要が山間部にあるのではないかというふうに考えております。資料の説明については以上でございます。

榊部会長： ありがとうございます。問題が非常に多岐にわたっておりまして、それを前回ご意見をいただいたものに基づいて資料を作っていたわけですが、これらの点について、ここでちょっと協議させていただきたいと思いますが、今、説明いただいた分について、あるいは全体的なことについて、どなたかご意見ございませんか。無いようでしたら、まず、「県内の休日・夜間応急診療所の体制・設備に関する調べ」というところで、前回も一次救急の充実が全然ないんじゃないかという意見があり、患者さんが一次救急に行かない原因になっているんじゃないかということで、これを調べていただいたんですが、1ページ目でございますけれども、レントゲンはほとんど撮れない、それから血液検査も血糖測定ぐらいしかできない、それからエコー検査も全然できないというのがほとんど、まあ、御所と五條はエコーが可能なようですけれども、血圧測定すら行わないところがあり、これはちょっと信じられないと思います。多分、この患者さんもその応急診療所の状況というものを知っていて、行かないという部分も多分あるのではないかと思います。それからもう一つは、そういうところへ行くよりも、多分、病院に来た方が、特に公立病院に来た方が安くつくというような部分も、私はあるのではないかなと思ったりするんですが、これについてもどなたかご意見はないでしょうか。先ほど、耳鼻科の話も出ましたけれども、こういう部分をもうちょっと充実させて、そこでレントゲンぐらいはとれる、あるいは血液検査ぐらいはできますよというのと同時に、耳鼻科の診療もそこで可能ですよとなれば、患者さんもある程度納得して行ける、受診できるようになると思います。先ほど武末先生がおっしゃったように、例えば、耳鼻科を開けていればそこへ集中してしまって、今度はまたそこが疲弊するというような部分ももちろんあるかもわかりませんが、そういう機能面の部分がやっぱりかなり大きいんじゃないかなというようにデータ上思うんですが、ご意見いかがでしょうか。どうぞ。

奥地委員： 前回も申し上げたかもしれませんが、やはり、休日・夜間診療所はやっぱり充実させるべきだと思います。それで、なかなかこういう設備がうまくいかない理由は、その財源と言いますか、余り儲からないからかなと思うんです。儲からないから設備投資もできないというようなところがあるんじゃないかと思います。それで、さっきの耳鼻科のこ

とも関係するんですけれども、儲からないと、例えば、奈良と橿原にそういうふうに耳鼻科を置いたり充実させたとしても、その財源が橿原市なり奈良市の財源でやっていると、ほかから、桜井なり他の市町村からの患者さんが来るわけで、そういったふうなことになったときに、ほかの市町村の患者さんを橿原の税金、それ以外もあるかもわかりませんが、そういう財源で賄って、それでうまくいくのかというふうなところが一つあります。それから、数がある程度来れば、その収益があれば、わかりませんが、そもそもどれくらいなのかかわからないですけど、やはりそういう経済的な面もあります。何人ぐらい来たらもうこれはプラスになるんだというふうなことであれば、またそれを設備投資に回して、またいけるような気がしますので、そこら辺のベーシックなところの収益性ですね。休日・夜間診療所に関する収益性みたいなものも、やはりちょっと検討していく必要があるとは思いますが。

榑部会長： ありがとうございます。今、出たご意見は、現実の問題として、応急診療所が市町村単位で行われていると。そうすると、橿原市にすれば、近隣の関係のないところから患者さんが来るということになって、その費用を橿原市が負担するというような部分も当然生まれてくるし、でも、そういう夜間・休日診療所というか、そういうところの応急診療所がですね、充実されなかったら今度は一次も二次も三次も1カ所に集中するというようなこういう現象が起きるのは確かですね。大変これは難しい問題ですけども、何とかこの、先ほどの耳鼻科の話じゃございませんけれども、その辺の運営の問題ですね、このあたりを明確にしていこうと思うと、応急診療所が全部一つの市町村で運営されるのがいいのか、あるいは奈良県で何カ所かまとまって充実したものになっていくようにして、一次はそこで診てくださいと、そういう部分が必要じゃないかなと思うんですが、併せて先ほどもお話に出ていましたけれども、啓蒙活動というのは物すごく重要だと思いますけれども、これについていかがでしょうか。

武末委員： そんなことも知らないのかというおしかりを受ける前提で、ちょっと済みません、私も手が回ってなくて、ここら辺、十分私今知識がないんですが、一般的に政令指定都市等になると、大体、都市単位の一つぐらい休日・急患センターがあつてというイメージだと思うんですね。それで、それからしますと割とこの今の奈良県内の休日急患診療所というのは、ちょっと逆に多いような気がいたしますが、そこら辺の相場観がいかがでしょうかというご質問が一つです。

もう一つは、多分診療所ですので、保険診療をやっていると思うので、全くやっている自治体が100%持ち出しではなくて、そこそこの医療をやればそこら辺、ニヤニヤとされるのが証なのかもしれませんけれども、そこそこのお金は、診療報酬は入ってきてという感じ、まあ、確かに2回前ぐらいの診療報酬までは救急医療というのは、ちょっと8掛けぐらいで赤字だったという事実がありますが、確か2回ぐらいの診療報酬改定で、そこは一応イーブンにまでは是正したのかなというふうに思っています。まあ、その議論はここではやめておこうと思うんですけども、いずれにしてもゼロではなくて、全部持ち出しではなくて、一応、保険診療の土台の上でやっていくという前提からしますと、逆にこの設備を見ますとですね、これじゃあ、ちょっとお金が逆に取れなくて、要は何もできないからお金も取れなくて、かえって困っているのではないのかなという気がします。逆にそれこそ、山本委員は診療所の専門家ですから、経営的観点とか救急を担って

いる観点から言って、もしこれが我が診療所だったらどうなんでしょうという、そこら辺のご意見を伺いながら、また、県下にどれくらいの救急診療所が必要なのかという議論をしたいというのが二つ目、ここでは三つ目ぐらいちょっと二つの要素が入っちゃいましたけど、三つぐらいの疑問がありますので、その点を教えていただければと思います。

榊部会長： 武末先生からの意見は、要するに、奈良県としてですね、この奈良、生駒、五條というように数から言うと、奈良県としてはかなり多いと。数から見れば、その11箇所という個別の是非はちょっと抜きにして、数から言えば多くの患者さんが利用している部分があるんじゃないかと。それから、本当に、経営的に経営が成り立つのかという部分はどうか。

北村委員： 生駒市のことしかちょっとわからないんですけども、大体、生駒市で年間に約8,000人程度の患者さんが見えております。それで、いわゆる経営というか運営費用につきましては、大体、約9,000万から1億円程度の運営経費が必要です。それに対しまして、診療報酬の方につきましては、昨年度で約6,500万ですので、約3,000万程度の赤字が発生しております。診療報酬につきましては、夜間に開けているものですので時間外と言いますか、救急の制度が享受できませんので、その分についてはまるっきり昼間と同じ診療報酬だと思えます。

榊部会長： ありがとうございます。今、北村委員の方からそういうお話がございましたけれども、今、生駒市で約3,000万円程度の赤字というお話で、多分、どこもよく似たような環境ではないかと。要するに、それで患者さんが来て診療報酬で潤うという状況ではなくって、やっぱり市町村から持ち出ししているという部分があると。年間8,000人ですか、8,000人がご利用されているということで、それがなくなると、もう県立の大きな病院へ移れという話になるかもしれませんが、かなりの患者さんが行かれています。すると、次はどうなんでしょうね、もう少し充実させると、8,000人だと1日に大体30人として、それも多分、ドクターが一人で1日30人を診ている、それがもっと増えると今度は診療する側がへばってしまうというような状況になってしまうわけですけども、これについて先生方、いろんなご意見をいただきたいんですが、どうでしょうか。

山本委員： この1ページのこの表を見ていただいてもいいわけなんですけれども、とにかくこの休日診療所とか応急診療所については、診療所という名前よりも、応急というふうな面に注目していただきたい。応急というのは、とにかくその人に、いわゆるトリアージをつけるような感じでして、考えてみますと奈良市を始めとして、すべてのところでレントゲン検査はない、血液検査はほとんどできない、血糖検査をされているところがあるかもわかりませんが、こういう状態で今日の医療というふうなものでちゃんと診断ができるのかというふうなことが、これはもう非常に大きな原因だと。要は処置というような、点滴、これはもう医師の裁量によりましてのこういう状態でございます。それで、私も天理では、大分昔にはいろいろとこういうところにも行っておりましたけれども、要は、ここへ来た患者さん、これはもう今までかかりつけ医というふうな方々も余り持たなくて、そして天理は特異なところがございますので、よそから来た人の割合が多かったような気がします。そして、結局、ちゃんとした診断をして治療をしなければいけないという場合には、やはり私の近くには大きな病院と言いますか、いつもちゃんとやっていただけの病院もございまして、そこをお願いをするという形ですね。そういうことができるような体制が

あるというのが、言うなればこの各地にこれだけの各市町村と言いますか、そういうところにあつて、そしてお願いできるところがある。だから、飛び込みではなかなかできないけれども、そういうところを通じたら、ちゃんとした医療が受けられるということになっていて、今のところ、この休日・夜間診療所等につきましては、考えてみますと奈良県においては持ち出しというのもある程度あると思うんですけども、そういうふうなことは考慮に入れずに、さらにこれをレベルアップしていくという必要は余りないと思います。しかし、少なくともそこである程度の治療とか、検査とか、そういうふうなことができるようになりますと、もっともつこの応急診療所としての役割というのができていくと。こういうふうな意味では、県の方にはもう少し力を入れていただく必要があるんじゃないかと僕は思っています。

榑部会長： ありがとうございます。あと、桜井先生どうですか。

桜井委員： 経済的な面ですけれども、私は病院の方なので、奈良市医師会の北村先生が来られていますので、よく御存じと思うんですけども、応急診療所ではほとんど委託医ですよ。地区医師会へ奈良市が委託費をお支払いになっていて、それともう一つは、建物の償却と、それとあと受付の方々は奈良市の職員がされているわけですね。ですから、会計がちょっと複雑になっている部分があるんですけども、奈良市自身としては、決してアバウトにはなっていないように思いますが、その辺は北村先生、理事です。

北村栄委員： 北村でございます。奈良市の休日・夜間応急診療所について、私は担当じゃないので、余り細かい数字とかはわかりませんが、これは奈良市の委託で、奈良市医師会が協力してやっているということでございまして、もう随分前からやっけていて、年間ずっと毎日やっけていて、医師2名とここにも書いてあると思いますけれども、あと看護師さん、それから受付の事務方の方というようなそういうスタッフでやっけておまして、そういう人件費がかなり、それがいますよね。先生方に来ていただくというのは、夜間・休日でございますので、やっぱりそれなりの対価をお支払いしないと、これはなかなか確保できないという現状がまずありますね。ですから、かなりの人件費がかかってくると。片方で奈良市からの委託料ですね、委託料は忘れちゃったけれども、過去よりもかなり減ってきているんですね。3,000万ぐらいだったかな、そのレベルですね。それで年間やっけているわけですね。で、あと診療報酬は、さっき生駒の方がおっしゃいましたけど、7,000万程度だったと思います。結局、それで委託料がなければとても赤字で、こんなのは運営できないとそういうような状況であります。

それと、先ほど山本先生がおっしゃいましたけれども、そこで診ましてね、やっぱりこれは入院が必要であるとか、二次の方に回さないといかんとかこういう場合のためにですね、ベッドを確保しないといけないですね。毎日、桜井先生の病院とかにご協力いただいて2ベッドの形でそちらはやはりコストがかかったという形になっておまして、現実問題として、なかなかどう言いますか、現状をどうこうと変えていくというのはなかなか難しい問題じゃないかというふうに思いますね。片や、ご承知のようにいろんな行政の施策であるとかですね、住民サービスというのは、これは各行政単位でやっけていこうという流れがまずあります。奈良市がどこかほかとくっついてですね、もっと立派なものをやっけていくとかですね、それは僕はなかなか難しいことではないかと思ひます。理想としてそういうことであつて、もっと充実したものになっていくというような方向性が出ればいいで

すけれども、それがなかなか難しいし、ここだけでそれを言ったところで、奈良県の方がご協力いただいてもですね、各市町村の問題もありますので難しいかなというような気がしますね。

榊部会長： 武末先生、いいですか。

武末委員： やっぱりその、応急診療所の位置づけをどうなのかという、私は一次であると思います。先ほど、ご意見がありました、じゃあ開業している先生が、自分のところで輪番でやっていたかというように、開業している先生のクリニックでやれば、それは昼間やっているような設備、環境でできて、もちろん看護師さんの問題とか事務職員の問題はありますが、それにこしたことはだろうということです。一方で、もし休日・夜間応急診療所に私が行ってですね、そこで適切なトリアージをしろと言われたときに、血液検査もエコーもレントゲンもなくては、私のような平成卒の医者はですね、ちょっとこれは厳しいなという気がするんです。で、先ほど費用のことを言ったのは、決してお金でそれで潤ってくださいということではなくて、逆にその、確かに初診料だから全部込み込みになっちゃうんですかね、今はね。X線をやっても血液検査をやっても込み込みだからやらないでくださいという行政的な判断もあるのかもしれないんですが、ここは自分の首を絞めているのかもしれないけれども。ただ逆に、適切な一次を対応するとすれば、もう少しX線検査もそうですし、ある意味、医者が数によりますから、そこにはやはり技師さんも必要で、技師さんが一人加わるからそこは大変なハードルがあるのかもしれませんが、一方で血液検査なんかは、私が経験した中では、リトマス試験紙みたいな感じで、技師さんがいなくてもとにかくできちゃうみたいな、採血さえできればできるようなものもありますし、当然エコーなんてないと、腹内出血とか診断が出来ません。私は聴診器よりもエコーの方を愛用しておりましたので、血圧測定に関しては今は日野原先生のお話だと、国民一人一人が全員できるのに、診療所たるところが無しで本当にいいのかなとかいうのは、正直この一覧表を見たときの感想でありまして、やっぱりこれは、ちょっと制度をお聞きしたいです。これはどういう位置づけでここをやっているのかというのをですね、教えていただきたい。これは診療所以下ですよ、少なくとも。で、本当に何かあったときに、とりあえず行ってお医者さんにちょっと処置をしてもらって診てもらって、後はどこかに行きなさいという前提になっているとすれば、その行き先はじゃあどこなんでしょう。一次のクリニックが別にあるんでしょうか、それともそういう人たちが二次の方に、結局この応急診療所に行った人たちが二次に行くんだとしたら、この応急診療所というのは何なんだろうというのが私の、済みません、市町村のご事情とかいろいろ過去の経緯があるんだと思うんですけれども、これを見たときの感想と疑問でございます。

榊部会長： 武末先生がおっしゃったことは、この表を見てですね、診療所を開業されている先生方の目を見ていただいでですね、果たしてこれくらいのことしかできなくて、これで何ができるのかときっとお思いになると私も思ったんです。せめて血液の分析ぐらいできて、胸の写真ぐらいは撮れて、そのぐらいの情報を提供して、その上でやっぱりどこかへ行きなさいというような環境でない限り困るんじゃないかと思うんです。診療所にお医者さんという、ただそういうオーソライズした人がいて、その人が薬を出しますよということになって、多分そのままダラダラと来てしまって、経費もかかるしというようなことで今まで来たんじゃないかと思うんです。患者さんもそのことも

わかるようになって来られている部分もあるというようになってきていて、利用者が初めはあったけれども、多分減ってきて、経営難に拍車がかかっているというのが現実じゃないかなという印象を受けます。それについては、先生方も多分そういうふう
に思っておられると思うんですね。こういう診療所のレベルで維持されていて、
このを、条件に書いたような状態でもう少し充実した応急診療施設になった方が患者
さんも利用しやすいし、診る側も安心度を増すんじゃないかなと思うわけです。患者
さんが来て何もできないのに適当に薬を出して、もし重症が来たら、点滴ぐらいはで
きるかわかりませんが、重症が来て次に送るところを確保するのに大変だと。
これは後のメディカルコントロールというところにつながってくるんですけども、もう
少し充実させた内容にしたらどうかなと思うんですが、いかがでしょうか。

北村栄委員： 私の関わってます奈良市では、血圧測定が×なんです。これは何時調査したんですか。私、奈良市の医師会に入れていただいて8年たつんですけども、私は応急診療所にいて
おりましたです。専門は精神神経科なんですけれども、何年か前にはですね、奈良市の応
急診療所にも行きましたが、そのころ既に血圧計はございましたけれども。

杉中補佐： これは奈良市さんに照会させていただいた調査票に記載をいただいた内容でお示しして
おりますが、実際に診療されていた先生がおっしゃるのであれば、記載間違いがあったの
かも知れません。記載内容についての再確認はしておりませんので。

北村栄委員： そこはちょっと信用できないですね。少なくとも、私が昔15年ほど前に行っていた
ころまではありましたですから。それがなくなったというのはちょっと考えられないし、
血圧計がないなんていうことは、普通はあり得ないことだろうと思います。

杉中補佐： 奈良市さんに確認しまして、もし記載間違いであるならば、訂正させていただきます。

北村栄委員： 奈良市の名誉のためにもそれはしておいてください。それとですね、これはもう、奈
良市なんかの場合、私に関わる前からこういうシステムがとれていたわけですね。やはり、
これに全く意味がないかと、経済的なことにおいても意味がないかというところは
私にはそうは思いませんね。私は、精神神経科の医師ですので、身体科のことは余りよくわかりません
ですけども、やっぱり医師の美学、姿勢というのはですね、よく問診をして、よく理学所
見を見てすれば、ある程度その人のどの程度の病気なのか、どんな範囲の病気なのか、ど
の程度の重症度なんだというものは診ないといけないんだと思うんですね。それは、私、
専門が精神神経科ですけどね、それぐらいのことは、それこそトリアージかもしれない
けれども、そういう意味も含めてね、これは私、無意味だと言われてしまうと、それは違
うんじゃないかと思います。ただし、委員長がおっしゃるように、もっと充実したものに
していかないといけないとは思いますが、それには高いハードルがあるんじゃない
かということをおっしゃる他の先生がおっしゃったかっただと思えます。

榊部会長： 医師の資質という問題は、委員会としてはどうかと思いますので。

桜井委員： すみません。私、病院協会の方ですので、あんまり医師会の方のことを知らないの
で、夜間・休日診療所で当直したこともございませんので、ちょっとずれているところがある
かもわかりませんが、金銭的なことに関しましては、もう一度、事務局の方でお調
べになって、本当に採算が取れているのか取れていないのか、あるいは今言われているよ
うに、この状態で設備投資ですね、設備を投資して行ってもうまく永続的なあるいは持続
的な施設ができるのかどうかということ、もう一度洗いなおした方がいいと思います。

それともう一点、こういうちょっと誤解があったらまずいんですけれども、こういうシステムになっていったというのは、昭和45年ぐらいかそれ以前なのか、発足したのはいつかわからないんですけれども、いわゆる世間の救急医療が交通戦争に入る前の時代に、奈良市は患者さんから要請があった場合、奈良市の市役所で電話を受けて輪番体制を決めておいて往診体制を取っていました。ですから、各病院、今の二次輪番病院のようなところが、奈良市の応急診療に対する医者を一人泊めておいて、それも医師会が委託されていたと思うんですけれどもね、それからそこに、その医者のところへ奈良市の職員が迎えに来て、それで要請のあったお宅へ往診するというふうなことが土台になっていますので、こういう今の余り設備のない、医師の、先生がおっしゃるようにバイタルから診療をして2日間ぐらいの薬を投与するというような体制が、そのころから続いているんじゃないかなというふうに思っております。

榊部会長： ありがとうございます。今、行われている応急診療所の経営状態というか、赤字なのか等も含めて、それを調べてもらって、もう少し機器の充実とか、そういうようなものを扱って行ってやれるのかどうかという部分も検討する必要があると思います。1日何人ぐらい来られて、今のところ年間8,000人という、ことですがけれども、どれぐらいの利用をされているのかということ調べていただいて、それで経営状況というのを、その市町村の負担が物凄い大きな物かどうかというののもちょっと調べていただいて、例えば、五條・御所なんかを一つのものとして、あるいは橿原市まで引っ張って一つのものにして、もう少しスタッフと機器を充実させてここに来てくださいというようなことが言えるのかどうかというようなことを少しまとめられたらということでもございます。ちょっと調べていただいて、そういうことができるのかどうかについて検討する。今、若いドクターを見ていますと、血液検査一つのデータもわからないで何ができるのかと思うドクターがだんだん増えてきているように思います。私が医者になった頃は、診て触って、それで何もわからなかったら医者じゃないんだと教えられてきたものですが、しかし、今の若い先生はデータがなかったら何も言えないという部分もありますので、今の診療所として充実させるという面からですけれども、平日に市町村がどれだけ診て、どれだけ収入や経費があるのか、あるいは、例えば生駒市で年間8,000人診られていて、それが2倍になって1万6,000人を診ることができるのかどうかという問題もございますが、この五條、橿原だと、多分、一つの大きい診療所で充実したものに私はできる可能性もあるんじゃないかと想像できます。一つだけ調べていただいて、そういう提言ができるのかどうかというのを第3回で検討しましょう。

奥地委員： 調査していてもね、何人、今6,000人ですか、6,000人でしたか、何人来れば収支があうとかね、そういうところも調べた方が、取れば取るほど赤字になるんでしたらね、もうこれは1日10人ぐらいでとどめておいた方がいいし、ある数を超えて収益が上がって行くんだしたら、その数をやっぱり出しておかないと、これからやるのにやっぱりしておかないといけないのと違うかなと思うんですけれども。

榊部会長： 行政の負担という、これもありますし、でも、人だけそろえたら済む問題じゃなくて、やっぱりある程度機器があってデータが出てということじゃないと、ドクターも多分いなくなるという部分もあるでしょう。あるいは看護師さんだっってそこに配置す

るといのは、人手不足ということはありませんので、収支のこともございますし、一応、ちょっと調べていただいでですね、何人ぐらい利用されていてどれぐらいの赤字で今されているのか。例えば、その8,000人のところをもう少し増やしていったように充実させて、しかしこういう、多分まとまってやった方がより効率がいいと。多分、私が患者の立場だったら、そういうふうになってもらった方が行きやすい、そして、そういうところで検査ぐらいはできますよというようなことの方が、ドクターも行きやすいし患者さんも行きやすいのではないかと考えます。調べていただいで、その上で提言が第3回にできればいいのではないかと思います。それはちょっと調べてください。

杉中補佐： それでは、生駒市の北村委員さんにも、どういった調査をしたらこういうところが見えやすいかというようなところをちょっとご相談差し上げて、市町村さんとして調べていただく部分もございますので、相談させていただいた上で、できれば次回の部会に何らかの資料を提出させていただきたいと思ひます。

榊部会長： それでは、それはよろしくお願ひします。で、その次にですね、二次救急の充実ということで話を進めさせていただきたいと思ひますけれども、二次救急輪番制度というのがございまして、その実績調査表というのがここにあって、これは多分病院、二次救急の病院の調査ですよ。救急輪番で勤務医がどれだけおられて、どれぐらいの患者さんに二次救急が求められていて、このデータからいくとですね、奈良県だけが何も突出して医師に負担がかかり過ぎているというのでもないなど、データを見る限りではそういうことになっているんですが、後方病室の確保が非常に難しいというのも片方あります。しかし、日本全体として見れば、奈良県だけが突出して悪いということでもないというのがこのデータでわかるわけですが、これについてどなたかご意見があるでしょうか。同時にその次のメディカルコントロールの問題もあって、例えば救急隊が何とか運ぶのに、端末で空いているかどうか調べて、多分やっておられるという部分もあると思ひます。ただし、今日この部屋はベッドが空いていますよとか、どこは診れますよというようなデータというのは、多分、リアルタイムで行われていないと思ひます。それをドクターに託されても、今、診ている患者さんに手をとられていて、その端末をさわることは、多分私はできないということで、そうすると、多分それは事務がやっているんだろうと思ひますけれども、その二次救急の充実というものと含めて、ちょっと検討していただきたいと思ひますが、いかがでしょうか。

桜井委員： 二次輪番に当たっている病院ですので、意見を言わないといけないと思ひますけれども、この二次輪番の患者数の取り方ですけど、これは救急依頼があつて、救急搬送された患者数ですか、ウォークインも入っているんですか。

杉中補佐： そこに出ております5ページから7ページのデータは、ウォークインが入っておりません。全体の約2割程度の救急搬送された数値しか入っていないということです。

桜井委員： 曜日によつても変わるんですけども、二次輪番、奈良市の場合は2病院で二次輪番をやっています、毎日。それで、結構、この患者受入数というのは、私の印象ですけども、あつているんじゃないかなという感じがします、その救急搬送に関してはね。ウォークインの患者がこれにプラスされて、それで外科系、内科系で分かれていましてね、生駒の場合は外科系、内科系に分けているんです。それで、奈良の場合は外科系、内科系に分かれ

ていません、奈良市の場合はできれば分けていただければ非常にありがたいなと思います。

それと、今の現状なんですけれども、二次輪番で申しまして、以前は夜中でも緊急性のある手術とか、一次の診療所から回ってきた場合はできたんですけれども、なかなか現状では夜間の手術は難しい状態になっていますし、それから全身麻酔を必要とするような患者さんの手術は二次輪番ではとても無理という現状です。というのは、麻酔医がいませんし、外科医も、外科の場合、外科医を泊めるにしても外科医一人しか泊まっていないという状態があります。体制はあるんですけれども、常にそういう体制をしていけるとは限っていませんので、ですから、外科系、内科系に分けていただいている生駒市の輪番に当たったとき、私どもは内科系の二次輪番を引き受けていますので、外科医のほかにERの医師を一人泊めるようにしております。

それで、採算があうかどうかなんですけど、病院としましては、ベッドのお金、空いていても空床ベッドでも、入院されなくても助成金をいただいていますので、その辺はある程度助かっているというところなんですけれども、入院が一晩に一人でも二人でもあれば、病院全体としてはやっつけていけるんじゃないかなと思っております。ただ、あとリスク回避はどうするかというのは、ちょっとまた別の問題になってくると思います。

榊部会長： これは、一次と違って二次というのは、これは入院するかあるいは入院に至らなくても何らかの医療的な、何というか、看護が必要というふうになってくると思うんですが、やはりこれをきちっと充実させようと思うと、今、うちの病院で何ができるかという情報の提供というか、その部分が非常に大切になってくると思うんです。それと、もちろん、先生がおっしゃるように、ベッドが空いていなくても受け入れのためには、それだけの補助がなかったら病院としては困るという部分もあるんでしょうけれども、特にリアルタイムで情報が提供できるかどうかというのが、これは救急搬送する側にとっても、極めて重要なことだと思うんですけれども、これについてご意見を。ただ単に、うちは救急輪番でやっていますよとだけでは済まないんですね。例えば、内科の患者さんと言ったって、心筋梗塞の患者さんもおられるわけだし、それに例えば、脳卒中なんかですぐに何とかしないとイケないという患者さんも多分おられるということになると、やっぱりリアルタイムで情報の交換があって、やっぱりこういうふうにできるのが理想ではないかなと。それができないところに問題がある。その辺を充実させる必要があるんじゃないかなと思うんですが。

奥地委員： 先ほどの、桜井先生のご説明にちょっと追加と言いますか、僕の考えなんですけれども、その手術なんですけど、本来二次救急では手術を、簡単な手術はすべきというか、するのも二次救急に入っているとは思いますが。昔で言ったらアッペであるとかね、そういうのもなっておるとは思うんですが、その手術が出来ない、時間外に手術が出来ない病院が物すごく今ふえています。今、桜井先生がおっしゃったとおりなんですけど、で、民間の病院ではやはり無理があると思います、麻酔の先生もいませんし。ですから、公的もしくは準公的病院で簡単な手術ができるような体制というのが必要じゃないかなと思います。で、現在は、その手術をしないといけないやつは救命センターなりがある大学と言いますかね、救命センターというか、そういった三次の方へ来ておりますので、その分が本来の三次を圧迫しているというふうな状況になっていると思いますので、公的、準公的病院で何とか、余り生き死にに関係しないぐらいの手術ができるような体制というのをつくっていただけ

ればと思っております。

榊部会長： 緊急の搬送する側からすると、救急輪番日を作ってもらっていても、その部分で困るといふか、その部分が全く動かなくなって困るといふ、例えば輪番で決まっています、そこへ連絡して「やっぱり、無理です。」というのは、かなり多いんですか。これ、データから見れば、奈良県はそんなに悪くないと思うんです。例えば大阪府だったら充実されているかと言ったら、もっと困っている部分の方が多いと私は思うんですね。患者さんの状態がどんなのでという部分の情報のやりとりがむしろ困る部分があるんじゃないかと。ただ、今、奥地先生がおっしゃったように、これ外科医の不足というのはい、もう奈良県に限らず、日本が抱えている大きな問題で、外科になる人が少なくなってきていて、その方の当直というのはい、これから特に時間外の手術なんて誰がするののかというのはい、これは日本の抱えている大きな問題なんですね。だから、この協議会でそういうところまではなかなか踏み込めないと思いますけれども、例えば、二次と三次の区別って、それは可能なのかどうか、要するに、やっぱり私は一次と二次、三次というのはいきちんと分けて考えていかないと、それができなかつたら一次そのものも、これ不安でできないということになりますので、その辺の情報をですね、やっぱりきちっと充実させるための工夫が私は絶対に必要なことではないかなと思います。例えばAという病院では、今日は何ができますよと。例えば、心筋梗塞だったらうちで絶対やれますよと。Bという病院だと、きょうは脳卒中の患者さんだったら、うちでは絶対できますよと、そういうデータのやりとりというのはい、やっぱり二次、三次は解決するために必要じゃないかなと思うんですが、そのためにはやっぱり機器を含めてですね、やっぱり人的支援の投入というのはい避けて通れないと思います。これを例えば病院のドクター任せにしているのは、多分、リアルタイムには動かないのは間違いないし、ちょっとその辺をどう解決したらいいか、どなたか、尾鼻先生、何かいいアイデアはございますか。先生は、救急で対応されているんですけど。

尾鼻委員： 実際問題ですね、コンピューターの入力というのはい、医師が実際にやらないと仕方がない面がありますので、うちでは医師がやります。で、その間、どうしても手がとまりますし、できればそういう人がおればいいんですけども、なかなかいないという現状です。で、人の資源、もう一つ言うと、やっぱり先ほどからいろんなことを聞いていて思ったのは、受ける方、受けるというのはいその受診する方の意識ですね、それがやはりただやという、そういう意識が一番多くて、それがいろんなところで圧迫してきているんじゃないかなと思うんです。で、救急車の面にしてもそうですし、輪番の体制をとるにしても、やはりそういうところで患者教育というか、そういう部分が一番大切になってくるんじゃないかなと思います。

榊部会長： 今のは家庭への啓蒙という部分になるんだと思うんですけども、実は今、武末先生からのコンビニ受診というのを調査しようかというふうなお話もあるとお聞きしているんですが、難しいなと思うのは、今TPAという、要するに脳梗塞の急性期にTPAを使って患者さんを救いましょうという治療があるのですが、脳卒中学会がそれについて調べてみたところ、3時間以内にTPAを受けられない患者さんも多いんですよ。で、その患者さんは、どうしてそういうふうな3時間以内に受けられないかという、救急車で運ばれている時間が3時間を超えるからじゃなくって、あるいは、

担当の先生が一所懸命紹介して用意しているものでもなくてですね、最大の理由は患者さんがちょっと手がしびれて動かない、これだったらもうちょっと様子を見ましようかというように、患者さんがそこで待つのが一番大きな原因なんです。それで、3時間以内に到達しない。で、そうなりますと、例えば手がしびれて動かないと思って患者さんを病院へ運んで、それが脳卒中でなかったらね、コンビニ受診になるわけです。何でこんなのは明日来たらいいじゃないかと。でも、もうそれで、ちょっと家の中で待っていて、だんだん具合悪くなったから病院に行ったえら、「何でもっと早く来なかったの」とこういう話になって、3時間以内だったらT P Aを使えるのにと、こういう話になるわけです。この難しさは、もう私は大変難しいというか、本当に啓蒙だけで済むかどうか、コンビニ受診の抑制というもので解決するのかどうかと思っています。私は、そういう啓蒙という部分も物凄く重要だけれども、やはりリアルタイムで情報を作っていくという、これは大きな課題ですけれども、やはりその部分も打ち立てていくというのが、私は重要ではないかと思えます。で、今、先生がおっしゃったように、それをやっているのは、ほとんどがドクター任せで、多分、ドクターにお願いしますと言っているけど、処置したりしているともうその分が遅れてしまうという部分も片方であるんですけれども、西田先生、どうですか。

西田委員： 榊先生のおっしゃるとおりで、僕は循環器とくに心筋梗塞を専門に診ていますが、二次とか三次ではなく、胸痛が主訴の患者さんが搬送されてきます。うちへはこの前も大概10件、15件断られて搬送されて来るんですね。うちは24時間いつでもオーケーですよという体制をとっているんですけれども、搬送にかかる時間が遅くなるんですね。まさしく脳梗塞と同じで心筋梗塞も再疎通時間が重要になってきます。何故このようなことを言うかという、それを患者さんが住んでおられるところの救急隊が搬送されますと、うちは天理にあるんですけれども、消防隊はやっぱり地域、市で輪番に当たるといことですね。で、うちへ来るのは、ほかで断られた、その市単位で断られたのが救急搬送されてくるために、時間が遅いかなという症例が増えてきています。だから、いかに消防隊の方もどこへ運んで行くかというのを考えていただきたいのと、行政単位で分かれているのかもしれないけれども、その消防隊・消防隊の区間別で、どこへ搬送するかというのが決まってくるのか知りませんが、やはり、治療ができる施設へ的確に運んでいただくというのが一番いいかなと思うんです。で、やっぱりその辺をちょっと考えていただきたいところですよ。

榊部会長： 先生は、何回か断られた患者さんが先生のところに来て、先生が受け入れていただいているということなんです、じゃあ、最初から先生のところへパッと来ると、来れば受け入れ得るという部分ですね。あちこち断られて来るというより、とにかく連れてくれば診れたのにという部分があって、やはり、それはやっぱり明確な情報の共有化を図っていく必要がリアルタイムでしていくしかないかなと思います。それはいろいろ難しい問題もあるんでしょうけれども、奥地先生、どうですか。

奥地委員： 榊先生がおっしゃったその脳梗塞に関してはですね、T P Aに関しては、病院前の消防と言いますか、その搬送体制ですね、搬送段階でのそのトリアージと言いますか、適切な施設へ搬送というのは非常に大事だと思っていて、後で出てくるかもしれませんが、メディカルコントロール協議会の研修委員会の方ですね、救命士が脳卒中を必ずピックアップ

プできるように講習会を、今まで3回開いて、最終的にはすべての奈良県の救命士200人ぐらいいますけど、実務についている救命士はその措置を適切に判断してTPAのできる、投与できる施設へ搬送を的確に迅速にするようにというふうなことで試みをやっております、なかなか、目に見える効果は出ていませんですが、そういうふうな試みはやっております。

榊部会長： 救急側からご意見ございませんか。

川嶋委員： 現場の救急隊員の原則として、現場から一番近い病院に運ぶというのが原則でございまして、それを119番の入ったそれぞれの各消防本部13ございまして、その司令室の方で、先ほどの医療情報システムですね、これを見て一番近い病院を検索して、そこにコンタクトすると、こういうことを運んでおるという実態でございます。

西田委員： それは、要するに距離なんでしょうか。市区間別に分かれているのでは。

川嶋委員： 例えば、A市からB市という、こういうことはございません。その場所から見て一番近い場所の病院に運ぶと。そのために医療情報システムを見てですね、それぞれ当たっていくと、こういうこととございます。

榊部会長： 例えば、今のこの救急搬送をどこが運営しているかって、これもきっと市町村単位なんですね、市町村単位で運営されていると。

川嶋委員： 救急隊ですか、そうですね。原則として組合組織にもなっておりますけれども、自治体消防が原則でございまして、自治体単位でそれぞれ運営しているというのが実態でございます。

榊部会長： だから、要は先ほどの一次応急診療所も同じで、結局、市町村で運営していて、だから救急隊も一番近いところというか、市を越えて、要するに、そういう部分があって、市内だけで解決という部分も。

川嶋委員： それはないと思います。例えば、私、香芝・広陵の消防組合を預かっておるわけですが、例えば、大阪の隣接の付近で発生した場合は、病院はやっぱり府県の境を越えて大阪の方へ運ぶというのが多いですね、一番近いということで。そういう、一番近いところの一番最適な病院を検索して、そちらの方に運ぶというのが原則でございます。

榊部会長： 結局、やはり二次、三次は病院で、これは対応していかないといけないし、そのためにはその病院で今何ができるかということをやっぱり情報提供できるようなシステムの充実しかないのではないかなという気がします。リアルタイムに今、何ができるかというのをやはり示すようなシステムを確立していくのが大切かと思えます。一次は、先ほどもお話があったけど、開業されている先生方を中心として応急診療所、ここで対応していただいて、二次、三次は確かに病院で対応する。二次、三次は病院が担当してリアルタイムに情報を提供していくしかないんじゃないかなと思うんですが、ほかにご意見、いいアイデアがあったら。

安彦委員： 今まで先生方のご意見を伺っていたんですが、私は3年前にこちらに戻ってきたばかりなので、奈良県の救急医療の体制がどうなっているのかということがちょっとよくわからないところがあるんですが、今の救急隊の川嶋委員の話を伺いますと、まず近場からということになるんですね。

川嶋委員： 原則的に。

安彦委員： そういたしますと、例えば、ここに前回の資料としていただきました二次救急医療体制、

それぞれ地区に分かれて、それぞれ病院が書かれているんですけども、その病院のいわゆる特徴ですよ、ここだったら、整形だったら骨折したみたいだけどもということでおペまでできるとか、あるいは、内科なのか外科なのかそのあたりで、私、東京だったんですけども、眼科だったらきょうはどことどこと5つぐらいというふうな形で救急隊の方が動いていらっしやいましたので、そのあたり、一番原則だというふうにおっしやいましたけれども、若干地区によって、地域によっては異なるみたいに思うんですけども。それとですね、とりあえずこれでいいです。

川嶋委員： 救急隊が搬送するのに、一応、原則として一番近場の医療機関に運ぶというのが原則でございます。ただし、それぞれ、その病院の能力等を勘案してですね、それぞれ加味して運んでおるというのも現状でございます。そういうふうにご理解願いたいと思います。

安彦委員： そうしますと、この二次救急の輪番に当たっている病院は、その病院に応じた体制で待機しているということでございますよね。違うんですか。通常の場合で二次輪番、きょうは輪番だなというだけなんでしょうか。一応、輪番だから何かに備えて、その病院の内科専門のところを外科というのは、そういうのは別に難しくないとは思うんですけども、一応、輪番だからそのつもりでというふうな体制を整えているということではないんでしょうか。

桜井委員： 各病院によって違うとは思いますが、私どもの病院では今日は奈良市の輪番に当たっている、きょうは生駒市の輪番に当たっているというふうに職員の体制を整えています。ただ、先ほど申しましたように、いわゆるゼネラルな面しか見られませんので、その中できょうは外科系は整形外科の先生ですよ、内科系は循環器の先生ですよという、あるいは呼吸器の先生ですよという入力項目がありますよね、救急医療情報システム、それは入れています。その判断で救急隊が判断されるということに。

榊部会長： この話はですね、二次の輪番日が決まっています、このデータを見ますと19年で2万7,650人の患者さんが利用されていて、大学で大体年間1万5,000人ですので、この救急輪番日で果たしてもらっている役割というのは、大学の倍以上、これをどこかで診てもらっているのも、これは現実にデータが示していますので、私はやっぱり、救急でたらい回しみたいなことが起こらないためには、もうちょっとデータが明確にリアルタイムで示せるように運用していくのが一番いいのではないかと。しかもそれは、先ほど、一番近くで診てくれるところがあれば診てくださいますよというんですけども、例えば、心筋梗塞とかそういうような話になれば、やはり明確なところに即運んで患者さんが助かるというのが大きいわけですし、ちょっとその辺の充実がですね、やはり課題かなと。

桜井委員： 先ほど言い忘れましたが、救急隊によってその情報ですけども、病院に入ってくる情報のやり方が違うんですよ、情報収集の。指令を受けて救急車、指令、病院というのと、救急車、病院というのと、そういう二通りの方法があるんですよ。ですから、市町村によって大分その病院に入ってくる情報が違うというのと、一つ提案なんですけど、この前、僕、文書で提案したんですけども、コミュニケーションのツールが一つなんですよね。ですから、携帯ですね、携帯が使われているところもあるんですよ。それから無線、それと電話、固定電話ですね。やっぱりそういうツールを増やしていただくと、二次の方の準備体制というのがうまくいくと思います。そういうふうによく、ツールの使い分けもしてほしいなと思うんですけど。

榑部会長： ありがとうございます。結局、医療情報の充実ということに尽きると、私は思うんです。二次、三次をうまくやっていくためには、医療情報の充実ということに尽きると。そのためにどうあるべきかと。それから、この間話題になりました、救急医療のコストの負担ということで、何でもかんでも救急車をタクシーがわりに使っているというテーマがあるんですけど、これはやはり啓蒙活動しかないと思うんですね。これは、なかなか救急車に一回乗ったら、皆さん、お金を払いなさいということで済む問題でもないと思いますし、先ほど東京都の試算ですか、1回出れば多額の金がそこで投入されているんだということ、やはり住民の皆さんに啓蒙していくしかないのではないかなと思っておりまして、16ページでは、東京消防庁ですか、その試算が、1回出ると4万5,000円の金が出ていくということで、これは市町村でも多分、よく似たような経費がかかっているんだろうと思いますけれども、これはやはり住民の皆さんにですね、1回利用すればそれだけ金が投入されているんだと。そういうことでいいでしょうか。それを、コストを出せということで済む問題でも、決して私はないと思いますし。それとあの、ドクターヘリの問題ですけれども、それは奈良県でドクターヘリを持つというようなことがとてもできないわけですね、現状では。

杉中補佐： ドクターヘリに関しましては、各消防本部さんからアンケートをとらせていただきました。一応、搬送時間に30分以上要したケースというのを、件数をあげていただきました。その辺からですね、例えば、ドクターヘリの運用対象となるであろう重症の昼間の患者さん、このあたりが、1月間で、奈良県全体でそういった方が42名いらっしゃる。ただ、やはり奈良県の平野部はそれなりに救急を取り扱っている病院がある、三次も含めた救命救急センターなんかも、車で救急車である程度の主要時間で運べるという状況にあることを考えますと、山間部が中心になってくると思うんですけど、その辺の件数を考えますと、単独で持つよりは和歌山さんの吉野山間地域、それから大阪府さんも併用させていただければ、東部、北部の山間地域もカバーできるということを考えると、コストのことも勘案して和歌山さん、大阪府さんとの共同利用というのをある程度視野に入れて協議をさせていただきたいというふうには考えております。

榑部会長： これは、例えば和歌山県も奈良県もよく似た状況にあると思うんですが、和歌山県の場合、ドクターヘリを導入してやっているという、奈良県というのを考えると、中南和と言ってもですね、橿原市が中南和と言っても大きな地図から見れば、もう全部北に偏っているわけですね。そうすると、十津川とか野迫川とかあの辺の医療をどう担保していくのかという問題を考えると、やっぱりヘリの運用というものは避けて通れない部分かなと思ったりもするんですけども。奥地先生、いかがですかね。

奥地委員： その奈良県の地理と言いますか、それが75%が山間地域ということで、中心地も全部北に寄っているということで、運用するということからすれば、それはもう運用の対象にはなると思います。だけど、ただ、人的資源とそれからコストの問題ですよ、それがあります。ドクターヘリ以外にも防災ヘリというのがありますが、防災ヘリでたまに搬送がございまして、今でしたら19年16件ですか、そんなふうな形で、防災ヘリをもう少し積極的に活用するというふうなことでどうかと思うことと、それから、和歌山県のヘリが和歌山医大に原則戻るというふうな契約になっているんですね、確か。それをちょっと変えていただいて、和歌山県を飛び立ってもらってもいいんですけども、大塔村で患者

さんに乗せてですね、それで奈良医大に運ぶとか、県境へ運ぶというふうなことにしていただければ、またもっと運用数もふえるんじゃないかと思うんですね。

榊部会長： 今、話をしているのは、何件かは医大へ運ぶということですね。

杉中補佐： 今年度既に運用がありました3件に関しましては、雲梯の運動公園に降ろして奈良医大に運んでいただいております。その辺は和歌山県さん、大阪府さんとも割と柔軟に考えてはいただいております。ただ、大阪府さんは今のところは、大阪府内での受け入れ病院が決まってから運ぶというような形になっていますので、和歌山県さんのように今のところ柔軟な形にはなっていません。その辺は、今後事務的に協議を進める余地はあるというふうに、担当としては感触を得ております。

奥地委員： その運用規定というか、何か文書があると思うんですが、それは原則和歌山医大へ運ぶと、確かなっているはずなんですよ。そこを変えていただいた方が。ですから例外的に奈良医大に運んでいるみたいな今状況なんで。

武末委員： その点については、医学的な側面もございませけれども、ドクターヘリについては着陸の地理的状況というのを、十分把握しておく必要がございまして、和歌山については、年間700回その基地局に戻るという気象状況、上空の風の流れ、電線の配置、その他もろもろ等の実績があることもあります。救急車のようにどこでもおりれるということでは、少なくとも現在の日本のドクターヘリはそうになっているというふうに聞いております。ただ、ご指摘のように例えばある程度、場所を奈良医大の方というような形で、県に何カ所かお医者さんがいて、少なくともそこについてはいろいろな着地の状況であるとか、周囲の動き、電線配置、その他もろもろなことを実績を上げていけば、パイロットとしても安心しておりられるだろうというふうに考えております。ドクターヘリは御存じのとおり、4車線の車幅があれば、物理的にはおりれる、大体サイズ的には防災ヘリと異なりまして、よく言うセブンイレブンのトラックぐらいの大きさですね、本体は。ですから、その幅があれば物理的にはおりれるけれども、おりるためには相当な知識が必要だというのが一点と、あともう一点は、やはりドクターヘリは、夜は飛ばません。これはアメリカではよく飛んで、欧米かな、アメリカは飛んでいないかもしれませけれども、夜は飛ばないという最大の欠点がありますので、やはりその点は少し、いいところ悪いところがあるというのをご承知置きいただければと思います。以上です。

榊部会長： 奈良県が、多分、いろいろと運動場があって、そこに運ばばいいのになと思いたすが、ドクターが乗っていると色々な問題もある。今、先生がおっしゃったように、日本は電線がいっぱい張りめぐらされている、そこにひっかかるというような問題もいろいろあるんでしょうけど、少なくとも今、和歌山のヘリに関しては、運用上そんなに数は多くないみたいなんで。

杉中補佐： 今年度3回利用されたのは吉野の広域消防さんということで、ある程度、積み重なっているところについては、必要な時には使おうというご認識も、だんだん広がってきているんじゃないかなというふうには思います。それで、奈良医大の場合は、すぐ横に電車が走っていますので、架線上、ちょっと問題があるようなんですけれども、今のところ、県立医大に搬送させていただく場合は、曲川の運動場の方から搬送させていただいているというような状況になっています。

榊部会長： でも、ドクターヘリを利用するということになると、これはまたコストは相当かか

るといふこともあるので、でも、奈良県の場合は山間部が特に、十津川村、野迫川、五條市の大塔とかいうところだと、やっぱりドクターヘリを利用しないと、先ほどのT P Aとか心筋梗塞の患者さん救えないという部分がありますので、その充実というものを、それは奈良県が持つとか持たないとかいうことは別にして、やはり奈良、大阪、和歌山というようなものの有効な運用というものに、やっぱり取り組んでいただいたらいいと思います。その他にもこれだけはということがあったら、先生方、委員の方からご意見ございませんか。

奥地委員： 前のときもちょっと出たかもしれませんが、出口の問題と言いますか、特に三次救急ですと、いわゆる植物状態になられた患者さんを、とっていただける病院がありません。脳卒中の先生がさっき言われたパスとかかわると思いますけれども、出口の問題に関して、救急医療部会としても何らかの提言をしていただきたいなと思っておるんですが。

榊部会長： これは物凄い重要な問題でしてね、二次救急、三次救急を充実させようと思うと、ベッドが空いていなかったらできないわけですね。で、そのためにはやはりリハビリの患者さんはリハビリへ、それからもっと何て言うのかな、介護ケアをするようなところはそういうところへというような流れが重要で、多分、うまくいっている県もあると思いますけど、奈良県はとっても遅れているんですよ。特に慢性期になった患者さんをケアしていただく病院というか、それがなかなかできないから救急病院のところも埋まってしまって、埋まっているから取れないというような流れもあって、特に奈良県はそれがうまくいっていないところがありますので、ぜひ、救急医療を考える上ではそこも考えていただかなければいけない。

武末委員： 最後の先生のまとめの意見は、適正な医療を患者さんも医療者も、あるいは救急隊員の方も努めていただくというその一言に尽きるかと。制度は多分、必要のないときは待つ、それで必要のあるときは速やかに必要な医療機関に行くというところに向けて情報提供であるとか、そういう普及啓発であるとかということが、多分、医療者から何らかの形で医療的な判断ができない、または、専門家から専門家がない医療者にとといういろいろな取り組みが必要になってくるのが一つ。それは当然、コンテンツがぜひ、各専門家に出していただきたいというのが私の切なる願いですけれども、それをやるのは行政の責務であろうというふうに考えております。

それから二点目、まさにその救急の後の挿管であるとか、呼吸器管理であるとか、・・・をつくった、高齢者であれば・・・、まあ、若年者でもありますがけど・・・をつくった方で、医療的な措置をされいながら症状が安定している方がために退院可能な方についてはですね、これは奈良県だけの問題ではなく、全国的な問題としてそれをどうするのかというのが、福祉と医療の連携の中で問われてくることでございます。福祉からすると挿管していたりとか、いろいろあるから、それはそれを維持管理すること自体が医療であって、なかなかそこまで見るのが難しいというのが正直なところだし、実態もそうかもしれません。一方で医療から見ると、症状が落ちついているのになぜ高度な医療機関に置いておかないとならないのかと。私もまた別の部会で、そんなにN I C Uに置いておくんだったら一般病棟に移しちゃえばいいんじゃないかと言いますと、一般病棟ではとても看護婦さんが対応できませんと。だから退院なんですというところが現在置かれている難しいところですね。じゃあ、病棟の看護師さんよりも家族が本当にある意味、血のにじむような思いを

しながら在宅で診ているのかというのを、どうしないといけないのかというのが今の、多分、療養病床を初めとするもう一つの、奈良のテーマであり全国のテーマであり、できましたら奈良から何らかの明日の新しい解決策のように方向性を協議会で関係者が一堂に会することで出せていけたらなと思っているところです。長々となりました、申しわけありません、時間を使って。以上です。

榊部会長： ありがとうございます。武末先生のおっしゃった、これはなかなか奈良県だけの問題じゃなくて、全国同じ問題を抱えているんだと思います。我々の部会としてはそういうところを提言として考えてください。部会からは提言をつくっていただくということにしたいと思いますが、今、課題として残っているその応急診療所の状況というのは、もう一度きちっと調べてもらうのと、それから情報の提供・交換を、どのようにしたら充実させられるかという部分を、次の課題のときにちょっとだけ残しておくというか、次に考えさせていただきたいと思いますが、どうでしょう、そういうところで。

武末委員： そちら辺、事務局のアイデアだけではなく、皆様のアイデアもいただけるとと思いますので、ファックスでも何でも結構ですので、何らかの形、別に提案したらその人が責任を持ってやらないといけないということは、少なくともこの協議会のルールとしてありませんので、こんなことをできたらいいなみたいなことがありましたら、ぜひ、事務局の方にこっそりでもいいですから教えていただければと思います。

榊部会長： ありがとうございます。武末先生がおっしゃったとおり、これは行政だけじゃなしに現場に立っておられるドクターとか看護師さんとか、救急隊の方々も含めて考えて提言して、要は先頭に立っていくというのが一番ベストなわけですので、それとか、啓蒙に関しても、やはり医療に携わっている者がやっていかないといけない、やっていって成り立つものというのが私は絶対にあると思いますので、その辺の提言とかもしていただいて次につなげたいと思います。ほかにご意見がなければ、第2回の救急医療部会を終わらせていただきますが、これは8月20日の全体協議会にもこのことは、一応、救急部会として書き加えるというふうにしたいと思いますので。はい、どうぞ。

山本委員： これ、きょうの案内でも、終わり時間が書いていないんですけれども、終わる時間はこれ書かれないんですか。

榊部会長： そうですね、私も、終了時間というのを、大体5時か5時半ごろには終わりたいなと思っているんですが、意見が出ればなかなか、できれば3時からだったら2時間か2時間半ぐらいで。

杉中補佐： そうですね、大体どの部会も2時間をめどにお願いはしておりますんですけれども、資料の発送が直前になったなど、不手際もあり申しわけございません。できるだけ心得させていただきます。

武末委員： できるだけ、例えば資料の事前発送をするなどしてですね、もしお目通しいただけるのであればそれを、

山本委員： だから、例えば、資料は先送りをしていいと思うんですよね。それで、ポイントについては説明するなどして、ポイントをやっぱり見ないといけないわけですよね。だから、そういうふうな対応をしていただいて、その分を短くすれば十分に対応できると思うんですよね。

杉中補佐： ポイントについては、今回もざっとしたものをお送りしましたが、もう少し論点を明確

にしたようなものをご提示できるよう、努めさせていただきたいと思います。

榊部会長： 多々不手際もあったと思いますが、第3回はですね、大体論点も絞られていけると思いますので、次回もよろしく願います。きょうは、どうもありがとうございました。

杉中補佐： ありがとうございました。次回の部会の日程調整にかかる資料について、もし今日お持ちでしたら、お帰りの際にいただければありがたいですし、後ほどお送りいただいても結構ですので、よろしく願います。

(参考) 休日夜間応急診療所の設備に関する調査については、部会終了後、奈良市に確認したところ、奈良市立休日夜間応急診療所では、機種は古いものの血圧計の設備があることがわかったため、提出資料の修正を行っています。