

奈良県地域医療等対策協議会 第3回救急医療部会

日時：平成20年10月27日（月）

午後3時～午後5時

場所：県立医科大学巖櫃会館

3階大ホール

事務局： それでは、定刻となりましたので、ただいまから奈良県地域医療等対策協議会第3回救急医療部会を開催いたします。

先生方におかれましては、大変お忙しいところ、本日の会議に御出席をいただきましてありがとうございます。

本日の司会を務め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。よろしくお願いいたします。

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。

会議次第でございます。

それから、出欠票と配席図、これは裏表で印刷をしております。

それから、資料でございますが、四角囲いで資料としたものと、委員の先生方には委員用資料としたものの2種類をお渡ししております。傍聴、報道の皆様には、資料としたもののみをお渡ししております。これは、市町村が運営される休日夜間応急診療所の決算状況を調査しました資料につきまして、それぞれの自治体の議会での決算承認が済んでおりませんために、市町村さんからの御希望もありまして、診療所ごとの決算数値を空白として一般の資料としてはおつけしているものです。委員用資料では、この資料で空白とした部分につきましても、数字をお示しをしております。

それから、竹林委員さんからカラーコピーと、それから医療経済の読み方という資料を提出いただいておりますので、配付させていただいております。

また、毎回申し上げておりますけれども、この会議は、奈良県の審議会等の会議の公開に関する指針によりまして公開で行われます。報道機関の取材及び傍聴をお受けする形で開催いたしますので、御協力をお願いいたします。また、後ほどの議事録作成のために、御発言いただきます際には、マイクを回していただきまして、御発言をいただきますようよろしくお願いいたします。

なお、本日の出欠でございますが、北村クリニックの北村先生と看護協会の安彦先生につきましては、都合により欠席をされております。

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： お忙しいところ集まっておいただきまして、どうもありがとうございます。

今、杉中さんの方から開会のあいさつがございましたけれども、前はちょっと議事の進行がまずくて時間がおくれてしまいましたので、きょうは必ず時間を守って定刻に終わりたいと思っております。

まず、事務局から資料の説明をよろしくお願いいたします。

事務局： それでは、失礼ですけれども、座ったままで説明をさせていただきます。

前回までの部会での議論を深めていただくという趣旨で、きょうは資料を用意い

たしました。

まず、一次救急を担う休日夜間応急診療所の機能につきまして、診療機能の充実と集約化の議論が行われました。充実の必要があるという意見を多数いただきましたとともに、現在の応急診療所が一定のトリアージ機能を果たしているということで、今の機能で十分であるという御意見もございました。ここでは、委員の皆様から御指摘をいただきましたそれぞれの診療所の経営状況について、県内11カ所の診療所に対して協力をお願いしまして調査を行いました。そのまとめを資料としてお配りしておりますが、先ほども申し上げましたように、各診療所ごとの決算措置につきましては、市町村議会における審査がまだ終わっておりませんために、非公表としていただきたいという御意見が調査先の市町村からございましたために、本日の傍聴の皆様、報道機関にお配りしている資料では、その部分を空白としております。後日ホームページで公開するデータもこの形になります。資料の1ページと2ページのタイトルの最後に公開用と括弧書きしておりますけれども、それがその部分でございます。

委員の皆様には、別途委員用資料というタイトルをつけたものを配付しておりますので、ここではそれぞれの決算数値を入れた資料をごらんいただきながら、説明を進めさせていただきたいと思っております。

それでは、資料の1ページ及び委員用資料の1ページをごらんください。

まず、調査の調査内容でございますが、それぞれの休日夜間応急診療所の平成19年度における収入及び支出とその内訳、それから来所患者さんの診療科別の内訳並びに医師、歯科医師、看護師等、職種別の配置人員を調べたものです。

なお、配置人員のカウントにつきましては、休日の昼間、それから準夜帯、深夜帯のそれぞれの時間を標準として、1名配置の場合は1とカウントして、配置時間が半日程度になる場合は、0.5というような形でカウントする形で回答をいただきました。

それぞれの診療所の開設時間には若干ばらつきがございまして、後ほど説明する単位日数当たりの費用等の数値につきましては、比較の時点で多少の誤差が生じておりますことを御了解いただきたいと思っております。

また、歯科診療所も開設している五つの診療所につきましては、配置人員の医師の欄に歯科医師の配置数も含まれております。

次に、ページをめくっていただきまして、2ページの休日夜間診療所の状況、分析編と書いておりますものをごらんいただきながら、簡単に説明をさせていただきたいと思っております。

まず、1の基本データのところですけれども、開設時間の下に地域人口を記載しております。これは、それぞれの休日夜間応急診療所を運営しておられます市町村の人口でございます。複数の市町村によって運営されているものも含め、主として奈良盆地地域の市町村によって運営されておまして、この11の診療所を運営する市町村の人口は奈良県全体のおよそ93%に当たります。11の診療所で人口分布によりますと、ほぼオール奈良県をカバーしているというような形でやっております。

次に、応急診療所の運営に係る地方交付税の算入額というのをお示ししております。これは、標準的な規模の応急診療所の収支差額を基本にいたしまして、人口を変数として算入されているものです。それぞれの人口規模によりまして、自治体としてこれぐらいの額が必要だろうということで算入されているという形になっております。

その下の収支過不足額、これは単純に収入と支出の差を出したものなんですけれども、かなり赤字額が大きくなっているのがごらんいただけるかと思います。収支状況は、診療所によってさまざまではございますが、平日の夜間を含めて開設している奈良市、橿原市、それから生駒市が他の市町村に比較して事業規模が大きくて、それに伴って収支不足も大きくなっているというような状況になっております。

次に、基本データのところで、市町村トータルでいきますと、交付税で算入されているのがおよそ7,700万円に対して、収支不足が4億2,000万円と非常に大きくなっているというようなデータになっております。

次に、2番の患者数に関するデータでございますが、患者数は施設によりまして、かなりばらつきがございますが、目安として2段目に地域人口当たりの患者数をとってみました。平日夜間にも開設している奈良、生駒、橿原の3カ所の中でも生駒、橿原の患者数が多くなっているという状況でございます。また、それ以外の基本的に休日だけ開けておられるところに関しては、三室、五條の患者数が多くなっています。1人当たりの診療報酬額というのも参考に出してみましたけれども、ほぼ7,000円から1万円の範囲で、割とこの辺は似通っております。これは、前回の部会に提出させていただいた資料の中で、各応急診療所の設備が割と似通っているということもございまして、そういった意味でも報酬額も類似したようなデータになっているということかと考えられます。

次に、3番の医師・歯科医師に関するデータでございます。これは、毎日開設しておられる診療所と休日のみの診療所では、配置数にも大きな開きがございます。医師の配置時間に多少のばらつきがございますので、単純な比較はなかなかできませんけれども、医師の配置数当たりの患者数が最も多い大和郡山市が収支も一番いいというようなデータになっております。

次に、医師確保費用に関するデータでございます。ほとんどの市町村では、お医者さんの派遣に対しまして、定額の委託料または報酬を地区の医師会さん等に支出されまして、医療収入や医業指数によって収支が変化するという仕組みになっておりますが、奈良市さんのみ、定額の委託料を支出した上で、診療報酬を全額委託先の地区医師会さんへお渡しして、医薬材料の購入も医師会がその中で行うというシステムを採用しておられます。このシステムでは、患者数や診療単価によらず、市の収支は固定するといったシステムになっております。

参考に、医師の1勤務単位当たりの確保費用につきましては、診療所によってばらつきが大きいですが、おおむね10万円内外といったところになっております。

最後に、5番目で収支均衡ラインの試算というところに表をつくりました。あくまで試算になりますけれども、患者さん1人当たりの診療報酬や医業費用を現在を水準としまして、患者さんがどれぐらい受診すれば収支が均衡するのとかというこ

とと、患者さんの数を現在のままとした場合、1人当たりの診療報酬額がどれぐらいになれば、収支が均衡するののかというのを試算してみました。

先ほども説明いたしましたけれども、奈良市さんの場合、契約の形がよそと違いますので、この平均、市町村計のところには奈良市さんは入っておりません。これは机の上での計算ではございますけれども、収支に注目した場合、受診患者さんがもう少しふえる、あるいは検査設備等が充実することによって、診療の報酬単価がふえるということによる収支改善も考えられるというような見方もできるかと思えます。

もちろん、そうなることによる診療所の医療従事者の負担増ということもありますので、一概には申せませんが、集約化とか、設備の充実といった前回の部会で議論していただいた内容が経営面に関しても選択肢の一つになるのではないかとというふうに考えられます。

ちなみに、ちょっと資料は別紙資料というところの5ページをちょっとごらんいただきたいんですけども、この5ページの資料は、いわゆるコンビニ診療と言われている状況について把握するために、小児医療部会の関係で小児の二次輪番病院の来院患者さんの実態調査をこの8月上旬に行いましたときのデータでございます。このうち県立三室病院における診療報酬の平均単価が、これ実は8月17日の調査の部分抽出してみたんですけども、ここで外来①と区分しておりますところ、17名の患者さんがございましたけれども、点滴とか検査を行った患者さんにつきまして、平均とりますと、そこに書いてございますように1万6,473円という平均の診療単価がございました。

一方、外来②ということで、投薬のみなど、ここでは休日夜間診療所の現在の機能で十分対応できたのではないかといた患者さんにつきましては、平均診療報酬が9,000円程度となっております。設備の利用の有無、診療内容による単価の差というのは実態としてはあるということがわかります。

それでは、その第3回救急医療部会の公開させていただく資料につきまして順に御説明をいたします。

まず、1ページと2ページは先ほどの委員用資料のうちの個別の診療所データを空白にしたものでございます。

3ページでございますが、これは小児医療部会に提出されました小児科の先生の意見ということで提出されました資料でございます。小児医療部会におきましても、当部会と同様に、1)で休日夜間応急診療所の充実、あるいは2)のところ、トリアージ機能の充実といったことが議論されておまして、おおむね小児医療部会の中でも、これが必要ということでは共通の認識となっております。

次に、4ページから6ページは、先ほどごらんいただきましたけれども、ことし8月の一定期間に小児輪番病院に受診した患者さんのデータを分析したものです。5ページの表では、外来②と区分された患者さんは、投薬のみなど、現在の休日夜間応急診療所で対応できたのではないかと分析される患者さんなどですけれども、これが全体の3分の2程度になっております。現在二次輪番の方に回っておりますこの部分が、一次に回るということになりますと、現在のかなり疲弊しているとい

うようなことが言われます二次病院の状況はかなり改善されるのではないかと
ことが考えられるかと思えます。

それから、6ページでございますが、これはこの4ページ、5ページの調査の期
間中に二次病院に受診した患者さんが、その病院に受診しようとした動機に関する
アンケート調査の結果でございます。中では、直接病院に問い合わせをしたという
ケースですとか、あるいは消防の方で二次病院を教えてもらったというようなケー
スが多くなっております。いわゆるここで何らかの方法で適切な誘導が行われれば、
二次病院への集中というような状況も若干変わってくるのではないかとというよう
なことも考えられます。

次に、ちょっと資料が飛びますけれども、9ページから11ページをごらんをい
ただきたいと思えます。これは、医療情報とかトリアージの充実という点に関して、
これも小児医療部会に提出された資料なんですけれども、小児救急の電話相談のデ
ータでございます。

10ページのデータでごらんいただきますと、相談がございました案件のうち、
およそ3分の2が助言、指導で終わるとか、昼にかかりつけ医に行くように勧める
とか、心配はないけれども、何か異常があれば、医療機関に行くように勧めるとい
うような形で、直ちに受診する必要がないケースと判断されておまして、トリア
ージ機能が有効に機能しているということが言えるのではないかと思えます。

ちなみに、本県で小児救急の電話相談を実施しておりますのは、土日、祝日の夜
間11時まででございますけれども、11ページの一覧にありますように、他府県
では、平日の夜間を含めて看護師さんの相談も取り入れながら実施しているケー
スが結構ございまして、小児医療部会でも充実が必要ではないかという認識がされ
ているところです。

次に、資料をちょっと戻っていただきまして、7ページ、8ページでございます。
ここに今まで2回の部会で御意見をちょうだいしました県民啓発ということがござ
いました。それに関する資料といたしまして、これは10月から県庁のホームペ
ージで受益者の立場から医療資源を考えるというテーマで、県民電子会議室とい
うのを開設いたしまして、その画面のプリントアウトでございます。

県民啓発の必要性については、救急医療部会以外の部会も含めまして協議会全体
でいろんな意見をちょうだいしておりますけれども、今までも冊子の配付ですとか、
広告など、いろんな手法がとられてきましたが、費用対効果など、非常に難しい面
もございます。県としましては、このような電子会議室も含めまして情報提供だけ
ではなく、県民の声を受けとめて、自らも考えていただけるような機能の充実
に今後とも努めていきたいと考えております。この資料では、10月からスタート
いたしました電子会議室の御紹介をさせていただきました。

それから、トリアージに関連しまして、情報の的確な伝達ということで、前回、
それから前々回の部会でもそれぞれの病院で、今、何ができるかというリアル
タイムの情報伝達ができないかという意見もちょうだいしております。これに関
しましては、現実問題としまして、現場で診療に当たっていただいているお医
者様が逐次端末の入力を行うということは現実には難しいというような問題も
ございます。1

2ページと13ページの資料でも実際に受入不能ということになった理由もさまざまというところがございます、単にベッドの満床というような理由に関しても、さまざまな内容があるというようなことから、なかなか実効的な補足は難しいというような状況がございます。

それから、資料はございませんけれども、前回でも議論されましたドクターヘリと耳鼻咽喉科の一次救急体制につきまして状況報告をいたします。

ドクターヘリに関しましては、9月の定例県議会におきましても、知事も他府県のヘリの共同利用が現実的である旨を答弁しておりまして、現在、県南部を対象に共同利用をお願いしている和歌山県のドクターヘリとあわせまして、和歌山県のみだけではカバーをできない地域を対象にしまして、大阪府のドクターヘリを和歌山と同じように、利用回数に応じた負担で利用させていただくために、事務的な詰めを行っているところでございます。今年度に入りまして、和歌山県さんのドクターヘリは、今までになく多い回数で飛んでいただいております。現在のところ、7件の利用がございまして、実際、県で予算措置しておりますのは2回分ということなんですけれども、それに対しまして非常に利用件数が伸びてきている。ある意味ではドクターヘリの有効性が理解されてきたのかなというところがございます。

それから、耳鼻咽喉科の救急に関してでございますが、当部会あるいは小児医療部会で検討をしていただいております一次応急診療所の充実と、関係者がかなり重なっている部分でもありますので、具体的検討に当たりましては、当部会での御判断をいただきまして、実現性について関係機関と協議をしてみたいと考えております。

資料については、以上でございます。

榊部会長： ありがとうございます。

引き続きまして、竹林委員からカラー刷りの資料をいただいておりますので、竹林委員に説明をお願いいただけますでしょうか。

竹林委員： 失礼します。先日も東京都で、妊産婦の患者さんのたらい回しがありまして、このカラーコピーの方は、きょう発売されました週刊「東洋経済」と言いまして、これは経済雑誌なんですけど、「東洋経済」とか「ダイヤモンド」というのは、大体エリート企業のサラリーマンが読む雑誌なんですけど、そういうエリート企業のサラリーマン40代、50代の方が今一番心配しているのが医療の崩壊で、こういうカラーの特集、これすごいんですけど、60ページ、70ページなんです。これだけ国民の目が医療に対して、特に救急に関して向いていると。それで今度の衆議院選挙で何を基本に投票しますかというのと、今週になりますと、ちょっと変わってましたですけど、先週の日経新聞では1位が医療、2位が景気、今週は、さすがに株価の低迷を反映しまして、1位が景気でして、2位が医療でしたけれども、実際、この私どもが携わっている現場の医療というのは、非常に救急の部分で危機に瀕していると思います。

医師不足というのは、もうどこの病院でも、医師が足りているというところはなく、東京都でああいうたらい回しが起こったということは、東京というのは人口対ドクターの数は日本でトップクラスなんですけど、そこでも救急を、ちゃんとみれ

ないと。都立墨東病院というのは、母子周産期医療センターと言いまして、そういう専門の病院でして、私どもの精神科の世界でも墨東病院は精神科の救急のトップクラス、都立松沢病院と墨東病院がトップを走っていたんですが、救急に対応できなくなりまして、一日に東京だと精神科の触法患者と言うか、警察が運んでくる患者さんだけで100人以上いて、慈恵医大から5人来ていた精神科の先生が週に1回当直なんですけど、何十人と診ないといけないわけですね。ほとんどの人が精神運動興奮状態ですから、もう夜の診療に耐えきれないと。

私どもの病院も救急輪番をやっているんですけども、今、一生懸命私ども精神病院協会が厚生労働省に働きかけているのは、夜間の当直帯も医師の勤務時間に入れてくれと言っています。昔の当直みたいに、当直室で寝ていて、夜中に何か患者さんにあつたら、起こされてちょっと診てというんじゃなくて、今は救急当番のときはほとんどドクターは寝てないんですね。そのまま次の日も勤務しますので、非常に危険な状態で、このコピーにも書いていますけど、外科医の72%は当直明けまで手術をします。これが長時間の手術にまたがるとやっぱり居眠りとか、医療事故につながりかねないんじゃないかと。

そういうことを考えまして、奈良県はせっかく県立医大があるのに、それでも医師が不足しているというのは、やっぱりドクターの待遇改善とか、そういうことにも踏み込んで考えていかないと、私の記憶では、20数年前ではありますけど、奈良県救命救急センターで研修医をしていましたときに、研修医の給料が11万円で、当直手当が1万円なんですけど、当直手当だけで13万円つきまして、さすがにびっくりしまして、給料より当直手当の方が多いなあ、13回以上当直してたんだなあというような状態で、若手のドクターに、もうちょっと環境を整えてあげないと、勉強もできないし、病院勤務に残ってくれないし、私どもの病院でもつい最近、1人、若い40代のドクターがやめていったんですけども、やめていったって開業したんですけど、それでも病院へ行ったら病院へ来ているんですね。「先生どうしたん」って言うたら、「いや、僕、しぎさん病院好きなんで、週に1回ぐらいバイトに来ているんです」と。だけど、輪番制のときの当直、精神保健指定医ですると、6人、7人と来るときがあつて、非常にハードで、でも、ここに常勤でいると、精神保健指定医を持っていると、僕だけ当直したくないという無理は言えないので、僕は開業しましたと。でも、日勤はしたいので、病院へ来させてもらっています。当然うちもドクターの数が足りないので来ていただいています。そういういろんな今日本の置かれている状況、そういうことを考えまして、非常に危機感を持っています。

三重県伊賀上野の病院は、勤務医の先生の4割が70代です。当然70代の先生には当直していただけませんので、いろんなところからパートの先生に来てもらって苦勞していますが、このあたりでちょっとお医者さんの働く環境について、我々も考えていくべきではないかなと思いまして、資料を出させていただきました。

こちらの医療経済の読み方という方は、これは私どもの仲間で元日本医師会の日医総研の研究所長でした川渕孝一という、非常に優秀な一橋大学を出た研究者ですが、厚生省の病院管理研究所にもおりまして、彼が本当に今、医学部の定員をふや

して、それですぐに医療崩壊が救えるのかというようなことを書いてますが、この3枚目の45ページに、国立大学、公立大学、私立大学の運営交付金、国からの地方交付税が出てますが、奈良県立医大は学生1人当たり578万円、和歌山は744万円、京都府が749万円と、この200万円の差はどこから出ているのかなと。どういう仕分けでこういうふうになるのかなというのは一度衆議院の奥野先生か、参議院の中村先生に質問してみようと思っっているんですけど、こういうことも関係するのかなということで出させていただきました。

以上です。

榊部会長： ありがとうございます。病院における医師が疲弊しているということを如実に別のデータで示していただきました。今、杉中さんの説明と、竹林先生が資料をお持ちいただいたんですけれども、一次の救急というのは、前日も夜間休日診療所でトリアージをして、そこで診れる人はそこで対応すると。そこで対応できない方を病院にトリアージして、できるだけトリアージ機能を持っていただくのがいいのではないかという話が出ていたんですが、今の説明で先生方、御意見ないでしょうか。

奥地委員： この休日夜間診療所の1ページの収支のところを見まして、全体で右の一番下のところで、4億2,000万円の赤字ですか、年間4億2,000万円の赤字は、これはどこが補てんしていると考えたらいいんでしょうか。

榊部会長： 基本的にはその診療所を運営されている市町村さんが負担している形です。

この資料を見ると、どこも赤字ということでございますけれども、運用のやり方によっては、ある程度、収支に関して将来の見込もあるのではないかなというような見方も出来ると思うんですけれども、他に御意見ないでしょうか。

竹林委員： 私、奈良病院の救命救急センターにおりましたときに、いろんな病院の空床状況がちゃんと見れるように当直室に一応コンピューターはあるんですけど、何日もその数字が変わってないわけですよ。それはなぜかと言うと、救命救急センターもいろんな救急病院もドクターがみんな忙しいので、来ている患者さんを診るのに一生懸命でですね。そうすると、だれか決まった人がそのネットワークの数字をカウントして入れかえするというようなシステムを奈良県でつくるだけで全然違うと思うんです。サンフランシスコ市とか、アメリカにはコーディネーターというのがいまして、救急コーディネーターというのが病院に常駐してまして、それが必ずうちの病院に関しては小児科に空床がありますとか、産婦人科に空床がありますとか、そういうことを入力しているんです。そのコンピューター、今でした救急車の中でこの小さいノートパソコンを開くだけで、どこの病院にどれだけ空床があって、きょうの当直専門医は呼吸器の内科の医師であるとか、循環器の内科の医師であるとかが見れるんですよ。そしたら、救急車の中で救急隊員がそれで判断して電話できるんです。だから、20年も前にパソコンのネットワークだけつくって、入力して生かしてないと思うんです。だから、そういうことにやっぱり県のお金を使えば、システム的にもっとうまくいくんじゃないかなと思います。

榊部会長： 救急の二次病院の端末の話ですね。ちょっとその前に一次救急における夜間救急の話をもっと聞いていただきたいと思います。この件について、どなたか御意見ほかにないでしょうか。

夜間休日診療所の機能の充実をさせて、そこで、ある程度トリアージをしていただいて、さらに診療が必要というときには病院に行くというシステムをつくるというのが現実的ではないかなと思われるんですけども、現在の実態は先ほど説明がありましたように、各市町村がかなりの赤字を出して、それをカバーしているという現実ですので、問題は県と市町村と各医師会でもうちょっと詰めて、どうすればこのトリアージがうまくいって、患者さんが休日夜間診療所を利用していただいて、トリアージ機能を高めるというようにしていくのがベストなのではないかなと考られるんですけども、いかがでしょうか。

救急隊に電話があったら、休日夜間診療所をやっているのに、ここの病院へ行きなさいというような説明をするといったことが、アンケート上ですけど、そういうこともあったみたいなので、その辺を含めて、市町村と県と担当していただく医師会等の間でもうちょっと詰めていただくという方向しか、この部会としては出せないのかと思うんですけど、いかがでしょうか。

奥地委員： 先ほど4億円ぐらい赤字ということなんですけども、その4億円、どうせ赤字でしたら、そのうちの例えば500万円とか、わかりませんが、10分の1とか、5%でもいいですから、設備投資とかに回す、その余裕というのはないものなんでしょうか。年間500万円でもあれば、相当整備は充実すると思うんですが。これはだれに質問かわかりませんが。

榊部会長： 奥地先生の方からそういう話がございましたけれども、ここで生駒市の行政の方が地域の方から出席していただいておりますが、こういうことは、やっぱり各地域の市町村で担当されている方々と県と医師会との間で、今、奥地先生が言われた機能の充実と経営面においても、これをちゃんとやるとそれなりの費用がかかってくるということで、その辺の収支もあるでしょうから、三者間でやっぱり詰めていただくという方向で対応していただいて、休日夜間診療所でトリアージをしていただいて、どうしてもこれは入院が必要だとか、あるいはもうちょっとちゃんとした治療が必要だというときには、病院をそこから紹介していただくようにしていくというのがよいのではないかと思うんですが、いかがでしょうか。

武末委員： 先生の御提案ですけど、設備とか施設の整備は、今、何とかお金を出せばなるというご時世ですけども、やっぱり普通の医療、救急医療にしてもそうですけれども、最終的にそこで働いていただく医師とか、看護師の方々がいるのかどうかというところが、今の現状での最大の問題点、課題となりますので、それについては施設の整備や設備の整備とあわせてどういった形でこういう一次救急をやっていただけるのかと。

もちろん逆にこれを整備すればするほど、患者さんがふえるという御懸念もありますから、恐らくそれとあわせて適正な受診ということの推進も必要になってくると思いますので、できましたらこの委員会ですらうところの御提言をいただいて、具体的なことについては関係者との協議を持たせていただければというふうに思う次第でございます。

以上です。

榊部会長： ありがとうございます。休日夜間診療所というのは、基本的には市町村との話し合

いで医師会の方でカバーしていただいているという、いろんなカバーの仕方はあるかと思うんですけども、具体的にはどのようにしていくのかというのは、県と市町村のそういう担当の人々と、それからドクター、いわゆる医師会の方である程度詰めていただいて、その上でどういうやり方が一番いいのかという話をさせていただくのが現実の問題として一番いいのではないかなと思うんですけども、その中で、先ほど武末先生がおっしゃったように機器の充実とか、そういうようなものはお金さえあれば、当然できるわけですけど、片方で、先ほど出てましたようにドクターの疲弊状態、ドクターがいない、あるいはそれをカバーしてくれる看護師さんがいないという環境でありますので、どういうやり方が今ベストなのかというのは、三者でもうちょっと詰めてくださいと、この委員会としてはお願いするのがベストではないかと思うんですけども、いかがでしょうか。

尾鼻委員： 先日の東京都の問題でもあったんですけども、やはり専門の医師がいないと。今は医師の話ですけども、救命救急センターですけども、やはり人材が不足してきている。どこもそのような形になってますので、例えば県としてどこかから人材を集めてくるとか、そういうような手だてはないんでしょうか。

武末委員： 協議会で医師確保部会というところがございまして、その中では、県内での医師の定着方策であるとか、もちろん県外から奈良県に戦力隊に来ていただくというようなことは議論しております。簡単に申し上げますと、主に南和については、やはり県外からそういう医療を志向する方に来ていただけないかと。北和については、比較的県内の定着ですね、はっきり申し上げますと、奈良県立医科大学の卒業生をはじめとして、できるだけ県出身者をはじめとする方々が県内で働いていただけないかと。ただ、ここは悪循環に陥っておりまして、働く環境が悪くなれば、いい方に流れるということに、少なくとも奈良県は少なっているようでございますので、それをぐんと変えて、働く環境をよくして県内定着をふやしていただくと、だんだんと充実していくというところに、どこかで踏ん切りをつけなきゃいけないと。

今日いただいた資料も、その時期がまさに今来ているんだという意味での御意見だと賜っておりますし、資料の65となっているページの最後では、特区ではカバーできないと考える。コストについて国民はどう判断するのかということで、やはりこの資料の冒頭にあります日本がOECD諸国の3分の2の医師数というのは、実はこれ社会保障国民負担率がOECDの平均に対して、日本における国民負担率は3分の2というところで、たまたまこれは一致しているだけの話なんですけど、やっぱり負担について給付が制限されるというのは、ある程度やむ得ないところかなと思っております。

今の総理大臣は、日本は中負担、中給付、中福祉というようなことを申しておると聞いておりますけれども、その中負担、中福祉が高福祉、高負担に向かう通過ポイントなのか、それとも最終ゴールなのかというのはちょっと国の今後の、国全体、もうとっくに受給者たる国民を巻き込んだ意見を踏まえていくところかなと思っておりますが、恐らく公の医療に携わる方々としては、高負担、高福祉が一番いいのではないかという理念のもとで、ただ、それをどうやって国民の方々に見せていくのかということは難しいかなと。実は何かそういった医療問題を扱った映画でも、フランスはすばらしいと言いながら、でも、それにはいろいろあって、単に本当にすばらし

いだけではなくて、いろいろなことがあるというふうにも個人的には思いましたけれども、それぞれの国の社会保障制度のいいところ、悪いところがありまして、日本にも日本のいいところがある中で、これらの今起こっている問題について、どう解決していくかということは、今後、本当に国民というか、この部会においては県民にも考えていただきたいというふうに考えています。

以上です。

榊部会長： ありがとうございます。武末先生がおっしゃいましたけれども、その前に竹林先生の御意見も、東京都はもっと医師が充実していたと思っていたのに、ああいう状況と、大阪も少なくって断っているということで、これは奈良県の抱える問題というより、日本全体が抱える問題でもございますので、ここでそんな協議がなかなかできる状況でもないんですが、少しでも充実していこうというような観点から、一次に関しては基本的には夜間休日診療所の充実、そのためにどうあるべきかということをおと市町村と、それからそれぞれの医師会とで協議をして詰めていただく。できればトリアージをそこでしていただいて、病院へ一次も二次も三次も来る環境を少しでも緩和していただけるという方向にさせていただくのが一番いいのではないかなというように思うんですが、ここでそういう結論というよりも、三者でもう少し詰めてくださいという話でいいでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

榊部会長： では、そういう方向性でこの委員会としてはさせていただきたいと思います。再度お話しさせていただきますと、県と市町村と医師会、そこでもうちょっと詰めていただいて、どうするかという協議をしてください。この救急部会としては、そうさせていただきたいと思います。

それでは、次に、救急搬送、前回、話題になりまして、先ほども竹林先生がおっしゃいましたけれども、リアルタイムで情報伝達をどのようにすればいいかと。これは大変難しい問題だと思っています。これについて、現実には、なかなかドクターも働いておられておられて、今どうだということを端末にリアルタイムに入れるということは難しい問題で、それがなかなか機能しない、先ほど竹林先生がおっしゃいましたように、いつも同じデータが病院から出されているというのが現実だと思うんですけども、その背景には、やっぱりこの入力する人について、ドクターでもできないし、じゃあだれか事務職の人がおられて、ドクターに代わって入力することができるかという、こんな状況なので、ちょっとそこで意見の違いというか、そういうようなものがあったりして、なかなか難しいことではないかと思うんですが、その問題について、いかがでしょうか。

これは杉中さん、県として考えてもらっていることはあるんですか。

事務局： 今のシステム上では、竹林先生もおっしゃいましたように、空き病床の状況ですとか、あるいは各病院によって対応できる疾病とか、設備の状況ですとか、あるいは現在受け入れが可能かどうかというようなことがシステムでは示される形になっております。

ただ、これは前々回のときにもお話ししたかと思うんですけども、その入力更新を基本的には一日2回行っていただいております。どうしても入力時点と実際に救急隊の方がごらんいただく時とで状況に差異が生じてくるということがございま

す。これをどれぐらいの頻度でやったらいいかという、非常に難しい問題でして、現実としてリアルタイムでは対応できてないというのが現状でございます、何日も同じ状態ということは基本的にはないと思うんですけども、今、各病院にお願いをして入力を更新していただいているのが一日2回の状況で、それが結果として、実際に問い合わせしたときに異なっている場合があるというのが現実でございます。

榊部会長： 救急隊の方からの御意見はないですか。

眞井委員： 今の入力のお話ですけども、資料のところに添付されておりますように、基本的に救急隊は情報システムを病院選定の最優先の資料として対応しているんですけども、竹林先生がおっしゃったようにシステムがリアルタイムに、それも今急患が入ったぞと。そしたらシステムを更新しなさいというようなところが、本当にリアルタイムに情報が提供していただけるようなことであれば、例えば資料の12ページにありますような手術中で断われたと。例えば専門外医師、処置困難というのはその傷病者の状態によって拒否される場合があるんですけども、緊急搬送において受け入れに至らなかった理由としては、本当にリアルタイムに情報が提供される状態であれば、半数以下にはなるというようなデータがここにも出ておりますので、本当にリアルタイムな情報の提供がしていただけるような方法で、当然、マンパワーが要るとは思うんですけども、そういう対応がしていただければありがたいというようなところでございます。

竹林委員： やっぱり奈良県の救急医療をよくするというのをどれだけ低コストでやるかという、これしかないと思うんですね。これ救急輪番制とか、二次救急に参加しているすべての病院に人間を配置するんです。夜間と救急だけ。それも公務員は難しいのであれば、そういうコーディネートしてくれる会社をお願いする、外部委託して。そして、コンピューターの前に必ず1人座ってて、今うちの病院では、例えば榊先生が脳外科の手術に入っておられるとか、どこのICUが1床あいているとか、そういうことを必ず1人人間がいれば入力できるわけですから、その情報を集積センターをつかって、そこからすべての救急車にパソコンを置いて、フォーマの電話の端末をつけて、そこから情報を送ると。そうすると、すべての救急車に乗っている方は、その行き先、どこに行けばいいか、近くのどこがあいているというのがわかりますから、格段によくなって、一番安いコストだと思うんです。これから医者を増やすとか、看護師さんを増やすことができないので、今たまたま救急の搬送時間を半分にするとか、それから空いている病院を探して、わざわざ吹田まで救急車で走っていったりとか、そんなことしなくていいためには、もうこれだけの最低限のことなんで、これは知事さんをお願いして、これやってくださいと。奈良県でこれをやれば、日本中の都道府県は真似します。

以上です。

武末委員： ある程度改善することはわかるんですが、コーディネーターの方がそのためには、まず病院の状況を把握できなければならぬとすると、そのコーディネーターに病院の状況を判断する人がどなたなのかということになりますね。機械がやるのか、人がやるのかで、結局はそのコーディネーターに今の病院の受け入れ体制を入れるというのと、あと、これ救急の受け入れ可能かどうかというのは、例えばベッドが

空いているというのがクラシカルなインディケーターだったはずなんですが、要は、前回は議論ありましたように、実はベッドが空いているかどうかというのは、もう今あんまり関係ないんだということが前回でも議論があったところで、ベッドの空床状況をいくら一生懸命やっても無駄ですねというのがあったと思います。

最終的に、じゃあだれが受け入れを判断するかというと、やはり個々の発生した救急患者に対して、その関係する診療科の先生が恐らく判断をしているということで、私ちょっと先生の意見をもう少し補充していただきたいのは、要は、そのコーディネーターと、例えばですね、具体的に言いますと、ある事例と言った方がいいでしょう、もう妊婦さんが脳卒中を起こしたときには、やっぱり産科の判断と脳外科の判断が要るわけですね。それを受けたコーディネーターがどうですかと言われても、その場では答えられないのではないかと思いますので、結果的には産科や脳外科に連絡し、ある程度の情報を持って、じゃあ受け入れるということになると、さらに麻酔科を呼び、そして小児科を呼び、ICUの準備をしという、実は私、何で周産期で問題になるかと言うと、そもそも2科、産科と小児科が連携しなきゃならないし、プラスの帝王切開だったら麻酔科だし、ベッドについても母体のベッドとICUというちょっと特殊なところ、さらにそれが不足、理想数がすべて不足している。

近年、ちょっと特に、マスコミ等で問題になっていますが、そこにさらに理想数の不足している脳外科医、手術ができる脳外科施設というのがかかると、これは東京でもいかなかったんですねというのが、今回の一つの切り口なのかなと。これはもちろん全体的な医師不足によって水面下から出てきたような問題であって、これは問題を解決しなくても、多分医師を増やしていくとまた、水面下に潜っちゃうんですが、要は、先生の御指摘のあった脳外科と麻酔科、産科、その診療科がどうやって、その三つの診療科がかかわる病気をだれがまず診て、だれが受け入れて、それをどういうトリアージというか、どの帝王切開の外科の手術をするのか、母体の妊娠を維持しながら、脳出血の手術をするのかとか、そういうのを日本の医療というのは、どういうふうにしていくのかを考えていなかったのではないかなと思うんですね。

というのは、医療ドラマでも、割とアメリカのドラマだと、まだばあっと受け入れて、レジデントみたいな人がばあーと診て、だれ先生呼んで、だれ先生呼んでやってるんですけど、日本のドラマって不思議と入院するときに診療科が決まって入院してきますよね。何かそういう診療科を振り分けるみたいなことをやらないような気がするんですけど、そんなことをちょっと今回のきっかけに考えているんですが、多分先生が言われているのはそこをやる人っていう意味なのかなあと思ったりしますが、そこら辺いかがでしょうか。

竹林委員： 医療コーディネーターというのは絶対これから日本で必要になると思うんですけども、今回、東京のを例にしますと、墨東病院に電話しているわけです、もう1回目に。それで墨東が診れないと言ったために、7カ所の病院を回って最終的に墨東へ戻ってきているんです。患者さんの立場で、医者の方でなくて、僕が患者とか、患者の親であれば、お医者さんに診てもらいたいんです。だから、どっかの病院へ

行って、まず診てもらったら、まず安心するんです。それは脳外科の医者であろうが、産婦人科の医者であろうが、例えば精神科の医者であろうが、医者に診てもらいたいというのがまずありまして、一番困るのは、専門医がないからって拒否されるのが一番困るんです。私の母親が75歳ですけども、呼吸器の障害を持ってまして、気管支拡張症で突然痰が詰まって呼吸がとまりそうになったりとかしまして、病院にかかっていた、ある病院に、これは有名な病院です、超名門病院です。そこに夜中の12時に救急でタクシーで行ったら、きょうは呼吸器科の医者かいないので診れませんと。救急車呼びますからと言われて、夜間救急診療所に運ばれたんです。そこで、これはもう難しい病気なんで診れませんと言って、大阪の成人病センターへ運ばれて、私は何のためにこの病院へ毎週通院してんのんと。私は信じられないと。私は自分の夫が医者だけど信じられないと。

僕は完璧な医療というのは確かに無理かもしれないけど、患者さんの期待にこたえてあげるといえることが一つのあるべき医療だと思うんです。私の女房の実家は福島県の会津郡と言いまして、香川県と同じ広さのところに病院が二つしかなくて、女房のお父さんは兄弟3人で全部救急車が来たら診てました。3日に1回当直で、外科医だったですけど、骨折の手術でも、脳外科の手術でも全部やりました。それはすごいなと思いましたが、今それやるとミスすると訴えられますんで、そこまでは無理ですけども、でも、まずだれかドクターが診てあげる、診察してあげるという立場をとってあげないと、いつまでたっても完璧な医療は無理ですし、医師数が本当に足りないんで、完璧な医療は確かに無理なんですけどもね。

僕がお願いしたいのは、だからコーディネーターを育てるといえるのは、1年、2年でできるので、ぜひその医療コーディネーター、救急コーディネーターというのを育てていただいて、別に公務員じゃなくても構いませんから、そういうビジネス立ち上げたい人、たくさんいるんでね、そういう仕事を民間にやらせようということでも、一つの進歩、せつかく救急委員会ができて、何か一つぐらい新しいことを提案しないと、知事さんに申しわけないなと思ったんで言いました。ぜひよろしくお願いします。

西田委員： 二次救急の受け入れる側の立場からの意見です。先ほどからトリアージのことをおっしゃっていますが、竹林先生のおっしゃることもわかりますが、例えば小児の救急医療のあるべき姿のところにトリアージセンターの件が書いてあります。3ページです。電話で対応するわけですね。電話で対応して、3ページの文章で書いているトリアージは、小児科経験の豊富な看護師が行い、小児科医師がアドバイスすると書いています。文章で言えばこうなんです。しかし、実際電話を受けた者は、かなりの責任を負います。僕自身も二次救急を受ける側として、ダイレクトに救急隊から電話をしてくださいますと。事務を通すと、そこでどうしていいかわからないという状況が起こりますので、ダイレクトでドクターに連絡してくださいという形で救急隊員の人に言っております。じかに電話で受けたら、自分自身は治療できる立場ですので責任がもてるのですが、やっぱり電話で判断するとなったら責任問題が生じるんですね。実際、どうするかと。やっぱり実際に診ざるを得なくなってしまう。だから、そこに例えばコーディネーターの方も入ってもいいと思うんですけど、その方の責任たるや、結構なもの

だと思っうんですね。法律的にどういふ対処になるか、例えはそこでミスをしたときに、救急の受け入れをどこへ搬送するかというトリアージを働かせたとしても、ミスをしたとき、どういふ法律的な罰則があるかどうかわからない。だから、自分自身医者であつても、電話で情報をいただいても判断しかねないんです。だから、それはなかなか現実的には難しい状況かなと思ひます。

榊部会長： 西田先生は循環器の救急に携わつておられての御意見だと思ひますが、奥地先生いかがでしょうか。

奥地委員： そのコーディネーターですが、いい案ではあろうかと思っうんですけれども、先ほどいふゆる資質的なものですよ。なかなか一言で言つても、すべての救急をトリアージしてといふのは、なかなか訓練も要りますし、言ひは易く行ひ難しかもしれないなといふふうに聞いておりました。

それで、その電話といひますか、情報ですよ、医療情報の救急情報といふふうなことがリアルタイムに提示されてないといふことですよ、おのおのの病院が、すなわち輪番の病院ですと、特に民間の病院ですと、その輪番に当たつたときは、患者に来てもらった方がいいんじゃないんですか、民間の病院でしたら、来てもらいたいと思っうんです。来てもらいたいといふことは、そのリアルタイムで事務の方が、すなわち患者さんが来てもらった方が収益が上がつて、と考える方が端末を変えていくんじゃないかと。けれど、端末を変えにくいところは準公的なある程度の組織を持つている科別で独立してベッドの判断であるとか、入院の判断であるとか、外来の受け入れの判断とかをやつてゐる大きな組織のところはなかなか端末を変えるのは難しいんじゃないかといふふうに判断します。

一つの科の意見で端末に入れられるかといふことは問題があります。例えは奈良医大ですと、なかなかこれは組織が大きいんで、我々のところも独自に変えてますけれども、うちだけの判断で、例えは脳外科が入ると、今は一応脳外科も診ますけれども、最終的には脳外科の専門の先生にコンサルトして手術の判断をしてもらつと。それから、心臓外科に關しても心臓の手術が必要な症例を、もし受け入れ可能の判断を救命救急センターだけでして、もし、とつたときに、もう既に心臓外科でオペが始まつてて、手が出せないといふことが生じます。組織が大きくなればなるほど、あのシステムをうまく運用することができないといふふうな現実があるように思っうんです。

ですから、そのようなくとも配慮していただひて、消防の方はもう配慮していただひてますのであれだけ見て、ぱつと送つてくるといふことはないです。やはり一たん電話をかけて、こつなつてこんな患者さんですが、いけますかといふ、まず事前の連絡をいただひて、そして受け入れといふ形になりますので、ある程度大きな組織はそのような体制になつてゐるんじゃないかと思ひます。

尾鼻委員： うちもやはり全部うちで受けるわけにいかないの、ですから、脳外科と心臓外科、ほかのところに相談を、まず電話がかかつてきた時点で、とつてええやろかといふ相談をしてからでない、できないような状況です、ですから、なかなかそれをコーディネーター1人に任せてしまふといふのも、なかなか難しいとは思っうんですけれども、ただ、うちの夜間の当直帯の事務の方が結構スーパートリアージみたいな形で結構頑張つてくれる方がおるので、それで割合うまいこと回つておるよ

うなんですけども、やっぱり難しいものがあります。

榊部会長： 民間病院の立場から桜井先生、いかがですか。

桜井委員： 先ほどから議論がありますように、民間病院、二次救急病院としましては、やはり体制を整えたからには患者さんが来ていただいた方がありがたいというのはあるんです。それには一次救急のトリアージがはっきりしている。それから正確な情報をいただける。それからバックアップ体制がある。そういう全部の情報、あるいは体制が整った上での救急体制があれば、安心した医療が、医師も、医療関係者も十分な能力を発揮できる状態に置かれるわけです。三次救急ができたきっかけというのは、24時間で100万人都市に1人のクリティカルな患者が発生すると、そういうのが基本になってできてきたと思うんです。それが今、患者さんのニーズが多様化することによって、そのクリティカルの基準が変わってきているように思うんですよ。ですから、当初の24時間、100万人に対する1人のクリティカルな患者発生がすごく煩雑になってしまって、受け入れ体制が難しくなっているんで、混沌としてきてると考えます。

ちょっと話戻っていいですかね。応急診療所のデータを見せてもらいましたけども、もう一度収支のバランスの、改善できることを分析して、ある程度、この人件費比率、あるいは設備投資の比率、すべての比率を出して、理想的な比率に近づけていけるような、ここに大体書いていただいているんですけども、医師1人当たりが担当する患者数は10名で、患者1人当たり医療費が1万円程度で、医師1回当たりの確保費用が10万円とか書いてますから、こういうのをもう少しきっちり分析して理想的な数値に近づけるような努力を市町村でしていただきたいし、医師会との歩み寄りを具体的にされたらいかがかなというのが一つです。それから搬送患者の情報を二次救急病院がもう少しきっちりとしたデータをいただいて、なぜかと言うと、二次救急病院は、従業員の安全確保が大切ですし、また、軽症でも夜間に過呼吸症候群というような人が二、三人救急外来に来ると、本当の救急医療というか、手をとられて診られない状態になります。正確な情報が伝わってこないで、泥酔した人が1人入って、若い女性の過呼吸が1人入って、それで交通事故が入ってくると、もうとても2人の医者では診きれないんですよ。それで数少ない従業員では診きれないというところがありますので、もうちょっと正確なデータをいただいて、その救急医療に集中できるような環境づくりをしてほしいというのがあります、二次救急としてはね。

それから、あとは三次救急のバックアップ体制が、あるいは市町村の大きな病院のバックアップ体制がはっきりと定められれば、またもうちょっと充実した救急医療ができるんじゃないかと思っております。

榊部会長： 議題が前後してあれなんですけど、一次救急のトリアージというのは、医師会の方と県と市町村とでどうしたらうまく運営されるのかというようなことを詰めていただかないと、ここでこうしなさいという解決法はともつかないと思っております、その辺は山本先生もいいでしょうかね、医師会の方から見ていただいて。

山本委員： 先ほどからずっと聞いておりましたけども、何か知らんけど、大きなところへ進んでいくようで、また元へ戻るようで。ただ、医師会が休日診療所にいたしまして

も、日常の診療において果たしておる役割というのは、やはりある程度認めていただく必要があるとは思っているんです。私もちょっとそういうふうなところにもあまり関係してなかったということもあるんですけども、ただ、言えるのは、やはりそれぞれの地域がまずちゃんとした形をつくると。そういう形、それが一次救急とか、二次救急まで進んでもいいんですけども、そういう地域内での一つのちゃんとしたものをつくって、そしてそれが波及されて、県内で一つの大きなこうした救急関係のネットワークがちゃんとできるような、そういうふうなシステムに持っていけないと、それぞれのところが自分のエゴといいますか、そういうふうな利益とか、そういうふうなことだけを考えておったんでは仕方がない。

僕はとてつもないことを言うかもわからないんですけども、例えば先ほどからトリアージ云々とか、そういうふうなことがある。じゃあ県にそういう専門的な、そういうふうな人をすぐに、例えば8時間労働ですから3人雇いまして、そしてそれが毎日毎日では困りますから、ある程度の交代制を入れる。そういうふうな人を、例えば県とかそういうところに一つのところに雇いまして、それであらゆるところのそういう情報とか、そういうふうなものを全部集めてそれぞれに振り分けるとか、そういうふうなとんでもないことでも考えていくというのはいかがなものでしょうかと常に思っているんです。そういうふうなことをして、初めてネットワークとか、そういうふうなものも生きてくるんじゃないかと。

そしてまた、それをそういうことの下でそれぞれの医療機関、これは公立ということになりますと、ある程度の義務的なものがあるかもわかりませんが、日本には私立の病院というのは非常に多うございますので、そういうところで、やはりそれをバックアップしていくということも、県のあたりがまず中心になって考えていただくというのも新しい方法だと思っておるわけでございます。

榊部会長： ありがとうございます。一次の夜間ということじゃなしに、それは県と市町村と医師会で、今の話をもうちょっと詰めてください。ここでどうこうしろと言ったって、なかなか結論出ないので、二次の今、端末の話に前へ進んでいますので、その話、コーディネーターを入れた話について、どうですか。

岸本委員： 精神科救急の参考のお話なんですけど、精神科救急は一医療圏でやってまして、県下一医療圏制度が適切じゃないかなと思うんですけど、ベッド数が全部で3,000余りですから、精神科のベッド数ですね。それで一医療圏でやっております。

精神科救急情報センターというのを奈良医大に2年前から24時間稼働で置いております。なかなか引き受け手がないので、医大の精神科の医者に全部やらせてきたんですけど、予算の関係もあって。県下の民間病院にちょっとお願いして、精神保健福祉専門職を派遣してもらおうことで、順調にしていると思うんです。

それで、どういう問題があるかということ、非常に順調にいくようになったのは、奈良医大が三次救急、精神科ですよ。三次救急を全部受け入れるので、そうすると、三次救急というのは、緊急措置入院で警察から来る、大変ややこしい患者も時々来るんですけども、そうしますと、とりあえず診てくれというので警察が連れてくる事例が非常にふえて、その後、連れてきてもらうのは非常に困るとかですね、鑑定して非該当になって入院しなくてもいいという事例が非常に増えたということが

あるんで、トリアージするようになると、どっちかという事例は来てくれということになるんです。だから、やはり三次の病院がバックアップがしっかりしないと、一例も逃さんと診ようと思うと、やはり相当な覚悟が要るんじゃないかなということと、それから、先ほど日医の民間病院の呼吸器内科の話とか、民間病院は二次の体制を整えば、患者さんをちゃんと診ますよという話がありましたけど、勤めている医者にしたら、やはり訴訟があるので、どの病院も複数科で最近では当直させていると思うんですね、大阪の病院。私のとこの親戚もそこで副院長してますけど、それでもやはり医者を増やしたけれども、救急をとるのは以前に比して3分の1となっている。そんな状況があるので、やはりバックアップ体制がしっかりしないと、難しいんじゃないかなという気がします。

それから、先ほど尾鼻先生のところでも自分ところの事務員がトリアージをやっているということもあったんで、だから、山本先生の話は県下全体ということでしたけれども、医療圏でやはり経済的に効率のいい方法で、民間病院や公的な病院が協力しながらやらないと難しいんじゃないかなと、そう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。この二次のコーディネーターの問題というのは、大変難しい、今、御意見いただいただけでもなかなか解決というか、結論出しにくいと思うんですけども、総合診療科をされている西尾先生、何か御意見ないですか。

西尾委員： 皆さん、議論されているのを聞いていたんですけども、コーディネーターの話ですけども、当病院では空床のベッドの管理とベッドのコントロールはすべて当直師長に一任してやっているという状況なので、各科の時間外というか、当直帯の勤務状況、例えば緊急のオペをしているとか、整形外科が緊急オペに入ったとか、産婦人科が開産に入ったとか、すべての情報はその当直師長が把握して、それをタイムリーに奈良市の消防局には伝えています。

トリアージに関しても、電話での問い合わせに関しましては、一次救急対応で可能なかかりつけでない初診患者は一たん当直医に相談の上、救急夜間診療所に行っていただくように最近では誘導しています。そのおかげか何かわからないですけども、我々が泊まる全科当直をやっている総合診療科の当直も最近では一次の患者は逆に減ってきたような印象はあります。

ただ、救急車に関しましては、一極集中というか、PR体制をしいてる効果なのか、影響なのか、救急車の台数は増えてきていますが、その中身と言え、これはちょっと論点からずれるんですけども、一次救急対応が多くて、その辺は県民の啓発も必要ではないかというふうに改めて感じているところです。

あと情報システムに関しまして、こちらからの要望といいますのは、消防側からの患者情報が奈良市だけなのかもしれないですけども、いつも指令から電話がかかってきます。ですので、直接現場の状況がわからない。患者さんの状態も指令によってはいいかげんな情報しか流さないということがありまして、いざ救急外来で診てみれば、全然電話の内容と違うとかいうこともありますので、これはもう奈良市消防には申し入れはしていますが、現実、その対応も始まっているんですけども、救急救命士が携帯で直接電話をかけてくるというシステムを現在稼働しようというふうにして、対応しております。

幾つか問題点もありまして、コストの問題とか、あるいは指令が把握してないところで患者を受け入れると、またあと転送の問題になると、またちょっと指令と情報が共有できていなかったりとか、そういう問題点はありますが、現場の救命士、あるいは現場のドクターにとっては非常にいいシステムだと思っています。

榊部会長： ありがとうございます。竹林先生がおっしゃったコーディネーターを養成して配置するという、それも先ほどから言ってますように、病院の事情が全くすべて把握できている人でないと、なかなかそういうコーディネートするのは難しいと思われるのと、それからこの間の都立墨東病院の件ですけれども、例えば産婦人科の先生がオーケーと仮にしたとしても、その患者さんが来て、お産は対応できるけど、脳の手術は対応できないというような、こういう問題もあったり、あるいは私、奈良医大でも、心臓外科の先生が疲弊状態で、この間も大動脈瘤が破裂といったんで、夜中、大動脈の手術しておったら、もう全然・・・というような、そんなこともございまして、なかなかそこにだれかコーディネーターがいるからといって、リアルタイムに情報を流すという、この行為は非常に難しい問題、難しい課題だと思うんですね。竹林先生おっしゃったように、医者は何でも診んといかんのだという姿勢ももちろんあるべきだとは思いますが、しかしそういうことだけで対応できる、今の現実はその時代ではございませんので、それはなかなかこの委員会として、こうした方がうまくいきますよという、なかなか結論は私は出せないのではないかと。ただ、病院として、そういう機能をやっぱり努力していくしかないし、その努力をしていくためのある程度サポートというのは、やっぱり県として考えてくださいねというぐらいになってしまうんですけれども、武末先生、そこはいかがでしょうか。

武末委員： より先生の御提案を実現可能にするためには、やはりある程度どこまでが、どのぐらいの患者を一次で引き受けて、二次はどこからどこまでなのかというのを、なかなかこれも難しゅうございますが、こうしないと、少なくとも100万人に一、二件発生するのを三次というふうに、私もたしか定義したというふうに記憶しておりますが、そうすると、その三次救急医療たる県立奈良病院とか、医大が10人も20人も引き受けていると、奈良県民の人口は一体何人だという話が今現状になっているんだと思います。

そもそも三次医療の場合は、脳外科、心臓外科、婦人科、麻酔科、ありとあらゆる診療科が必要であったとしても、夜間に1例か2例は引き受けられるというコンセプトでつくられた救急体制が、今、まさにそういうふうにはなっていないというところがあって、そこはある意味で二次のところは全然、二次なのか、一次なのか、0.5次なのか、わからなくなっていますし、その影響で結局、二次で入院とか、手術を要する人が三次に流れて、結局三次で生死を数分で争うような患者さんが死んでいるというのが、今の現状でしょうから、そこの整理を、これは奈良県でできることなのか、それとも国として取り組むべきなのかわかりませんが、いずれにしても、そこの再構築というのがいずれにしても必要なのかなと思っています。

桜井委員： 今回の救急システムの更新に当たりまして、一つは双方向性の情報を入れられることにしようというのと、もう一つは、詳しい情報を入れられるようにしようとい

うのは、その当直医の専門性を生かした情報システムにしたいなというのがありますね、ですから、今の救急情報システムには結構詳しい当直している医師の情報を入れられるようになってると思います。ですから、現実的に今できることというのは、各病院の、二次救急の場合ですけどね、二次救急の個々の病院は輪番を省いて、輪番は常に診ることも大事なんですけども、他の病院は、例えば今日は整形外科の足の外科の先生が当直ですよというふうな情報を細かく入れておくと。そして、県の方で、消防とか、あるいは各二次医療圏でバックアップ体制が必要なその夜の疾患と、十分に診られる疾患を区別できると思うんですよ。ですから、その辺を応用していくと、それがコーディネートの道につながってくると思うんですよ。

竹林委員： だから皆さん誤解されているのは、僕がコーディネーターと言うのは、受け入れるコーディネーターじゃなくて、入力してほしいわけです。だから、きょうの当直の先生は何先生ですということを入力してもらいたいんです。それを入力するだけで、コンピューターの画面を見れば救急隊の人は全部わかるじゃないですか。毎回電話して、いや、きょうは整形外科の先生、当直違うから手術できませんわとかじゃなくて、整形外科の当直はどここの病院にしてるとか、精神科はどこが受け入れているとかいうのを見れますからね。だから、それを見れるだけで一つの情報ですから、だから、リアルタイムに情報を更新するコーディネーター、要するに入力する人です。だから、うちはベッド空いてます。それからうちの当直医は胸部外科専門ですとか、そういうことを入力してもらっているだけで、救急隊の人が全部電話せんならんということがないわけね。

それと、もう一つお願いしたいのは、一次救急で、僕が奈良医大で当直しているときもよくあったのは、タクシーがわりに救急車乗ってくる人がいるので、こういうものに対する有料化とか、そういうことを考えてもらわないと、僕は奈良医大の精神科で、もう病棟で患者さんが暴れてんのに、来てくださいと言われて行ったら、何のことはない、ペンタジン中毒の患者で、先生レントゲン撮ってくれよと。あんた何で救急車で来たんやと。そしたらタクシー代かからへんからって。晩やったら待たんで診てもらえるがなって言う人が毎日来てね、そういう人に対してちょっと考えてもらわないと、いくら何でも救急の先生大変ですよ。最終的には、そのペンタジン中毒はうちの精神科が全部取りましたけど、よその科に行くわけですよ、うちが断るとね。そういう人に関して、やっぱり救急隊員なり診た先生なりが、この人は救急の必要なしですよという人からは8,000円なり1万円なり取るとか、そういうことをしないと、何ぼでも出動回数ふえると思うんですが。言いたいこと言わせてもらって済みません。

武末委員： その議論をするためには、その記録をとってもらわなければならないんです。今、先生おっしゃられたのは、恐らく病院のカルテに残らないんですよ、そのほかに行ってくださいと言ったときに。そうすると、その患者がなかったことになるんですね。今、実態として、例えば少しチラチラと出てますけども、薬物中毒の方とか、泥酔の方とかが最も消防隊の方が受け入れ先がなくて困っているんだけど、アンケート調査をすると、そういう患者さんは1件もないんです。ですので、そこからスタートになるのかなと思いますので、そこはちょっと今、実は診療管理士さんのお

られるような病院で、そういったデータがとれないかなというような試みをやってみますので、やっぱりそこは先生、やっぱり何か出してもらわないとですね。

竹林委員： カルテは書いてましたですけどね、全部。

武末委員： それが多くの場合は消防とのやりとりでもう受け入れません、泥酔ですから、いや、うちは受け入れられませんが終わっちゃうと、そうすると消防の記録にも残らないかもしれないですね。

あと先生言われたような、もう本当にタクシーがわりにしていて、先生も救急実習されたかもしれませんが、そのとき経験されたと思います。あつあそこに住んでいるだれだれさんねと、またかと、今週2回目だよと、ぶつぶつ言いながら、救急隊の方が出動される、いわゆるブラックリストの方というのは、なかなかデータに出てきませんよね。本当にそういうことは多分現場の方々は感じていらっしゃると思いますが、なかなか、きょうのこういった公式の会では初めて出るのかなという気がしますけれども、多分消防の方が一番最も困っておられるのは、そういう方々なんではないかなと思います。

眞井委員： 消防の方といたしましても、今お話しされたところが一番懸念されているところで、消防の方も119番通報があれば、ほぼその方が救急車は必要ないであろうというような判断がされた場合でも、やはり要請があった場合には、以前の部会の際にも話しさせていただいたように当然出動します。そういう指をくわえて見て、毎回毎回出動しているのではなく、ある程度の頻回者にありましては、福祉関係の方とタイアップして自制していただくようにしたり、例えば適正利用に関する広報活動も前回もお話しさせていただきましたけれども、やはり総務省の消防庁の方でも救急業務における民間活用とかも推進が図られてると。

実際、奈良県の中で民間活用というところの、どこが民間で、どこら辺までが救急車が利用されて、どこの患者さんは一般によく走られている患者輸送の車で対応できるんやとか、そこら辺の線引きもなかなかできないところでありまして、消防側といたしましては、近々開催するんですけども、患者と搬送事業者の認定制度というのを、この制度は当然平成の初めからあるんですけども、今まさに奈良県の事業者でも300事業者以上あるということなんですけれども、そういうところに消防が全くかかわってない。やはりこれは軽症である、救急車は必要であるかないか、みんなの線引きのところやはり消防も黙っているんじゃないし、そういう認定制度、乗務員さんの応急手当の習得とか、将来的にですけども、今お話しされているところで頻回利用者、または明らかに救急車が必要でないであろう119番通報されてきた方の、例えば民間の業者を紹介するのに、消防が認定している民間の事業者さんに軽症な患者さんを選別できるようなシステムが将来的にとれるよという形で、今、その第一歩を進めていってるかなというところがございます。今、まさに横浜、東京では、実際、試験的に運用されているシステムですけども、はい。

以上でございます。

榊部会長： 救急隊、救急車の利用に関しては高額のお金がかかっているというか、東京都の統計でもわかっているわけですけども、それをタクシーがわりに使うということ

については、これは、県民とか、奈良県だけの問題じゃなしに、国自身がやっぱり対応を考えていかないといけない問題だろうと思いますが、多分どの地域でもそういう問題を抱えられてて、表に出ている部分と出ていない部分があるんだろうと思いますけれども、ちょっとそれをこの場でするには、なかなか結論を出し得ない問題もありますので、県民に啓発ということを努力してくださいということで前へ進めたいと思います。

時間もございますので、ドクターヘリに関しましては、大阪府、それから和歌山県をお願いして協力をいただくというような方向が出ているみたいなので、それについては皆さんこれでいいでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

榊部会長： ありがとうございます。あと前回に問題になりました耳鼻科救急のことですけれども、これも一次の救急とか、休日夜間診療所の中に歯科の診療台を利用して、耳鼻科救急医会も協力していいですよという話でございましたので、それも各市町村、奈良県と耳鼻科医会というふうになるか、そこはちょっと私わかりませんが、そこでもうちょっと詰めていただくということでいいでしょうか。

山本委員： 耳鼻科の医療ですが、耳鼻科の医師会の方で一応検討課題とさせていただくというふうに言っておきます。

榊部会長： それはよろしくお願ひします。前回の細井教授の話だと、耳鼻科医会は協力、すべての診療所じゃなくて、限られた診療所ですけども、協力すると言われていたので、あとそこをもうちょっと詰めていただきたいと思いますのですが、きょうの大体の方向性というのは、休日夜間診療所をもうちょっと機能を高めてトリアージしてくださいというところに最終的に集約できるのかなと思うんですが、5時までに終わりたいと思っておりますが、ほかに御意見ないでしょうか。

奥地委員： 二次、三次救急で救命センターからの要望ですけども、救命センターでは、先ほど武末先生が言われたみたいに生きるか死ぬかの患者さん、これは心肺に物すごく重篤な状況の患者さんもちろんっておりますが、複数部位の疾患が、頭と骨盤とか、それから精神科疾患があつて、自殺して骨折があつて出血があるとかね、外傷を持った精神疾患とか、そういうふうな患者さんも多数受け入れております。受け入れてはいますが、その受け入れるために問題となるのは、やはり二次から回ってくる患者さんですね、それがかなり多くなっております。これまでですと、二次救急、二次輪番、特に準公的なある程度の規模の病院ですね、そこですと、例えば内科で何か手術症例があつたら、その病院の外科に言って、その内部で処理するとか、例えばオンコール呼んで処置してもらうとか、従来行われてきたわけですけども、それがこのごろ行われなくなっています。その病院で何か手術症例が発生したとしても、その病院の外科的な部署には言わずに、もう救命センターへ運んでくると。ですから、結局、準公的な病院で手術がもうできなくなっている現状が今起こっている、そういった状況を認識していただきたいと思います。

ですから、二次が過去あつたみたいな形である程度充実して、そこで処理できるもの、例えば消化管出血の内視鏡的な止血など、二次で自己完結できる部分をもう少し、以前やってこられたような形でできるようなシステムをつくっていただきたいと思います。

ております。

榊部会長： 今の問題も難しくって、病院協会の方からファクスが来て、奈良県内の相当大的な病院で麻酔科がないから外科の手術はしめんと、そういうのが現実なんで、これは県が抱える問題というよりも、今、日本の国が抱えている、先ほど竹林先生が資料を出していただきましたけれども、この問題は大きな課題として残るわけです。奈良県で奥地先生が言われたように、一つの病院で完結するとか、完結させるようなことも、いろんな診療科の先生が関与しないと、内科の先生が診られて、内視鏡で出血をとめないといけないので手術が必要だといったときに、夜中に麻酔科の先生、外科の先生と看護師のトリアージやれるかという問題も抱えているんだろうと思いますし、ちょっとそれはかなり大きな問題になりますので、ちょっとこの救急部会でなかなかこうした問題の解決は難しいなと思います。救急部会でそういうことが話題となって、大変な問題として認識しているということで、報告させていただきたいと思いますが、いいでしょうか。

山本委員： 対処してくださいという提案といいますかね、その要求をするべきがこの部会と違うんですかね、と思いますので。

榊部会長： 先生おっしゃられるように、それをちゃんと解決できるようにしてください。でも、なかなかその解決のすべというのは、これは武末先生どうなんでしょうか。

武末委員： すべての問題が県で解決できるものとは思っておりませんが、出していたかないと何もなりませんので、出していただきたいと思います。ただ、この問題もそうですが、出していただいたことをすべて県で解決しろと言われても難しいので、これは国の問題なのか、県の問題なのか、あるいは医療関係者、県民をまじえて考えるものかというのは、解決できない問題については、問題として挙げていただいて、ただ、これは具体的な解決策はこれから皆さんで考えていきたいと思いますので、この部会としてはよろしいのではないのでしょうか。

非常に無責任に聞こえるかもしれませんが、ただ、問題はあることとして挙げないと、解決はいつまでたってもできませんので、いかがでしょうか。

榊部会長： 山本先生は呼吸器外科の先生で、私は脳神経外科で、私が医者になったころは、麻酔も全部外科医がやって、それで手術もして、それが当然という時代だったんですけど、今はやっぱり麻酔は麻酔科の先生にかけていただかないと、若い先生方も仕事ができせんという、こういう時代になって、患者さんも麻酔科の先生が麻酔をかけてくださいと、当然おっしゃるわけですし、そうすると、当然そこには麻酔科の人がいないと何もできなくなるんです。外科的手術はできなくなる。そういう時代でもございますので、原点に戻るわけですが、やっぱり人材の充実という道しか解決はなかなか難しいのかなと思います。

それから、医療の病理の分担がありまして、外科医が1人で何もかも解決ができない、画像診断にしても、やっぱりそれなりの画像をちゃんと診断できる放射線科の先生がおられるのとおられないのではやっぱり違ってくるでしょうし、ちょっとそういう大きな課題をこの救急部会で解決はできませんけれども、やっぱり一番問題になっているのは、一次救急というか、一次の患者さんを一次か二次か三次かわかりませんが、そこをきちっとトリアージしていただけるシステムだけはやっぱりここ

で、その対応をしていただける県と市町村と、それから医師会の先生方とで話し合っていて、トライアージしていただいて、そこで、もしこれは二次、三次だという判断だと、二次、三次の病院がそれに対して解決するというか、努力するという方向でしかないのかなと思いますけれども、時間も迫ってまいりましたので、第3回の部会としては、そういう方向性を打ち出すと。いろんな意見が出たことは、そのまま記録として残すようにしていただいて、また、医療審議会の方へも出して検討していただきたいと思います。

それから、もう一つは、こういう救急で二次救急の病院とか、三次救急の病院も慢性期になった患者さんが出ていく場所がなくてですね、そこを埋めているために、部屋があかないという問題も、いろんなところで抱えておられると思いますし、それを動かしてくださいということも、これ県の方で、そういう部会も今、動いているんだと思いますけれども、そこもちょっとよろしく願います。医科大学も慢性期の患者をいくら探しても引き受け手がないから困って、そのために新しい患者さんが入院できないという、こういう環境も片方でございますので、ぜひこれを解決してもらって、そういう部会の方でよろしく協議してください。

武末委員： 繰り返しになりますが、多分、最後に先生がおっしゃった救急のベッドをあけるためにということなんですが、それも先ほど私が繰り返し言っております一次の基準、二次の基準、三次の基準、どこまでを一次が診て、どこまでを二次が診て、どこまでが三次を診るというのを時間軸に直したただけの話で、三次で受けた患者をどういう状態まで回復したら、どこかの病院に移すというクライテリアが実はこれ日本の医療は非常にそういうのをつくってこなかったという経緯がございます。これはですから、県の問題なのか、国の問題なのかということでもあるんですが、そういうのがないと、なかなか医療提供者側も、患者さん側も動くことについては、なかなか難しいということがありますし、どこの病院を受診するのが適正な診療かということも受診する側からはなかなかわかりづらいし、逆に言えば断る側からも断りにくいということがあるので、多分、方向性としては、とりあえず一次を強化するという話もありますけれども、最終的にだんだんじゅんぐりに一次が充実すると、今度は二次をどうするのか、二次をどうかすると、三次をどうするのかということが何となく将来の課題として見えてくるので、ここの救急にかかわる先生方におかれましては、できればこの患者は一次ではないかと思ったら、何かそれをマークするとか、この患者は二次と思って回したら、二次からいや違うよという話があったとか、何かそういう話し合いの場がどこかにないと、なかなか県として取りまとめしていくのも、私は専門家ではございませんので、かつもう少し、今調べますと、そういうクライテリアは実は微妙に昼か夜かとか、日曜日なのか、祭日の夜なのか、あるいは場合によっては医療機関側の状態によって微妙に変わってるんですね。ですので、何か決まった線を引けというわけではなくて、先生がリアルタイムにというのは、恐らくそれが一次の医療機関のクライテリア、二次のクライテリアが実はそんなに固定的ではなくて、相当変動するものだと。それを理想で言えばリアルタイムにやればいいんだけど、そのためにはどうすればいいのかというのがベースになる、その基準なりがないと、なかなかそのシステムの動かしようがないというのが現状で、ちょっと前まではベッドがあいていれば、受け入れられるというよう

な簡単なクライテリアだったのが、今はそう簡単ではないなというところが、さまざまところが県にやってくれという、最後、だめ押しであったところについて、逆にそれをやるためには医学的にそういうようなところの御検討をいただきたいということになってくるのかなというところを予告としてちょっとお伝えして、私の方からは以上でございます。

奥地委員： 以前から一次、二次のクライテリアというふうなことで出ておりますけれども、これは僕はもう元来ある、外科であろうが、内科であろうが、入院を要さないものは一次で、入院を要するものは二次という、もうこれが一番の原則ですから、そこをベースに分類というのはやっていかんとあかんのではないかと。ですけども、今は本当に二次施設に一次が、本来の入院を要さない患者さんが8割ぐらいいると、8割か9割でしたかね、前の統計では。そういうような状況がありますんで。だけど一次、二次の分類の原則は本来のものでいいんじゃないかなと、僕は思っておりますけれども。

榊部会長： 例えば診られてですね、この人はCTは撮っておいた方がいいでというときに、休日夜間診療所ではやっぱりできないわけですね。そうすると、病院へお願いしてCT撮って、やっぱり何もなかったから一次ですと、だけど何かあったら二次ですよと、その辺の区別は難しいということもあります。

武末委員： それも周産期であって、正常分娩は結果論だと言われたんですが、入院するかしないかは結果論なんですね。そこに行くまでに患者さんの家族、患者さん、消防隊は入院する必要があるかどうかはわからないというところで、大体その目安となるのがやっぱり何か必要かなというところがございます。

以上です。

榊部会長： いろいろ先生方に御意見いただいてありがとうございます。先ほどお話しさせていただいたような、県と市町村と医師会の方とでぜひ詰めていただきたいと思しますので、よろしく申し上げます。

ちょうど5時で終わることができたと思いますが、皆さん、これでよろしいでしょうか。

それでは、どうもきょうはありがとうございました。

事務局： 次回は、また改めて日程の調整をさせていただきたいと思っておりますけれども、今のタイミングでは医療計画で示す救急医療の部分についても、そろそろ御審議いただくというような形になってくるかと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

以 上