

**第 10 回 広島市救急医療コントロール機能運営協議会（議事録）**

- 1 日 時 平成 31 年 1 月 8 日（火） 19 : 00 ~ 20 : 00
- 2 場 所 広島市役所本庁舎 14 階 第 7 会議室
- 3 出席者 別紙のとおり
- 4 内 容

**会長挨拶****志馬会長**

この協議会については、しばらく開催の間隔が空いていたところ前回平成 30 年 9 月 5 日に第 9 回協議会を久しぶりに開催した。広島市における救急医療コントロールの問題について、とても突っ込んだ話が前回できたのではないかと思います。ただ、その中でデータが不足しているところがあったかと記憶している。そういったことも含めて、今回新たにデータを示していただき、これを踏まえて救急医療の改善に取り組んでいければと思う。救急医療コントロールシステムの問題は、常に改善を続けていかなければ良くなるので、改善の必要性を認識していただき、前向きに取り組んでいける協議会にしたいと思う。どうぞよろしくお願いしたい。

**議題（1）救急医療コントロール機能の運営状況等について****芦田医療政策課長**

- 資料 1 救急医療コントロール機能運営事業の概要について
- 資料 2 救急医療コントロール機能の運営状況を説明。

**議題（2）広島市民病院を搬送先として選定した理由****芦田医療政策課長**

- 資料 3 広島市民病院への診療科目別・交渉回数別・選定理由別搬送人員数【平成 29 年中】を説明。

**議題（3）交渉 10 回以上の患者の背景について****芦田医療政策課長**

- 資料 4 平成 27 年・28 年中の交渉 10 回以上の交渉回数別・背景別の搬送人員を説明。

**板本委員（広島市医師会常任理事）**

この資料は、内科、脳神経外科以外も含まれているのか。

**久保警防部救急担当部長**

全て含まれている。

**板本委員（広島市医師会常任理事）**

整形外科の指の切断等が背景にあるのではないか。

**久保警防部救急担当部長**

背景の部分に特化して調査したものではなく、当局の業務報告書の中に「飲酒あり」と記載されていたものについて整理したものになる。平成 29 年中の指肢切断の症例数は 40 症例あり、

その内交渉 10 回以上は、私の記憶上では 2~4 症例である。この資料の交渉 10 回以上の中にはほとんど指肢切断は入っていないと思われる。

**板本委員（広島市医師会常任理事）**

整形、外科、脳神経外科の割合が多いのか。

**久保警防部救急担当部長**

全体の症例数でいうと内科が当然多い状況だが、交渉 10 回以上のくくりの割合で言うと、整形外科がだんだんウエイトを占めていっており、割合が増えている。

**志馬会長**

このデータをどのように解釈するか。飲酒や精神疾患等の患者背景によるものも大事だが、ある意味どうしようもないところもある。一方、板本先生がおっしゃるように、背景なしのところにおいて、改善できる余地がこの 64%の中にあるのかなのかということでもあると思う。この 64%を解析していくこともひとつの課題と思う。

#### **議題（4）広島市民病院への交渉状況について**

**久保警防部救急担当部長**

資料 5 広島市民病院への交渉科目別・交渉回数別交渉状況を説明。

**吉田委員（広島市民病院副院長）、内藤主任部長（広島市民病院救急科）**

資料 6 交渉 4 回目以上の患者について広島市民病院で受入困難だった理由【内科・脳外】を説明。

**内藤主任部長（広島市民病院救急科）**

受け入れられなかったほとんどの時間帯は深夜時間帯で、医師・看護師の手が取れなかったことが主な理由である。直前に数件救急車を受け入れ、重症の患者さんがいた場合、受入困難患者と言われても受け入れられない。1 回目の受入要請から時間が経って、再度、同じ患者の受入要請があった際に手が空いたので受け入れたケースが 3 例ある。受入困難の理由は、ほとんどが入口での人手不足。病床がないから受け入れられないという理由はなく、ほとんどが外来で帰宅している。

**志馬会長**

簡単に言うと、全体の応需率が 70%程度であり客観的にはそう高くない。交渉 4 回目以上であっても残念ながら応需率は変わらず 70%に留まっている。つまり、30%の応需が常に発生している状況がある。困難事例についても様々な理由がある。タイミングの問題もあるが、キャパシティとして受け入れたくても受け入れられない状況が多いようである。

**吉田委員（広島市民病院副院長）**

前回の協議会の時、医師間の温度差があるのではないかと発言したが、確認したところ、そういうことはないということだったのでご承知おき頂きたい。

#### **議題（5）広島市民病院のコーディネーターの役割等について**

**長谷川副看護部長（広島市民病院医療支援センター）**

資料 7 広島市民病院のコーディネーターの役割等について

資料 8 救急入院患者に対する「説明・同意書」

を説明。

## 議題（6）今後に向けた論点について

芦田医療政策課長

資料9 今後に向けた論点を説明。

### 各委員等からの主な意見

村田委員（広島共立病院院長）

広島市民病院のコントロール機能は内科・脳神経外科ということで、最初から外科系は外れているが、他都市はERと言えば外傷が当然入っており、コントロール機能にも外傷が入っている。広島市としては、外科・整形のコントロール機能を追求していかなければいけないと思う。現状のままでは話が進まないの、広島市民病院でできない場合のシステム構築についてもひとつ論点にいられていただくと良いと思う。

交渉1回目での受入が、輪番当番である広島市民病院が多いとなっているが、他の輪番病院でできるだけ1回目の交渉を受け入れる仕組みをもう少し強化し、交渉4回目以上を軽減するというのを強く進めていく必要があると思う。

内藤先生がおっしゃった、受入困難の理由は医師・看護師の人手不足ということで、そういったところの体制強化をどのように行うべきかと思った。

支援病院での受入がスムーズにいったらこの仕組みが上手く回るのかと言うと、先ほどの受入困難の事例から言うと支援病院でどんどん受けてもこの現象は解決しないかと思う。その辺りの仕組みをどう強化していくかを論点にさせていただくと良いと思う。

芦田医療政策課長

キャパシティという観点で、今回の調査の期間中も満床だから受け入れられないというものが基本的にはあまりなかった。まずは住民の受診行動に関する啓発や、初期救急での対応をしっかりとし、さらには輪番制をより効果的にやっていくという前提のもとで、受入困難事案を受け入れる病院として広島市民病院以外の病院も考えるかどうか、さらに整形外科・外科についても広島市民病院以外の病院も含めて仕組み作りをどう考えるかが大変重要だと思うので、先生方から御意見を順次いただきたい。

志馬会長

この論点を基本として市の方で整理していただき、この骨格をもとに、具体的な方向性と今後のデータの取り方について考えなければならない。広島市民病院の応需率、内科輪番における広島市民病院の受入度合といったことに、よりフォーカスを置いてデータを見ていく必要があるかと思う。

板本委員（広島市医師会常任理事）

受入困難事案は輪番時間帯が多いと思う。内科の場合、広島市民病院と内科輪番が1病院あるかないかという状態。したがって、夜間に広島市民病院がファーストコールになるのは仕方ないかと思う。広島市民病院以外の輪番病院でどのくらい受け入れているのかを調べたところ、要請数が少ないのかもしれないが、1日1件ない。消防局としては、広島市民病院以外の輪番病院に電話しているのか疑問である。

## 久保警防部救急担当部長

輪番の内科は、広島市民病院は内科というくりだが、その他の内科系については循環器や呼吸器等バラバラな状況である。そういった中で、内科は1列で広島市民病院が365日受けているが、その他の内科については2階建てで、2階の部分は、5月の例で言うと、5月1日は県立広島病院が循環器、2日は土谷総合病院が循環器、3日は吉島病院が呼吸器という形で、それぞれ特化した部分がある。内科のときに循環器にコールすると、当番の医師は「当院は循環器なのに」と言われるので、広島市民病院にコールする割合は当然高くなる。基本的にコールするのは、この患者さんはこの診療科目であろうと救急隊が判断すれば、輪番病院であれば一番近いところからコールをしていくという単純作業である。内科1列で24時間365日当番しているところには、必然的にコールせざるを得ない。

## 板本委員（広島市医師会常任理事）

外科・整形外科に関して、件数は内科に比べて圧倒的に少ないので、市医師会としては輪番で十分対応できると判断して、応需率を上げるよう今まで努力をしてきた。実際に現場の意見は、ウォークインが来るから診られないというものがあったので、千田町夜間急病センター（における整形外科・外科（けが）診療部門）ができた時にどう変わっていくかが楽しみであり心配なところである。数から言うと、メディカルコントロールがいるのかなというのが正直な気持ち。輪番で完結できたら十分対応できるかと思う。外科の輪番は1日に1件ほどしか救急車は来ない。ただウォークインが準夜帯に10人くらい来る。そこが対応できれば、なんとかなると思う。

## 芦田医療政策課長

他の委員の先生方からも、輪番制のあり方、市民病院以外で内科系・脳神経外科を受け入れる病院を作ることの是非、整形外科・外科について必ず受け入れる病院の是非、第三者的な機関はどういった機関が考えられるか等、御意見があればお聞かせ願いたい。

## 種村副会長

資料2の3の(1)にあるように、交渉4回目以上の受入割合は広島市民病院が2.5%、全医療機関が3.7%となっており、広島市民病院の方が割合が低い。コントロール病院として4回目以上を積極的に受け入れるという趣旨と全く逆のことが起きているとういことをまずは認識しなければいけない。(2)(3)を見ると、広島市民病院は、広島市消防局所轄区域における全救急搬送件数のうち13.2%を受け入れ、受入困難事案件数のうち8.8%を受け入れており、受入困難事案を低い値でしか受けていない。やはりこれも、コントロール機能として機能していないことを表している。既に広島市民病院が、一極集中になってER的な救急を一手引き受けてやっているため、コントロール機能を果たすマンパワー、キャパシティの余力がないことを表している。それを考えると、今後の方向性は、それを改善していくという方向は少し無理なのではないかと思う。規模はどうであれ、広島市民病院に似たようなER的な内科系の病院を新たに作る方向で是非やっていただきたい。新設するのか、他の病院にそういった機能を与えるのか考えなくてはならない。外科・整形外科の病院についても、受入困難事案の発生はとも多いが、救急隊が交渉回数4回以上と言ったからといって受入の数が変わらないというデータを見せてもらったが、だからと言って、交渉回数4回以上と言わなくてもよいということにはならないと私は思う。4回以上の症例について、今の広島市民病院のコントロール機能で

は、もういっぱいなので交渉回数を言われようと、言われまいと、できるものはできるし、できないものはできないということを表しているに過ぎない。やはり4回以上というのはひとつの分岐点として、それを中心に置いて、それ以上の症例を必ず受け入れる組織を作らなければならない。それは、新しい病院を指定するのかどうかということを経験する方向性だと理解してよろしいか。今後、こういったメンバーで進めていくのか。少しイメージがしづらい。

#### 芦田医療政策課長

今回お示した論点は、まず先生方の御意見を伺って、それを踏まえて整理をしていきたいというものである。予算等にも絡む話になるので、先生方の御意見を伺った上で詳細を詰めていくことになる。広島県全体の動きもあり、県のMC協議会では広島地区に限らず、受入困難事案についてどのように対応していくかを議論していこうという機運が高まっている。そういった中で、このコントロール機能運営協議会の場でも御意見をいただきつつ、連合地対協に救急医療体制あり方検討委員会という総合的な議論を行う場もあるので、そういった場でも御意見をいただき、行政として必要な整理をした上で、必要な見直しに繋げていきたいと思っている。

#### 高橋委員（安佐医師会理事）

先ほどの輪番制病院の話になるが、安佐地区でもプライベートの病院で輪番制に立っている病院があるが、小さい病院は当直が1人。今問題になっているのは、働き方改革で、輪番で当直をした後に、今までだと次の日も働いていたが、それができなくなった。輪番制で沢山の患者さんを受け入れた後で、次の日の業務に携わるということがあって、今まで以上に手を挙げにくくなっている事実があることを理解いただきたい。

#### 種村副会長

先ほど、イメージしづらいという意見を申し上げたので、とてもマイナス意見のように受け取られたのではないかと危惧している。資料9の論点の最後の3つの論点を中心に議論を進めていっていただきたいという積極的な意見である。

#### 志馬会長

この協議会の方向として資料9の論点は概ねこの方向でよいという解釈でよろしいか。先ほど市から説明があったとおり、これが全て決まっている訳ではないので、客観的にデータを拝見する限り、この論点は大きく齟齬がないように思う。他に特に御意見がないようであれば、この方向で市にまとめてもらいながら、市だけではなく、県、地対協、医師会との関係を含めて全体の議論の中で上手くこういった論点を中心にしながら進めていくということではよいと思う。他に御意見はないか。

#### 村田委員（広島共立病院院長）

この中に出ていない問題だが、空床情報や受入可否の入力システムについて、実際にどのように運営されているのか。最近は皆さんシステムに入力しているのか。

#### 久保警防部救急担当部長

入力している病院は入力しており、入力していない病院は数年のレベルで更新していない。ただ、更新していない病院でも、受け入れているという実績がある病院については救急隊はコールする。入力しているところと入力していないところがあり、二極化している。

### 芦田医療政策課長

救急搬送全体で言えば、久保部長がおっしゃったとおりの実態である。ただ、支援病院に限って言うと、各病院に毎日必ず入力していただくこととなっている。先ほど広島市民病院から説明があったように、その状況を見ながら転院について判断しており、情報を更新しているという事は、救急隊もその情報を参照しているということだと思っている。

### 村田委員（広島共立病院院長）

このシステムを改良する際、この仕組みが本当に使われているものであればそのままよいが、使い勝手がよくなく、支援病院の転院先の選定上、あまり役に立っていなければ、入力作業が無駄になるので、そこも検討していただきたい。支援病院への紹介ツールとしてこれを存続するかどうか検討対象になるかと思う。コントロール機能については、これまでやってきたことを否定する訳ではないが、まだまだ課題があるので改良していただくとよいと思う。

### 志馬会長

よろしければこの方向で進めていただいて、データを見ながら少しずつでも新しい方向性に向けて進んでいくことで、今日は皆さんのコンセンサスをいただいたということで本日の協議会を終わりにしたいと思う。