

令和5年度第1回三重県医療審議会救急医療部会 議事概要

日時：令和5年7月13（木）

19：00～20：00

形式：対面形式

【審議事項】

（1）第8次医療計画の策定について

事務局から資料1～資料3に沿って内容を説明

委員 最終的にはこれが社会復帰率に影響するところなので、確認しておくが、6ページ、救急救命士の資質向上のためのところだが、救急救命士ブラッシュアップ講習や気管挿管フォローアップ研修、ビデオ喉頭鏡を用いた気管挿管講習などと書かれているが、救命士の資質を上げるという広い意味ではそうだが、三重県は実は全国でも自慢できる指導救命士制度というものがある。せっかくだから頑張っているところは書いていただきたい。

委員 めざす姿として心肺機能停止傷病者の1ヶ月の予後に関しては指標が目撃のあるVF、VTだけか。全体ではなく赤字になっているところか。

事務局 資料3の11ページのことだと思うが、目撃があるに限ったものを国としては救急医療の最終アウトカムとしている。そして三重県はそれが低いというのが現状。

委員 多分意味分かっていると思うが、心肺停止が100人いたとして、これに該当する人はすごく少ない。年間で出すと例えば地域でいったら地域に年間で1人か2人しかいない。だからそれを指標にするというのが少しどうか。もちろん国と合わせるためには出さなければいけないが、なぜそうなるかということそもそも一般市民が目撃してくれない。やはり数字として、三重県としてこれを出すのはいいが、指標として意味があるかということ、あんまり難しい。三重県全体の事後検証で議論する時は全体数でやる。それぐらいでないとな数が揃わないので、要するに統計的な意味が出ない。

事務局 全体数というのは、目撃を関係なくという意味か。

委員 目撃関係なく、全心肺停止症例。

委員 一番言いたいのは救命救急センターの評価で、4あるから2というのは気持ちは分かる。しかしながら、どうして三重大がSから落ちたかを考えていただくと、これ極めて難しい。S評価を取るとすると今94点必要。どんどん上がっていて100点満点で94点取らなければいけなくて、これで働き方改革で医者が減ると夜間に働く人の数は必ず減るのでかなり難しい。だからそれをあえて4分の2にして結果0でそれをOKとするかどうか。

事務局 まず一つ目の指導救命士の話はアピールできるものということなので、何らかの形で記載したほうがいいかなと思っている。実は医療計画全体を議論するにあたって医療政策としてもそうだが、三重県はしっかりとやっていて、アピールできるところを、分析とかをして、もう少しアピールすればいいのにしていないのではないかと、いろんな観点から言われる。課題ばかり書いている感じがすると聞いて、そこは医療計画全体を通して、そういう視点は入れていきたい。

次の心肺停止のところは、救急医療の最終アウトカムとして、それを指標とするのはいかがなものかというのは、事務局内で議論している時にもあった。ただ全体をみれる最終アウトカムというのに、何があるかということやはり救命した人の予後とか、救命率とかそういう部分になるのかなということなので、ご指摘を踏まえて母数が少ないという部分もあるので、どういう形が考えられるか、一方で全国平均を出せて全国と比較できる指標が結構大事なので、その視点も少し考えたい。

S評価のところも、実はこれもすごく迷う部分ではあり、ご指導いただきたい部分だが、やはり救急というのは、一次救急、二次救急、三次救急というのがやはりそれぞれしっかりとしているというのはすごい大事だと思っている。15ページのところに、目標案として素案で出させていただいており、実は一番上の一次救急の部分の救急医療システムの参加数も検討中と書かせていただいたが、正直いうと他にいい指標があればそれを採用したいと思う。これまで一次救急に関する指標がこれしかない部分もあり、国が出してきているいろんな指標の中でいいなと思うものがないので、ここは数字自体も検討させていただいて、やるかどうかも考えたいと思う。実は三次救急の目標はこれまで目標値としてなかった。それで一つ採用するとしたら、救命救急センターの話かなとは思ったが、全国確か救命救急センターは300ぐらい。そのうち50ぐらいが高度救命センターな

ので、一つぐらひはまず、三重大さんがもちろんコロナの影響等があつていろいろ数字が動かされてる部分もあると思うが、過去にS評価を取つていたので、こういうふうな目標を掲げさせていただいた部分ではあるが、その実態としてなかなか難しいということであれば、細かい点数のところとかも見て、またご相談をさせていただければなど。救命救急センターがある医療機関さんが特に重要なところだと思うので、そこはまた個別にご相談することも含めてやっていきたいと思う。

委員 救命センターに関してはもうほとんど人件費で、三重県は救急関係の医師が全国的にも非常に少ない。それを、どうやって集めるか。三重県としてS評価を取るために、予算を補填してくれるのか。結局そういう話になってしまう。

委員 医者時間が減るので、人を増やさないと動かないというのは現状かもしれない。一つ言いたいのは、新聞にもよく載っている65歳以上の軽症者が結構運ばれて、それをどうしていったらいいのかと毎回問題になる。やはり啓蒙ですかね。要するに高齢者で車の免許を返納していると、結局救急車を呼んで病院に行く。来たら夜中とかタクシーがないので今度帰れない。タクシー代わりに軽症者が結構使つてて、そういうのをなくすためには、もっと地域で啓蒙していかなければ駄目かなと思うが、県としてはどう考えているか。

事務局 今やっている施策が、確かに基本的に啓蒙しかないというのは思つており、その啓蒙の発信が足りてないというご批判があるかもしれないが、問題意識は施設の方も含めて関係者の中で、共有はさせていただいているが、実際資料2の10ページがそのまま見ていいのかわからないが、これも別に全国平均より高いという数字ではないが、やはり高齢者が救急車を安易に呼んでいるというのと、施設が安易に呼ぶという問題意識はすごく認識はしている。現時点では啓蒙しかやれてないので、何かできることがあるかというのは考えていかないといけないかもしれない。

委員 多職種連携会議の開催回数。それもすごくいいことだと思う。メディカルコントロール部会なんかに、17地域で今まで医師会と消防しか入つていなかった会に対して、多分在宅とかも入っている。それを三重県全域で、メディカルコントロール部会に在宅の関係者も入れて、いろいろ話し合つて、もっと議論をしていくのもいいことかなと思う。

委員 指標のことで一つ、アイデアがあるが、一次二次三次のすみ分けの話。その指標としてうちの地域では、例えばうちの病院の来院者の入院率とか、救急車来院者の入院率を出しており、休日夜間診療所への対応している率とかも出している。平成18年ぐらいに年間2万いくつ受診していたが、そのうち1万件以上が、いわゆる軽症で、それを今は休日夜間診療所がほぼ9割以上を受けてくれている。うちは今入院率が52%。軽症48%しか来ない。それでも毎夜間来てしまうが。

事務局 来院者というのはウォークインということか。

委員 ウォークインも含めて。救急車で来た場合は52%入院している。ウォークインも含めると42%ぐらいに落ちるが、そういう数字は出せるかなと思う。

委員 病院によって期待される、その地域の医療としての三次という意味と、それから地域輪番制というのもある。うちは実は入院率20%。それはどういうことかということ、病院自体が軽症或いは本当に入院が必要でない人、入院ができないような病院の状況があって、救急をやっている医師からすると、病院の外へ出すというのはリスクもありますし、それからそれなりの徹底した検査なり診療をしてある程度この方は高齢であっても、若年の方であっても小児であっても大丈夫だろうというところまで突き詰めていかないと帰せない。経過観察という意味で入院を数日してもらうのは非常に救急の方にとってもリスクを減らせますし、患者さん自身も安心といった点でいきますと、数字だけでは測れないところはあるかなと思う。

つまり、80%は全部軽症かということ、決してそんなことはなく、90代の発熱で動けないような方も何とかそれをどう病院の外へつなげるかということで、それが実は今一番救急で大変な状況。やはり社会の中で、救急車119番というのは非常に頼られており、無料で、呼べば必ずその専門科、今は97%の救命士が同乗しているが、そういう視点を持った人たちが現場に駆けつけてくれる。新聞などでも、救急というよりも救助というか、起き上がれないから、119番なんてことも書かれているが、救急隊にとってはそういう人も患者になりうるので、どこかの病院へ運ぶということになるので、そこで医療にスイッチが入ってしまう可能性がある。かねてからずっとお話しているが、その医療と福祉のところがきちんと切り分けられ

ると、もっとうまく医療は回っていくのではないかなと。或いは、救急としての入口は今のようにするにしても、出口で帰宅というところを、行政なり何か全体で、地域全体で考えていくということがスムーズな救急につながるのかなと。救命をすることは非常に大事だが、日々の救急をやっている中で感じる課題はそのようなところ。

事務局 その20%というのは、救急車とウォークイン合わせてか。

委員 詳しい数字までは出していないが、救急車でもそれぐらい。

事務局 それはここ、2、3年は特にコロナで病院の病床自体が少し逼迫ぎみな状況がこれまでに比べると多かったかと思うが、それがなくてもそんなイメージか。

委員 要は、重症の人のためにベッドを空けておくというのは、病院の中全体の何か文化になっている。とりあえず部屋が空いてるからそこに今晚入院させればいいよねというふうなこともある。それは体制にもよるが救急はあくまでも最初の初期診療をするが、入院をするのは各科の専門医ということになっているので、最初に診た医師が入院を決められないというような病院内のシステムも問題かと思う。自分の病棟を持っていないので。

委員 数値目標について質問というか提案だが、いろんな具体的な議論を進めると、救急の部門は圏域ごとの差が大きい部門というか領域だと思う。それを県全体で平均みたいな形で出すのが、妥当なのかどうか。全体で出すのは必要だとは思いますが、それだけで議論していいのかというのが少し気になる。

例えば受入困難事例。これは県として目標設定するのは正しいと思うが、各圏域としても目標としてとらえていかないと、改善に繋がっているかとすると、少し議論がボケてしまうのではないかという気がする。

今も、入院率の差が異なるという話が出たが、これは地域差もあると思う。一旦来てしまったら、すぐ来てくださいねと言ってまた戻すより、戻さないほうが良いという判断も働くかもしれない。私が仮に救急を見てるとしたら、そういった時間的なことも要素に踏まえて、入退院を決めると思う。ですので、圏域をふまえていろんなことを議論していかないと、単に入院率だけで本当に重症だったのか、重症ではなかったのかではなく、例えば

何日入院したのかとか、そういったことも含めて議論しないと正しいめざす姿にはいかないのではないか。

最後ロジックモデルが出てくると思うが、ロジックモデルの原点は、データだと思っている。そのデータをどのようにとっていくのか、どのように出していくのかというところが、救急の領域では重要であると思う。救急は割と出しやすい領域でもあると思うので、データの取り方が多岐にわたってしまうかもしれないが、ある程度出していただいた上で絞り込んでいくという作業がどこかで必要なのかなと思う。

委員 救急は前から9圏域だが循環器などは8医療圏でやっている。それは南の方が二つに別れていたからか。東紀州を紀南、紀北に別けたのか。

事務局 単純に言うとそうだが、救急は消防と密接に関連してるので、細かいことを言うと、例えば大紀町がどっちに入るかとかが微妙に違っているのは実はある。救急は消防に関係するので少し区分が違っている。

委員 部会によってそれぞれ圏域が二次医療圏があったりとか、地域医療構想だと8医療圏でやると三重県は討論しているが、これだと9に別れててややこしくないか。

事務局 一応これまでの医療計画も、医療圏というのが概念として当然ある。三重県の場合はそこ構想区域という概念が、これは全国で三重県だけずれている。構想区域とは医療圏を割ったものなので、その中に包含されてるものなので、そういう部分を結構採用してるものが多い。それを疾病ごと、事業ごとにそれぞれで考えていきましょうというふうな大まかな方向性でやっている。ただ、先生が懸念を持たれるのも通常で、わかりにくいといえればわかりにくい。

これは考えなければいけないのが、医療計画は作って出して終わりではなくて、やはりそれを一定県民の皆様にも含めて、わかっていたかかないといけないという部分があるので、どういうふうに圏域を設定するかというのは、しっかりと話をしたいと思うし、今のご意見は医療審議会の本体とかでも、お話をさせていただかなければいけないのかなというふうに思う。

事務局 今日資料説明させていただいて、今短時間の間にというのは、難しいかもしれないので事務局の方に、追加で意見等あれば、もちろんいただいて

構いませんので、また逆にこちらからお伺いすることもあるかと思うので、ご協力お願いしたい。

(2) 高度救命救急センターについて

委員から資料4～資料5に沿って内容を説明

委員 質問1に関しては質問の仕方が悪くて、二次救急拡充していくというのは解釈としてやはりおかしくて、高度救命センターはどこの県でも高度救命センターとしてやるしかない。だから、前から言っているが、普通の救命センターがなくなる。三重大が高度救命センターになるんだったら、一般の救命センターをもう1個作ることをセットで考えなければいけない。高度救命センターありきで話を進めるのであれば、3番の問題だが三重大学はとにかく高度救命センターとして完結できる必要がある。だから認定された時には我々運ぶ側としては3番はできていないと困る。だから是非体制が整ってから認定される方が望ましいと思う。

委員 津の二次救急をやっていくという話があるがそれは実際動いているのか。

委員 6月から二次救急に関しては火曜日の輪番を応需している。

委員 それはいわゆる今の救命センターの人がやっているのか、それとは全く別にそういう組織を作ったのか。

委員 私たちの救命救急センターはご指摘があったように三次救命救急センターであるので、三次救命救急センターとは別の運用枠で二次救急を運営している。もちろん医師以外のスタッフ、例えば放射線技師であるとか薬剤師はそこまでは完全に別個にしていらないが、ナースとドクターに関しては別の枠組みで動いてる。

委員 要は研修医とかで埋めたということか。

委員 救命救急センターを運営するために昼間6人、準夜に4人、深夜に4人の体制をとっているがその列と別に、スタッフが1例入っていて、内科と外科を兼ねている。

委員 次回の部会でまた先生からまた高度救命救急センターの設置についてまたいろいろご質問あるかと思うか、また説明していただき、皆さんのご意見を拝聴したいと思う。

(1) 第8次医療計画の策定について

委員 ロジックモデルは流行りか。これは厚労省から勧められているのか。

事務局 厚労省から強く勧められてるとするのは事実としてある。ただやはり行政が、我々も含めて理解するのに非常に時間がかかっている状態ではあるが、救急は比較的分かりやすいかなと思うので、これを進捗管理していくやり方がどうかとか、そういうところをしっかりと勉強していかないといけない。おそらく年度評価とかもさせていただくが、作ったらその辺りもしっかりとやっていかないと意味がないので。今の三重県の医療計画は目標値を掲げていて、その進捗をやっている。ただ、実はそれに参考となる資料がもっといっぱいあるはずなので、その進捗とかを全然考えずに、もう単純に目標値だけを見て、良い、悪いとやっているのは、確かに計画を実行すべきにあたっては、あまりいいやり方ではないと思っている。我々は大変になるが、指標をやはり一定もう少し示しながら議論はしていく必要があるかなというふうに思っている。

委員 資料3の17ページの目標設定の受入困難事例の割合だが、4回以上は、1.5%に減ってきていると。ただ、30分以上は増えているということは要請回数が2回とか3回でも30分以上かかっている例があるということか。

事務局 そのとおり。

委員 この受入困難事案の割合の中で、例えば外傷が多いであるとか、あと脳卒中が多いであるとか、そういう分析というのはできているか。一括りに受入困難事例とやってもなかなか対応できないかと思う。

事務局 数字は一定ある。その辺りを使えないかという話でアドバイスもいただいているので、少しそこは目標値にするかどうかは別として、前提としてそういうものを考えて、じゃあどういう対策できるかということは、検討しなければいけないのかなというふうに思う。

委員 提案になるが、明らかに津が多い。こうやって議論というか話題になっ

ているのが長いということは、やはり三重県全体としてこの割合を下げようと思ったら津だけに、しっかりとしろといったところで多分これはなかなか解決しないと思う。もっと県全体の問題ととらえて、例えば受入困難事例が発生した場合にメールで三重県中の一斉配信をする。救命センターでもいいが。県内の津市でこんな事例が発生しているができませんかみたいな一斉配信するそういうシステムを導入するような構想とかプランというのはいかがか。

事務局 今のご意見を踏まえて勉強させていただきたいと思う。

委員 実は、地域医療再生計画の時にシステムを作って、実際運用していた。その時に本当は津でやりたかったが、津が違うやつを入れてしまった。だから、あれでものすごい予算を使われてしまった。予算がある程度あったら、復活はできる。なぜなら全部開発も三重県がやったので著作権が三重県にある。それを使うかどうかは別として、そういうのはあるということは知っておいていただければ。やるなら三重県オリジナルで作った方が絶対いい。

委員 この救命救急センターの充実段階評価 S だが、現実的に、94 点以上が S 評価で大学病院は昨年が 91 である。それを惜しいととらえるのか、ダメだととらえるのかと色々な議論あると思うが、現実的に 2 機関取るというのはかなり現実的に無理だと思う。無理なものを目標に設定することがどうかというのは感じる。