

応接する」と定めています。ただ、私たちは、「断らない、というのは、できないのに何でも受ける」ということではなく、地域において行き先のない救急車、あるいは行き先のない救急患者さんを作らないということに地域の病院として責任を持つこと」だと考えております。患者さんを制限すれば、より質の高い医療を提供できるかもしれませんが、時間をかけて病院探しをするリスクも考えなければならないと思います（スライド4）。

### 湘南鎌倉総合病院救急医療体制 (院内規約)

0) 当院の救急医療に対する基本姿勢について

24時間いかなる患者さんにも標準的な医療を提供することを目標に、すべての救急依頼を断らず応接する。

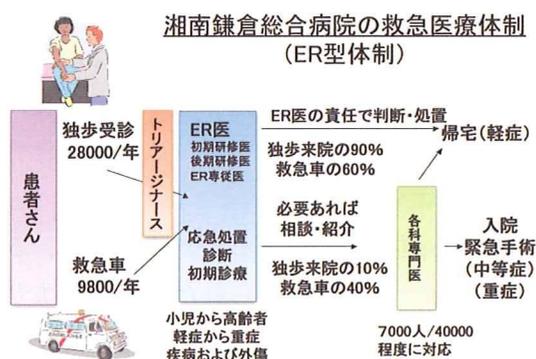
### 私たちの考え方

- 「断らない」というのは、できないのに何でも受けることではなく、地域において行き先のない救急車、救急患者を作らないことに責任を持つこと。
- 患者さんを制限すれば、より質の高い医療を提供できるかも知れないが、時間をかけて病院探しをするリスクも考えなければならない。

#### スライド3

#### スライド4

私たちの救急外来の体制です（スライド5）。独歩で受診される患者さんも救急車で来院される患者さんも、小児から高齢者、軽症から重症、疾病および外傷を救急の担当の医師がいったん引き受けるという体制を取っておりますので、これをもって ER 型体制というのかも分かりませんが、ここのところにはまだ日本でも議論があります。さらに言えば、ER の担当医はいわゆる救急外来専門医ばかりではなくて、初期研修医、後期研修医も含まれておりますので、これをもって ER 型体制ですよと言い切るにはどうかとは考えておりますが、いずれにせよ、こういった多くの患者さんをいったんは救急外来で受けるという体制をとっております。そして独歩来院の約9割、そして救急車の約6割で救急外来の担当医だけの判断で帰宅となります。ですから救急外来の担当医は、ここに責任を持つというのが大きな仕事であろうかと私は考えております。



#### スライド5

残りの部分、独歩来院の約10%、それから救急車の約40%は各科専門医に紹介します。入院が必要ではなかろうか、あるいは専門的な処置が必要ではなかろうか、というかたちで紹介するのですが、トータル4万人のうち約7,000人が各科専門医に紹介となります。ですから、別な言い方をしますと、各科専門医だけでは7,000人しか対応できない病院の能力が、救急外来の医者がいることによって4万人の救急患者さんに対応できる病院になっていると言えるのではないかと思います。約4,000人が入院になり3,000人ほどは専門

医に紹介した上で帰宅となります。救急外来の前に救急車が並ぶことは珍しくありません。

いくつか症例を簡単にお示ししたいと思います。こんなことを私たちの病院はやっていますということで、これは資料には加えておりません。まず、つい先日来院された 69 歳の院外心肺停止の患者さんです。バイスタンダー CPR があり、救急車内で 2 回 AED でショックをかけたけれども心室細動が持続し、来院後、救急外来で 2 回ショックをかけて心拍が再開し、AMI の診断でそのまますぐにカテーテル治療に行きました。IABP を入れ、左前下行枝の完全閉塞が判明して PCI を行い完全社会復帰いたしました。

次は 2 年ほど前ですが 7 歳の女兒で外傷性の心肺停止です。バックした乗用車の前後輪に腹部を轆かれショック状態でロンドアンドゴーとして収容依頼、病院到着直前に救急車内で心肺停止、18 時 30 分に搬入されました。挿管、開胸心マッサージ、そして 15 分後に心拍再開、FAST で腹腔内に液体貯留を認め、搬入 28 分後に手術室に入りました。肝破裂に対してダメージコントロールサージェリーが行われております。

次は先日の症例ですが、29 歳男性、敗血症性ショック、主訴は発熱、咽頭痛です。来院当日に近くの小さな医院から救命救急センターに紹介されて、部屋がないということで 100 床規模の病院に転送となりました。しかし、そこではやっぱり診られないということで、うちの病院に紹介がありました。当院来院時には血圧が 50 台で意識混濁があり、腎不全、それから血小板減少、炎症反応高値が認められました。ICU で 3 週間 CHDF を行って、この方はトキシックショックシンドロームだったんですけれども、現在では一般病室で歩行されています。

次の方は 27 歳の男性、多発外傷で輸血拒否の方です。10 メートルの高さから転落、救命救急センターで初期診療が行われ、頸椎損傷、両側肺挫傷、両側血気胸、肝損傷、腎損傷、肋骨骨折、横突起骨折、輸液で血圧を保てずということでしたが、輸血拒否のためにということで私たちの病院に転送紹介がありました。肺挫傷で、両側にチェストチューブが入った状態で転送となりましたが、この方は幸いにも輸血をせずに生存され、最終的には頸椎の骨折に対して手術をして退院されました。

次の方は 81 歳の男性です。強盗に襲われて火を浴びてしまったという方で、顔面と四肢に熱傷があります。気道熱傷もあって、この方は 40 日間 ICU で集中治療を行ったんですが、最終的には呼吸不全で亡くなりました。当院の形成外科は広範囲熱傷をすべて受けてくれます。救急外来でいわゆる初期診療をして形成外科が引き継ぎます。複雑顔面骨折も形成外科が対応してくれています。

次は未受診の妊婦さんです。深夜に横浜の桜木町から運ばれてきました。陣痛が 4、5 分おきになり救急要請、かかりつけ医がないということで、何件に断られたか分かりませんが、深夜に横浜の中心部から運ばれてきました。前 2 回は帝王切開で出産、お家がない方で点々とされているということでまったく受診されておらず、破水なし、出血なしという状態で来院されました。最終月経から妊娠 39 週と推定、帝王切開の既往と陣痛発来から緊急帝王切開が選択され、来院 1 時間半後に 2,318g の赤ちゃんが娩出されました。母親が退院した後、子どもさんが小さいので乳児院との話し合いにより、約 1 カ月間病院で子どもさんを預かりました。

いくつかの問題があるかと思えます (スライド 6)。断らないと言っても、満床の時はどうするのか? 混雑処置中の時は? 手術中の時は? 専門医不在の時は? 未熟児対応

が必要となる可能性がある場合はどうか？ という話です。

### いくつかの問題

- ▶ 満床の時は？
- ▶ 混雑・処置中の時は？
- ▶ 手術中の時は？
- ▶ 専門医不在の時は？
- ▶ 未熟児対応が必要となる可能性がある場合は？  
(NICUがないため)

### スライド 6

満床の時はこのように対応します (スライド 7)。これは院内の規約として管理委員会でまとめた内容です。「場合によっては救急外来で入院を待っていただくか、あるいは他の病院に転院をお願いすることもあります、それでもよろしければ受け入れます」と収容要請に応えます。ただし、それは入院の待ちベッドもない完全満床の場合に限られ、明日予約のベッドも全部使った場合に、こういった対応をしましょうということで病院の中で決まっています。このように返答しても 9 割方は「それでもお願いします」と搬入されますので、そのような時には救急室の観察室が大変混雑します。当然こうなりますと、病院のベッドを回転させなければならず、現在私たちの病院は平均在院日数 10 日でやっております。

### 満床の時は？ (ホットライン対応)

- ▶ 「ご苦労さまです。湘南鎌倉病院〇〇です。」
- ▶ 「搬入依頼をお受けし、緊急処置・初期診療は責任を持って確実に対応いたしますが、入院が必要となった場合、救急外来で部屋が空くのをお待ちいただくか、他の病院に入院をお願いすることもあります。」
- ▶ 「以上、患者さまに御了承いただけますでしょうか？」
- ▶ (当直師長より、入院待ちベッドもない「完全満床」との連絡が ERに入った場合、上記応接を行う)

### ▶ <管理委員会により了承済み> スライド 7

混雑・処置中の時は (スライド 8)、基本的には院内トリアージというかたちで、たとえば救急車で来ても、軽症の方は待っていただくということになります、人が足りなければ病院中あるいは家から呼び出すという体制になります。さらには、「混雑コールの取り決め」が先日決まりました (スライド 9)。混雑している時には混雑しておりますということを付け加えましょうということです。事態が収拾すれば撤回する、その翌日にレポートにおいて報告する、そういったホットラインの対応です。手術中の時も可能な限り対応します (スライド 10)。基本的には予定手術よりも緊急手術を優先し、術者を集め、どうしても限界を超える場合は、初期対応を行ったあと外科医の判断により他院を紹介します。専門医不在の時、特に精神科、眼科、耳鼻科で問題となりますが、ホットラインに対する応接も決まっています (スライド 11)。「当院の救急外来に〇〇科医はいませんが、救急医が診療を行い、必要があれば専門医に紹介することは可能です。それでもよろしければどうぞ」という応接です。これでもやはりほとんどの場合が来院されます。他に受け入れ先がないから

だろーと思ひます。

### 混雑・処置中の時は？

- ・ 院内トリアージ。
- ・ オンコール体制。
- ・ 混雑コール。

### 混雑時のホットライン対応

- ▶ 救急搬入が相次ぎ、患者さまからのクレームが予想される状況になった場合、ER責任者(その時点で最上級のER担当医)は管理当直者(内科当直医など)と協議の上、次からの患者収容に際し、「ただいま救急外来が混雑しておりますことをお伝えください」(混雑コール)と付け加えることを決定する。
- ▶ 同時にER責任者は当直師長に連絡を入れる。
- ▶ 当直師長および管理当直者は、他部門の看護師や他科の当直医の協力を考慮し混雑の事態の取捨をはかる。
- ▶ 混雑が収集すれば、ER責任者は速やかに「混雑コール」を撤回する。
- ▶ ER責任者は、「混雑コール」開始時刻とその理由、および終了時刻をレポートにまとめ当直師長に提出する。当直師長はそのレポートを翌朝の8時会で発表する。

スライド 8

### 手術中の時は？

- ・ 可能な限り対応する。
- ・ どうしても限界を超える場合は、初期対応を行った後、外科医の判断により他院へ紹介する。

スライド 9

### 専門医不在の時は？ (特に精神科、眼科、耳鼻咽喉科)

- ・ ホットラインに対する応接。
- ・ 「当院の救急外来に〇〇科医はおりませんが、救急医が診療を行い、必要があれば専門医に紹介することは可能です。それでもよろしければ受け入れ可能です。」

スライド 10

未熟児の場合も (スライド 12)、実は昨年まではうちは NICU が無いということで県の NICU ネットワークにお願いしていただきと応接していましたが、なかなか県の情報システムに連絡をしても決まらないことが多いということで、未熟児対応になり得る女性で腹痛あるいは性器出血の場合には、NICU が無いということをお伝えするだけで受け入れ先が見つからなければ、一次的には当院で対応します。それでよろしければどうぞというホットラインの応接が決まりました (スライド 13)。

スライド 11

### 未熟児対応が必要となる可能性がある場合のホットライン応接

- ▶ 22週以上35週未満の妊婦さんで、
- ▶ 主訴が「腹痛(明らかな陣痛でない場合も)」または「性器出血」の場合
- ▶ ⇒以下をお伝え、患者さんの了解があれば収容依頼を受けてください。

### 未熟児対応が必要となる可能性がある場合のホットライン応接

- ・ 当院にはNICUがないためNICUを持つ病院に搬送する事が望ましいと考えます。
- ・ しかし、すぐに受け入れ先が見つからなければ、一時的にでも当院で対応いたします。
- ・ その場合、状況によっては、新生児を救命できないことや、当院からNICUを持つ病院に転院していただくこともあります。
- ・ その後、ER担当医が産婦人科当直医と相談し、「ERでまず診療を」となった場合は、ER担当医により診療を開始して下さい。
- ・ 産婦人科当直医より依頼があれば、転院先はER担当医が探して下さい。

スライド 12

救急外来にはいろいろなリスクがあります (スライド 14)。病態自体のリスクとして、重症が多いこと、軽症のような重症患者の存在、精神的不安で救急診療を求める患者が多く先入観を持ちやすいことなどが挙げられます。医師-患者関係におけるリスクもあります

スライド 13

(スライド 15)。医師－患者関係の準備がなく、患者さんの心の準備もないこと。説明に費やす時間も十分ありません。救急医療の特性として (スライド 16)、時間経過とともに病態が明らかになってくることは通常です。選択した治療方針が必ずしも最良の結果に結びつくとは限りません。担当医の負担もリスクとして挙げられます (スライド 17)。やはり深夜には集中力が低下するのはシフト勤務をしてもそうですし、1人の医師に求められる能力が必然的に多くなるかと思えます。各科専門医師と、救急担当医師の協力の体制というもの、どこにでもある問題だろうと思えます。

### 救急外来診療のリスク

#### 1. 病態自体のリスク

- ・重症患者の比率が高い。
- ・軽症のような重症患者の存在。
- ・精神的不安で救急診療を求める患者が多い。

### 救急外来診療のリスク

#### 2. 医師-患者関係におけるリスク

- ・医師-患者関係の準備がない。
- ・患者側の心の準備がない。
- ・説明に費やす時間が十分ない。

スライド 14

### 救急外来診療のリスク

#### 3. 救急医療の特性によるリスク

- ・時間経過とともに病態が明らかになってくるのが通常である。
- ・選択した治療方針が必ずしも最良の結果に結びつくとは限らない。
- ・時には同時に多数の救急患者が発生する。
- ・担当医の選択肢が限られている。

スライド 15

### 救急外来診療のリスク

#### 4. 救急担当医師の負担に伴うリスク

- ・一人の医師に求められる能力が多い。
- ・深夜帯には集中力が低下する。
- ・ベテラン医師よりも経験の浅い医師が中心。
- ・各専門科医師との協力体制の問題。

スライド 16

一年前の報道です。こんな問題もあるので救急情報システムを考える時にはぜひ考慮に入れるべきだと私は思っています (スライド 18)。救急隊が到着した時は、意識は清明、脈は安定しており、搬送先を探すも 15 カ所の病院から断られました。ある二次救急医療機関に収容が決まったのは約 1 時間半後でしたが、その搬送途中で心肺停止になり搬送先が救命救急センターに変わりました。最終的には虚血性心疾患として死亡確認。最初の状態では虚血性心疾患ということは分かりにくい、嘔吐やむかつきなどの症状だったということです。症状だけあるいはその時の状態だけで受け入れ先を選定するには限界があります。循環器の救急疾患が明らかでなければ受け入れ先が見つからないというのは問題ではないでしょうか。やはり、あくまでも救急医療情報システムというのはすぐにベストの病院を決めるための体制であって、すぐに決まらないのであれば、どこそこに搬送するというルールが必要なのではないかと私は思います。

スライド 17

平成20年2月14日（朝日新聞より）

- ・ 17時35分ごろ、小平市の61歳女性が自宅で倒れ救急要請。
- ・ 17時45分：救急車が到着。女性の意識は清明、脈も安定。
- ・ 救急隊は搬送先を探したが、公立昭和病院（救命救急センター設置）を含む15カ所の病院から断られた。
- ・ 19時25分ごろ：収容病院が決まり救急車が出発したが搬送途中で女性が心肺停止状態になる。救急隊は立川市の国立病院機構災害医療センターへ搬送先を変更。
- ・ 20時12分：国立病院機構災害医療センターに到着。
- ・ 21時05分（通報から3時間半後）：急性虚血性心疾患で死亡確認。
- ・ 救急隊からの受け入れ要請を断ったことについて、公立昭和病院は、「当直医が重篤な入院患者に対応しており、ベッドは満床だった。嘔吐やむかつきなどの症状から内科の2次救急と判断し、他の病院のほうが迅速な処置が受けられると考えた。申し訳ないが、やむを得なかった」としている。

## スライド 18

昨日、平成20年分の救急搬送の全国調査結果が発表されました（スライド19）。平成19年と比較して全救急搬送件数は約5%減っておりますが、重症の搬送数は変わっていません。重症以上の患者搬送に際して、収容を断った病院が3病院以上だった件数もやはり変わっていません。重症以上の患者さんを10病院以上が断った数というのは、昨年も今年も1,000件、900件と残っています。そしてそのうち約半数は東京都です。重症以上の患者さんの最大病院照会数は、一昨年50病院、昨年は49病院でした。救急の情報システムでこれらがゼロになるということが望ましいと私は思っていますが、おそらく情報システムだけではゼロにはならない、何かしら別のルールが必要だろうというふうに思います。

平成19年・20年における救急搬送  
平成20年3月11日総務省消防庁発表  
平成21年3月19日総務省消防庁発表

	平成19年	平成20年	
全救急搬送件数	4,918,479	4,666,727	(-5.1%)
重症以上	411,625	412,836	

重症以上の患者搬送に際し収容を断った病院

	平成19年	平成20年	
3病院以上	14,387	14,732	
10病院以上	1074 (614)	903 (467)	( )は東京都
最大照会回数	50 (東京)	49 (東京)	

## スライド 19

救急医療における医療安全を考えると（スライド20）、やはり救急外来の診療のリスクはたくさんありますので、それを避けようと思えば、患者さんを制限するのが何よりだと思います。逆に救急診療のアクセスを保障しようとするれば、どうしても救急外来診療のリスクを負わなければならない。そして医療従事者は過重労働で対応しているというのが現実ではないかと思えます。問題解決の一つとして救急医療情報システムがありますが、さらには国民に救急診療の特性を周知すること、医療従事者の過重労働を軽減することも必要であろうかと思えます。過重労働の軽減のためには、総合医、専門看護師の活用が必要なのではないかと、私は個人的に考えております。

## 救急医療における医療安全とは？



### スライド 20

これは最後です。救急医療機関情報提供システムに求めたい要件です(スライド 21、22、23、24、25)。救急医療の需要が突発的に増加した場合にでも、短時間で受け入れ医療機関を確実に決定するルールが必要だと思います。災害を思い浮かべれば、がんばって近くの救急病院が受けることがあるかと思うのですが、やはり受け入れ先のない患者さんが発生しているということは、災害と同等に何らかのルールを決める必要があるのではないかと思います。そして、そういう時には救急医療の現場では平時と同様の医療が提供されるとは限らないという事実を国民に周知することも必要だと思います。最終的には医療従事者の過重労働に頼らないということも必要です。はっきり申し上げて、私たちの病院は各職員の高い志に支えられているとしか言いようがありません。他の病院でも同じことをやると言っても、おそらくできないのではないかと思います。医療従事者の過重労働に頼らないというシステムが必要であろうと考えます。以上です。ありがとうございました。(拍手)

#### 救急医療機関情報提供システムに 求めたい要件

- 救急医療の需要が突発的に増加した場合にでも、短時間で受け入れ医療機関を確実に決定するルール。
- 救急医療の現場では、平時と同様の医療が提供されるとは限らないという「事実」を国民に周知すること。
- 医療従事者の過重労働に頼らないこと。  
(総合医、専門看護師の活用)

#### (補)救急搬送受け入れを保障するための提案

- 本問題の責任者を各都道府県知事、責任医療機関を直近の地域救急支援病院(新設・仮称)と定める。
- 地域救急支援病院は、現行の救命救急センターも含め、人口10万から20万人に1ヶ所比率で知事が整備する。
- 救急車からの患者収容依頼に対し2件の医療機関から受け入れ困難の返答があった場合、軽症・重症、専門科を問わず、次は「ラストコール」として、直近の地域救急支援病院が必ず収容する。

### スライド 21

#### (補)救急搬送受け入れを保障するための提案

- 地域救急支援病院は、上記責務を担うこと、並びに院内トリアージ体制を整備することを認可要件とする(院内トリアージ体制とは、軽症から重症まで受け入れ、重症の場合は迅速に初期診療を行い専門診療に引き継ぐ体制で、各専門診療科のバックアップが必須である)。
- 一定の基準をクリアした場合、患者の転床、転院は、医療機関側が決定できるものと定める。転床、転院については、地域救急医療計画の中でその方針を定める。

### スライド 23

### スライド 22

#### (補)救急搬送受け入れを保障するための提案

- 救急医療に関する補助金を受ける医療機関(救急輪番病院、地域救急支援病院)は、救急搬送受け入れ総数、全搬送受け入れ率、三次対応受け入れ総数、三次対応受け入れ率、ラストコール受け入れ総数、他院よりの転院受け入れ数を年度ごとに公表する。次年度の補助金給付額は、公表結果より評価指標度数を算出して定める。
- 地域救急支援病院に対しては、施設整備のための補助金は給付せず、基礎補助額に、施設充実度係数および上記の評価指標度数を乗じた額を毎年支給する。

### スライド 24

(補)救急搬送受け入れを保障するための提案

- ・ラストコールの受け入れは、不十分な環境下での患者収容であることを、患者、マスメディアおよび司法当局が理解することが必須である。この点につき国民に周知徹底を図る。
- ・上記政策により、社会のセーフティネットとしての救急医療を整備する。欠点に付き、国民に周知し理解を得る。

- ・ 東京大学医療政策人材養成講座4期生
  - ・ 救急車搬送問題政策提言グループ
  - ・ グループ代表:太田 凡

スライド 25

**司会** どうもありがとうございました。非常に分かりやすいお話で、ER、最初のいくつかの症例をみてますと、ER というのは病院全体のスタッフが高度な医療がきちっとできて、後ろから支えないと、あれは全部助からないですよ。ですから、それができる環境でやるということがいかに大事かということが分かりました。あと太田先生の今日いただいた資料の後ろのほうに、先生が東京大学の医療政策人材養成講座で書かれた提言がございますので、これも非常に内容の濃いものなので、あとで皆さん見ていただければというふうに思います。ということで、ご質問等ございますでしょうか。はい、横田先生。

**横田** 最後に言われたことが非常に心に残ったんですけども、病院の職員の皆さんの高い意識に支えられていると。その背景というのは何かというのをぜひお聞きしたいんですけども、うちではなかなか救急医療、初期、二次、特にうまくいかないという中で、リーダーシップが発揮されているのか、金銭的なサポートが非常にあるのかとか、なぜそういう職員の意識が高くなっているのかというのをぜひお聞きしたいんですけども。

**太田** 正確な答えは分かりません。ただ一つ言えることは、私たちの病院は、若い者にチャンスを与えるということはあるかと思います。きちんとトレーニングさえ積めば、それぞれがチャンスを与えられるというかたちで、オペレーターになるのも早いですし、いろいろな経験をするのが早い。それは医師に限らず、看護師も事務職員も検査技師も同様です。ですから、若く体力のあるうちにここで修行するんだというような意識で集まってきたという要素はあるのではないかと思います。そして、そこで育って長く居残っているものは、もうこれが好きだとしか言いようがない。そこで、これをやっていることが好きだからやっている。そういったものと一緒に仕事をするのが楽しいからというところかと思っています。

**司会** ありがとうございます。

### 3. 総合討論

司会 有賀先生、時間がだいぶ残り少なくなっただけですけども、どのようなかたちで残りを進めたらよろしいでしょうか。司会の不手際で、おもしろい話を聞いているうちに4時が近くなってしまったんですけども。

有賀 東京の人はこのまま突っ込んでいいとは思いますが、遠くから見えている方にはご迷惑をかけますので、やはりパンクチュアルにしたほうがいいんじゃないかと思います。中身が濃いので、言い残した、時間を守るために一つひとつ言い残された方が何人かおられるはずなんですよね。その方たちに、周産期もそうだと思いますが、残りの時間を1分、2分使って、その部分を発言していただく。その時に現在の延長線で今日のこのテーマを考えるのと、最初にちょっとお話ししましたが、最後の演者もそうですが、やはり全体の景色、ストラクチャーにしてもプロセスにしても、志というのはどこに入るのか分かりませんが、そういう原動力を考えた上での全体の景色と今日の情報というテーマと、そこらへんを意識しながら言っていたらいいかなと。

もう一つは、実は今脳外科が空いていますか、消化器外科が空いていますかというふうに聞いていますけれども、たぶん脳卒中受けられますかとか、頭痛が受けられますかとか、腹痛が受けられますかとか、吐下血受けられますかという話が本当ではないか。救急隊が診療科に翻訳して病院に聞いていますけれども、むしろ患者に近いかたちで胸痛とか腹痛とか、吐下血とかいうかたちで病院に聞くと。おそらく湘南鎌倉病院も何科が空いているかという話ではなくて、腹痛の患者が来る、何歳の腹痛、そういうふうにおそらく認識しているはずなので、そういうふうな情報のやりとりのほうがいいんじゃないかという議論もありますので、そこらへんも含めて言い残した方に……。

司会 それでは一人2分ぐらいずつで、ちょっとだけ時間の延長を許していただいて、演者の先生方、まず小倉先生からはじめて、今の観点で言い残したものと、今の情報システムについての話を簡単をお願いします。

小倉 言い残したことは、この情報システムが支援することは、救急医療の質を高めるためである。たまたま受け入れ拒否が問題になっているから、それに対してこれが助けられるというふうに提示しているだけで、われわれがそもそも開発したのは、救急医療の質を高めると。最適な患者さんが、最適な病院、最適な専門医に最短時間で出会えるということが救急医療の質を高めるとのことなので、それに向けて情報システムを作るべきであるし、その中でたまたま受け入れ拒否が解決できれば、それは一つのマイルストーンであるというふうに考えています。

司会 ありがとうございます。結局ちゃんと診てもらえるところに行き着けるかどうかが大変なことであって、その間にいくつの病院に聞いたかというよりも、一定の制限時間内にちゃんと行けたかどうかということで評価しようということよろしいですかね。

小倉 そうです。

司会 はい、ありがとうございます。じゃ、森脇先生。

森脇 私は特に言い残したことはないのですが、埼玉県は単位人口当たりの医師数が全国で最も少なく、南部から北部までいろいろとバラエティに富んだ地域なのですが、われわれのところはものすごく頑張っているつもりなのですが、やっぱり二次救急の整備が

もう一息かなというところがあって、一般の方々にたいへんご迷惑をおかけしているような気がいたします。この少ない医師人口を有効に利用するためにも、ネットワークの確立が必要だと思いますし、IT化したリアルタイムの情報システムを医療機関や救急隊が有効に利用できるシステムができるということですが、本当につくづく必要だと思っていますので、よろしくお願いします。たいへん期待しております。

**司会** ありがとうございます。では、次に横田先生お願いします。

**横田** 私、常々感じているのは、多くの施設は好んで受け入れ拒否をしているわけではないということです。救急患者の診療を断る背景は病院のキャパシティとの兼ね合いになってくるんだと思うんですね。患者は巨大な医療機関で継続的に治療したいという気持ちがたぶん強く、患者さんがなかなか次の後方病院に移動しないという面が救急患者の受け入れを阻害する一因になっています。

**海野** 私は2点申し上げたいんですが、一つは舛添大臣が経済産業省も入れてITをどうという話を懇談会でされた時に、あーちょっとなーと思ったんですね。というのは、結局経済産業省が出てくると、情報なんか電子カルテとか、どうせまた仕事が増えるという感じがしてくる。それはなぜかと言えば、機械は入るかもしれないけれども、その入力をする人とか、その情報を管理する人たちというのが付かないで、結局それは全部現場で発生時入力で、現場の医者が入れるということで仕事は何倍にも増えるということが現実に今まで起きてきたからだと思うんですね。それでこの情報システムに関しても、やっぱりこれは人間が必要なんで、それをわれわれがやるのであれば、それはたぶんまだ余分な負担がかかることになってしまって、ないほうがいやという話が出てくる危険がある。先ほどコーディネーターの話がありましたけれども、その人間も付いて来ないと、システムとして成り立たないんだということを、それは強く報告書にも書いていただきたいというのが1点です。

最後に太田先生がおっしゃられた、過重労働に頼らないシステム。これは実際には救急が典型的だと思うんですけども、われわれもみんな過重労働に頼ることを前提として、そのデフォルトでシステムが出来上がっているわけですよ。ですからそれを変えていかなければならないというのは、それは人に言ってもできない部分でもあって、これは自分たちで変えていかなければいけない部分もたぶんあるんだとは思っています。どうしても、小倉先生のお話ですとか、太田先生のお話を一般の方が聞けば、ああ素晴らしい、素晴らしい先生方だと、事実そうですから、そういうふうに思って何とかしてもらえと思っちゃいますよね。情報の開示の仕方の問題だと思うんですが、やっぱり本当のことを言わないといけない。要するにいいことだけじゃなくて、悪いことも必ず付いています。この職場は本当に素晴らしい仕事をしているんですが、一方でバーンアウトして辞めている人間もいれば、過労死している人間もいるんだということも同時に開示しなければいけないんだと思うんですね。そうすれば、本当の救急の受け入れを確保するためにはずっとこの病院にいられるわけではありませんということも理解していただけるようになるんだと思うんで、われわれは産婦人科で3年、ずっとマスコミ対応をやっております。それで救急の安全等もすぐにやらなきゃいけない状況にすぐなると思いますので、その時に本当のことを言ったほうがあとあと楽だと思いますので、よろしくお願いします。

**司会** 有賀先生が座長ですので、決して経済産業省のための答申ではなくて、患者さん

のための答申になるんだろうとっております。じゃあ、北野先生お願いします。

**北野** 今回の課題が病院側の情報をどう提示するかということだったので、それに絞って発表したのですが、結局、細かいいろんな情報を病院側が出しても、それをどういうふうに救急隊が利用するかという問題があります。また、消化器というのは非常にややこしくて、救急隊が現場レベルで果たしてどこまで疾患を絞り込めるかという点もあり、救急隊がどういうふうに細かい情報を利用するかという問題があります。そのへんを詳しく今後の先生方に研究していただいて、うまいシステムができればいいなと思います。

**木村** 情報システムのことを考えるのと、救急診療に対する態度とか、モチベーションに話が移ってしまったようです。そこはある程度線を引かないと、何のプロダクトも出ないんじゃないかなと思います。それから東京と地方都市とはちょっとやっぱり違うんじゃないか。今はこじんまりとした都市のほうが、いい救急医療がやれているんじゃないかと思っています。それから数学でも何次方程式以上は解が出てこないというのと同じように、東京で解を出すのはすごく大変だなというふうに思います。そこは切り口をずいぶん変えないと、全国で一緒のシステムを考えるというのは、なかなか難しいのではないかと思います。

**司会** ありがとうございます。じゃあ、山田先生お願いします。

**山田** 私が言いたいのは、小児救急は「書を捨てて町へ出よ」ということです。今まで小児救急はエイジングバリアーがあるため、小児内科という非常に狭い領域から出なかったのですが、救急という大きな外の世界に出る必要があります。救急医療情報システムの世界とほど遠く、多くの初期患者に当直体制で対応して来たけれど、燃え尽きという結果に終わりました。今後は、シフト制に基づいた個人の負担に頼らない職場環境を作っていかなければなりません。単に子どもがかわいいから子どものためにやりましょうというようなボランティア精神だけでは、これからやっていけないので、全体の救急医療の中で小児も診るといふ小児科と救急診療科のコラボレーションが必要であることを言いたいです。

**太田** 本日はありがとうございます。国民が出し合ったお金を使って新しい試みをするという、それが今回の取組みだというふうに私は認識しています。小倉先生が最初に基調講演された、新しいインテリジェントなシステムというのは非常に期待の持てるものだというふうに私は聞かせていただきました。いかなるプロジェクトもやはりアウトカムの評価が、すなわち、何を指標に何が達成されたのかという評価がなければ、次につながらないかと思えます。このITプロジェクトも質が変わることが目標であるというのはとてもよく理解できましたので、どのように質が変わったのか、そしてまだ足りないのは何かということをきっちりと検証して次につなげるということがとても大事なのではないかと私は思います。

**司会** それでは、これは厚生労働科学研究の一環でやっております、担当の医政局指導課から中谷専門官課長補佐がいらしますので、全体を聞いてひと言厚労省の決意をお聞きした上で有賀先生に最後のあいさつをしていただきます。

**中谷** 厚生労働省医政局指導課で救急医療担当課長補佐をしております中谷でございます。今日はお忙しい先生方、お休みの日にお集まりいただきまして、熱い議論を交わしていただきましてありがとうございます。今日は黒子に徹して、後ろのほうで伺わせていただいております。今回のこのプロジェクトは主要なテーマについて、それぞれ症候と緊

急度、それに必要な医療機関の機能というところを整理したいということで始めたんですが、今日は救急医療システムをどうすべきか、二次救急の体制を整える重要性ですとか、それ以外にまたプラスアルファでわれわれにたくさんのご意見をいただいたと思っております。システムだけじゃなくてそれを入力する人の手当ももちろんですし、そういったことも落ちのないように、われわれも全力を尽してがんばっていきたいと思います。また今後ともご指導よろしくお願ひしたいと思ひます。

**司会** ありがとうございます。それでは有賀先生、閉会の辞を。

**有賀** 先生方におかれましては、今も中谷先生がおっしゃいましたように、貴重な旗日をこのようなことのために費やしていただきましてありがとうございます。確かに先生方のお一方、お一方の言われることが、ご講演もそうですし、最後の2分間もそうなんですけど、極めて重たいので、普段の疲れ方よりももっとたくさん疲れたというのが実感であります。すべてはきちっと記録されていますし、それなりのレポートを出さなくちゃいけないということがあります。海野先生もちゃんと書けというふうにおっしゃいましたので、ちゃんと書きますが、いずれにしても先生方の熱意が、こういうふうなシンポジウムの収穫そのものだということがよく分かりました。自分も熱意の塊というか、火の玉のようにして仕事してきたつもりではあるんですけども、それだけじゃだめだと。この間、中谷先生、岡井先生と愛知県医師会の産科救急のシンポジウムに行ったんですが、たしかあそこは名古屋第一赤十字病院が、今太田先生がおっしゃったような感じで、極めて熱心に、とにかく何でもかんでも OK と。その後どうなっているのかよく分からないんですが、そこにおられる先生方は過重労働の問題だとか、リスクな綱渡り的なお産の問題だとか、おそらく手術場が混んでしまった問題だとか、NICU は結構あるみたいですけども、それでもおそらくベッドがプラスになっていない。たぶんいろんなことがあるんだと思うんですね。だからうまく言っているという言い方はもうよそうじゃないかと、各地の人たちが言っていました。そういうふうな情報の話と現場の話といろんなことが錯綜するんですけども、患者さんのためにきちっとしたことをやっぺいこうねということがあれば、きっと道は拓けると思ひます。引き続きスクラムを組んでがんばっていきたく思ひますので、よろしくお願ひします。

今日は本当に遅くまで、申し訳ありませんでした。どうもありがとうございます。これで終わりにしたいと思ひます。(拍手)

