

会 議 記 録

会議名称	第2回 杉並区地域医療体制に関する調査検討委員会
日 時	平成21年9月18日(金)午後7時03分～午後8時56分
場 所	西棟6階 第5会議室
出席者	委員 河原、須崎、小田切(澤村委員代理)、藤多、山中 オブザーバー 荻窪消防署職員 区側 医療政策担当参事、医療基盤担当副参事、保健福祉部管理課長、 保健福祉部管理課職員
配布資料	資料1 圏域の救急医療機関当たり人口等 資料2 休日・全夜間診療事業実績報告書(総合計) 資料3 東京都の救急医療体制を活用した病院選定要領 資料4 杉並区における救急搬送の実態(東京消防庁救急搬送関係資料) 資料5 三次救急センターから一定時間内に到達できる範囲 資料6 最寄救急センターへのアクセス時間 資料7 地域救急搬送体制整備事業の概要 資料8 区内病院(二次救急医療機関)聞き取り調査結果 資料9 杉並区救急医療連絡協議会について 資料10 救急業務連絡協議会について
会議次第	1 開会 2 議事 (1)杉並区の救急医療の現状と課題について (2)その他 3 閉会

副参事 それでは、第2回杉並区地域医療体制に関する調査検討委員会を開催させていただきます。

本日、澤村委員が欠席で、代理の小田切副署長に参加いただいております。

それでは、会長、よろしくお願いいたします。

会長 ただいまから第2回目の会合を開きたいと思います。

1回目はとりあえず広く意見交換をさせていただきました。今日も様々な資料から杉並区の救急の現状と課題について議論を深めたいと思いますが、このほかにも杉並区全体の医療提供体制の問題などがありますので、救急だけに特化するという趣旨ではありません。今日は前回の延長でもありますので、救急のことを重点的にやりたいと思いますが、3回目以降、ほかの課題にも順次手をつけたいと思います。

それで、大きな議題は杉並区の救急医療の現状と課題ですが、資料がたくさんありますので、まず資料1と2の説明をしていただいて、少し議論したいと思います。

副参事 それでは、説明させていただきます。

(資料1・2説明)

会長 ただいま、資料1と2の説明がありました。これに関してご質問やご不明な点はありますか。

資料1は補正人口で、右端の方の指定二次医療機関1カ所当たりの補正人口を見ると、23区の中では真ん中ぐらいなのでしょうか。

参事 多い方かもしれません。

会長 資料2では、この数字だけ見ると、ほかの区に比べて人口千人当たりが少ない状況になっています。全体にこれを見ると、杉並区で二次にかかる人がほかの区に比べると少ないような感じです。

この資料1と2に関して、何か委員の皆さんで思いつくこととか、思い当たることはありますか。

委員 初療に関しては、杉並区の場合は輪番で、日曜日・祭日と夜間を一般の開業の先生たちで回しながら、指定の内科と外科それから耳鼻科、小児科を夜間やっています。もちろん、ほかの区も同じような体制をとっているかもしれませんが、その初療の数を入れると、少し変わってくるかと思います。ただ、それは区によって違うので、ほかもそういうシステムをとっていれば同じ状況になりますが、その辺は何か資料がありますか。

副参事 区の実績はありますが、ほかの自治体の状況というのは、手元にはありません。

参事 東京都全体、基本的に準夜帯に関しては、いわゆる初療といいますか、初期救急はやっていないのです。土日だけです。

委員 初療は、多分、祭日・日曜日が多いのです。ふだんが数人であれば、日曜日とか祭日は数十人という単位になります。それがもしかしたら輪番の数が含まれると、自力のところの数が少し変わる可能性があるかもしれません。

それから、人口対の補正については、こちらで数が結構あるということですが、指定二次救急医療は手挙げ方式ではなく、手を挙げて、その中から東京都の選定を受けるのですが、救急車の搬送件数が二次救急を受ける上でのハードルになっており、実際には、杉並区でももう少し手を挙げているところもありますが、七つに絞られているというのが現状です。もちろん救急病院が減っているので、その辺がほかと比べてどうなのかということがわかると思います。

会長 ほかに何かありますか。

今ご指摘いただいた見方とか、資料というのは揃いそうですか。

参事 休日・夜間については各区市町村が独自にやっているものなので、区市町村の実績を見てみると、拾えるかもしれません。

会長 データが揃うかどうかわかりませんが、時間があれば当たっていただければと思います。

副参事 ちなみに杉並区では、休日と夜間急病診療の平成20年度実績で1万1,461件となっています。

会長 ほかに何かありますか。

(なし)

会長 それでは、後でまたご質問をいただいて結構ですので、次に、資料3と4の方をお願いします。

副参事 はい。それでは続けて私からご説明させていただきます。

(資料3・4説明)

会長 ありがとうございます。

資料3と資料4の説明がありましたが、資料3は、病院搬送のシステムの話だと思いますが、このシステムがうまく機能しているかどうかということと、問題点がどこにあるのかということがこれだけではわからないので、また皆さんの意見を伺いたいと思います。

それから、資料4は、それぞれグラフを見ていくと、全体として経年的に搬送数が減っ

ているということと、杉並区と東京都では搬送の傷病の程度はほとんど同じであるということ。搬送者の内訳ですが、重篤がふえて軽症が減っているということがグラフに出ていると思います。年齢区分も、東京都と杉並区ではほとんど同じです。それから、色つきの地図で、発生地別の搬送者数、色が濃いところが人数が多いところですが、地域的にはこの図で見る限り特定されているわけです。その下の相関図ですが、相関係数はわかりませんが、高井戸西が外れ値みたいな形で、何らかの理由があると思うのですが、この分布に線を引いてみると、やや右に行くほど下に行っているように見えます。相関係数がマイナスなのかも知れませんが、意外と高齢化率が低いところが発生件数が多いというふうには読み取れるのかも知れません。

それから、発生地別区外搬送率ですが、これは区と区の境界の問題とかが出ているのかも知れません。このあたりも、またご意見をいただきたいと思います。

それから、救急出動の時間と距離についても、住宅事情とかいろいろあると思いますが、赤が多いところの実情はどうなっているのでしょうか。そして、その下の表が出場～現場到着、現場到着～搬送開始、搬送開始～病院到着の3区分の時間があらわされています。その合計が救急に要する時間ということになりますが、特徴的なのは、都の平均でも同じですが、到着までは早く、到着してから搬送開始までの時間が20分ぐらいかかっています。その間、道路事情で救急車が入れないとか、マンションの上部であるとか、搬送先の病院のめどがつかないとか、そういうケースがあるのかも知れません。次の搬送開始～病院到着に関しては、まあ、妥当な数字かと思います。この表での問題は、やはり現場到着～搬送開始までの実態がどうなっているか、杉並区の実態がどうかということが一つのポイントだと思います。

それから、救急活動距離ですか、これに関しても、色づけが非常に幅があるように見えますが、実際、上と下では、車で走ると数分の差しかないような感じもします。

委員の先生方、いかがですか、資料3と資料4に関して、何か質問や意見はありますか。

よろしいですか。救急の搬送時間について、到着～搬送開始までの時間が大体20分かかっているということですが、実態はどのような感じなのでしょうか。

消防署職員 救急車には、A V Mシステムという、現場到着時に画面入力して、時間管理をするシステムが装備されています。ですので、救急車がお宅の前とか、お宅の前につけないような場合に、最寄の停車可能場所に停車したときに、車両の画面で「現着」の入力をします。その時点で119番センターに情報が行き、時間を管理するという形になります。

す。

それから、一般のお宅ですと、玄関から中に入り傷病者と接触して状況を伺い、それから、バイタルを測定したり、かかりつけ医への搬送希望があれば、重症以上でなければ、かかりつけを優先してそちらの病院と連絡をとります。重症以上であれば、当然119番センターに選定を依頼して、救命センターを選定することになります。もし搬送先の希望がなければ、直近適用の原則がありますから、科目が適用している同心円上で一番近い救急病院へ、順次当たっていくことになります。1回目で決まればもちろんすぐですし、新たな東京ルールが機能すれば、もっと短くなる可能性はあります。

それと、建物の関係の話が先ほど会長からあったように、都市部では高層の建物が増えていますので、まず玄関先でオートロックを解除して、高層階へ上がっていくと、当然、患者さんに接触するまでの時間もかかりますし、エレベーターで上がるのに、例えば、夜のセキュリティが厳しいところでは、各階にとまります。ですから、10階に着くまでに5分近くかかってしまったり、降りてくるときも同じことになります。

それから、朝夕の、マンション住民がエレベーターを使うような時間帯では、混雑のためストレッチャーや資器材が乗りにくい状況があったり、各階にとまると、専用のものではありませんから時間を要してしまう場合もあります。

それを全部含めて、搬送開始というのは、車内に患者さんを収容して、病院へ出発しますよというのを、画面から入力した時点になりますので、それまでが全部、一連の救急処置も含んでいる時間と解釈していただければと思います。

会長 ありがとうございます。

あと、特に、地図の資料で、色が濃いところと薄いところ、これはいいところと悪いところというイメージだと思いますが、これがひとり歩きすると非常に危険だと思うので、本当に色が濃いところが悪いのかどうか、あるいは、ほかと変わらないとか、こういうところも、ご議論いただきたいと思います。

先生方、何か質問等いかがですか。

委員 赤いところはどちらかというと、京王線沿線で、世田谷と杉並の境界あたりに位置するところだと思います。これらの発生件数の多いところは、一般の診療所が少ない傾向があると思います。特に、搬送の赤くなっている青梅街道と井の頭線を挟んだ区域は、開業医が少ないところだと思います。

二次救急で区外へ行く人がとても多いのですが、問題は、本当に行く必要があったかど

うかということです。記憶ですと、十数年前に杉並区内から搬送される患者さんで、区内搬送が35～40%ぐらい、残りの65%は区外に出ていくのです。そこで、区外搬送が重症例なのかどうかを調査したことがありましたが、実際には軽症・中等症がほとんどでした。これが道路づけとか距離の問題とか、病院の位置の関係でということはあるかもしれませんが、必ずしもそうとはいえないと思います。私どもの病院は、発生件数も少ないしそこで発生した人の搬送までの時間も短いという地域にあり、また中央線沿線に病院が集中していて、井の頭線沿線は多分 病院だけという状況です。こういう色になったのは、病院の位置関係が悪いということもあるかもしれませんが、救急搬送のルールを変えれば、もっといい状況になる可能性があるということかもしれません。

特に、久我山とか高井戸西から私どもの病院に搬送されてくるのは、 病院で断られて来ることが多いのです。 病院で断られた場合に、次はどうも世田谷の病院を選定しているようです。もし初療に近い二次救急であれば、私どもの側の方に言っていただければ、もっと早く搬送される可能性があるかもしれません。余りにも赤さが、井の頭線の沿線や世田谷との区境に集中しているので、何かルールの変更があれば、もう少し区の中で賄える二次救急があるのかもしれないし、二次救急がもっとしっかりやれば、三次救急の負担がとれて、逆に、二次救急で手に負えない三次救急が出たときに、遠慮なく紹介させていただける形になる可能性があると思います。この図を見る限り、余りにも偏り過ぎていますので、搬送に問題があるのではないかと私は考えます。

会長 そのあたりは、実際にどうですか。

消防署職員 ご指摘の部分も当然あると思います。例えば、これが出ていないところで、すぐそばに 病院があります。直近適用の原則では救急隊員も直近から当たっていきますし、当然病院の規模が大きいほど、かかりつけの方も多くなりますから、その傷病者がかかりつけを希望されるとそちらへということになります。

それから、私たちは依頼に基づいての119番でありますので、直近適用の原則はあっても、家族や本人が希望する病院も念頭に置かなくてはいけない部分もありますので、納得していただいたうえで搬送していくことになります。

委員 それは十分わかりますが、地理的な色が明らかな状況です。

消防署職員 もちろん直近適用の原則を最大に使っておりまして、特殊な疾患についてはそういったことを加味して考えるということで、救急隊でもそのルールを採用しています。

委員 確かに、中央線沿線と井の頭線沿線とでは分布にかなり差があってという説明は、聞いていてなるほどそうかもしれないと思いました。

ただ、それはわかりますが、基本的に受入れ可能と言っている直近対応優先という現在の搬送ルールは、東京においてはユニバーサルなルールになっていて、それは特別問題とも思いません。東京以外の場合は市の中で片をつけるというルールですから、市町村で独立した消防、救急運用をしていて、恐らく、市役所のそばに消防署があり、病院もその真ん中辺にあってというのが一般的です。そうすると、恐らく、市の周辺の方はきっと搬送時間が長くて、真ん中の辺は搬送時間が短いということになっていると思うのですが、東京の場合は完全に広域消防ですから、南の方といっても、隣の世田谷区でも杉並区と全く扱いが一緒です。完全相互乗り入れしているわけですから。武蔵野市、三鷹市とも相互乗り入れしているわけですから区境というのは実はそれほど問題ではありません。分布はわかりますが、東京都においては、本来的には一番近いところに一番早く搬送できるというルールになるはずなのです。

委員 多分、僕は車で行くと、ここはうちが一番近いと思います。 病院よりうちの方が近いですね。

委員 距離と走行時間の差とか、そういう問題は若干あるかもしれませんが、基本的にコンピューターは距離だけで出ていますね。

委員 この道路づけからいったら、多分、西荻まで来ていただく方が圧倒的に近いですね。

委員 直近というのを、単に距離じゃなくて、実時間を加味した最短をシミュレーションできれば、それはあり得るとは思いますが、逆に言えば、そういうことしかできないのではないかと思います。

副会長 医師会の感じでも、通常の診療においても、南や西の方は武蔵野市などとの関係が強いですし、南の方は世田谷との関係が強いし、東の方は中野との関係が強いですから、こうなっているのはわかるような気がします。ただ、区外に行くからといって、杉並区内の病院が少ないとか、少ないために受け入れるところがないから区外へ行くのだと考えるといけないと思います。

委員 趣意書を読むと、救急病院がないというお話なのです。ところが、実際に私どものかかりつけの患者さんなどに話を聞くと、特に久我山の住所の方々は、圧倒的に時間は早いはずなのに何で区外の病院に行ってしまったのかという方もいらっしゃるという現状

もあります。今回、杉並区全体の救急医療の質を上げようという話ですが、区内搬送件数が少ないことだけが注目されている状況では、なぜ少ないのかということをしるべきで、それはいけなくて、それは我々が怠惰にしているわけではなく、実際に救急車で半分以上の方は区外に行っていて、我々のところに来ていないという現実を理解していただかないといけないと思います。

区外の方が近ければそれでいいのですが、実働として時間がかかって区外に出ていく方が多いという状況ですから、それは改善する余地があるのではないかとことです。

参事 行政の立場から言うと、この赤い地域の人たちが著しい不利益をこうむっているのかどうかということが一番重要なところで、区外搬送が多いからといっても、そちらが近ければ問題ないという考えです。

あと、時間と距離が若干多いことについて、平均値で見たときのこの差がどの程度意味を持つかについては考える必要があるかと思えます。時間と距離に関して言えば、区外搬送が多いから不利益とは思いませんし、病院の配置から来ている不利益なのかもしれませんが、若干時間と距離がかかっていることは事実なのだろうと感じます。

先ほどの話のように、東京都全体としては患者を区外搬送しても、短い時間で行けていけば問題ないのですが、やはり南部の人たちは若干時間がかかっているというのは事実なのかもしれません。

委員 ただ、ほとんどの人が区外に行ってしまうと、杉並区には病院がないという趣意書が今回の委員会の発端になっているわけです。そうすると、何故なのかということをしるべきで、まず皆さんにご理解いただかないといけないのですが、区内に搬送していただければ、受け入れは可能だということをお話ししたいのです。趣意書では区内への病院誘致の理由として、レントゲンがとれない、CTが撮れない、ベッドが空いていないといって断られるケースが多いということが第一原因になっていますので、そうではないということをしるべきで、よくご理解いただきたいということをしるべきで、私は申し上げたいのです。

会長 次の資料5とも絡んでくるかもしれませんが、杉並区の中で完結させる場合のシミュレーションも可能です。例えば、南の方から区内の二次救急病院に何分でアクセスできるかというのもシミュレーションできますし、世田谷とか隣接する自治体への搬送のシミュレーションも可能です。そういうのも一度やってもいいですけど、もし区内で完結したとしたら何分かとかいうのはできます。

参事 それを目指すことに何か意味があるのかどうか、ということが難しいと思います。

会長 そうですね。検証するとしたら、そういうことはできますが、一番大事なのは、区外に搬送して予後が不良だったとか、そういう事例がわかるといいのですが、難しいと思います。イメージとしては、南に行くほどやはり悪いような色になっていますが。

ほかの委員の皆さん、何かご意見はありますか。

参事 最後のグラフの5番ですが、そんなに大きな割合ではないのですが、三次救急が平成16年当時と比べて多くなっている感じがします。実態として三次に運ばれる人が増えているのでしょうか。

委員 このところは、少し横ばいの感じもします。東京消防庁の発表でも三次救急の搬送件数は、ここ5年、10年、ずっと増えてきて、特に高齢化率の倍ぐらいのスピードで増えているというような状況のようです。

参事 それは三次救急対象の人たちが来ているということですか。二次で診られない人を受けているということですか。

委員 現在の東京消防署のトリアージ基準だと三次になってしまうからで、その内容を見ると、例えば、20年前は三次の約半数は外傷だったという時代が、現在、外傷は5分の1です。交通事故などは圧倒的に少なく、高齢者の内因性疾患、脳血管障害、心疾患、肺炎などがどんどん増えているという意味では三次は増えています。今後、長い目で見ると必要はありますが、恐らく三次救急の高齢者の分だけは、まだまだ需要は増えることになると思います。交通事故は全然増えていないです。むしろ減っています。

参事 あと、どんどん送ってくれば診られるというお話ですが、区内の二次救急はどこもそういう感じなのでしょうか。

委員 初療二次はそうなのではないでしょうか。軽症・中等症までは一応診られると思います。一般的なことを言えば、病院で中等症というところでチェックをつけた病気であれば、杉並区の病院でいわゆる救急指定を受けているところであれば、一応対応できると思います。

委員 委員が頑張っておられるのはよくわかって、お話そのものは頼もしいと思いますが、もっと大きくいうと、今回話題の二次、三次救急をどうするかという問題については、現在非常に無理があるという状況です。三次救急に関しては、症例数は増えているが、東京都の場合は病院の病床数も増えています。三次救急は、約10年前に21医療施設でしたが現在23医療施設で、病床数は520から600強になり、むしろキャパシティも能力も上がっています。

一方で、二次救急病院は減る一方で、この10年間で医療機関は411から335に減るという非常に深刻な状況にあります。現在、救急医療において医療破綻が進んでいるのは、どの報告を見ても常に二次救急ですので、杉並区あるいは東京都全体から見ると、二次救急は現在危機に瀕していて、非常に状況は悪いと私は思っています。全然大丈夫だとおっしゃるのは、楽天的過ぎるような気がします。

委員 私どものところは大変厳しいのですが、一つの大きな要因は看護師確保のための人件費の増大です。それから平均在院日数の問題で、看護基準を上げる場合には、平均在院日数は短くなり、ベッドの稼働率が悪くなるということです。

それから、稼働するためには、救急の搬送がある程度コンスタントに必要なのですが、その数は決して多くなっていないというのが現状です。ですから、我々みたいな小さいところは、自分の得意分野であればいつでも診る体制ができていますが、正直言って、いろいろな人が来るという状況です。

また、搬送で来られる方で、精神科の疾患を持った方や急性アルコール中毒などの例もかなり多く、その中に一般の病気の方も混ざっているという状況なので、職員が精神的にも疲弊してしまうという状況もあります。前回、二次救急のヒアリングをしてほしいと言ったのは、二次救急病院は経営難、人員不足などいろいろなことで相当疲労して、もう嫌だと言っている人たちも一杯いるということなのです。

ただ、救急病院として頑張るといふことであれば、患者さんはもちろん来ていただかなければいけないし、基準看護を上げるといふことになれば、平均在院日数を少なくしなければいけないということですので、沢山来て、なおかつ、それがはけていくという形をとらざるを得ないです。

そのために、救急搬送の件数が増えることは、救急病院としてやっていく場合には必要なことです。ただ、現状では時間外・祭日は、大体40%の報酬増なのです。そうすると、夜間や準夜帯に2人診るのと日常診療で3人診るのと報酬が同じだとすれば、日常診療で9時 - 5時の世界は楽に決まっています。財政的に悪いということと、人材が集まらないということで、夜間の体制が希薄になっているのが現状です。そこはマンパワーとかマインドで頑張るといふことになり、中小の病院はみんなそういう状況でやっていますので、これで患者が来なくなれば、もう救急はやめようということ、杉並区ではいくつも病院を閉鎖しています。救急病院もなくなっているし、この趣意書の12年のときに比べて、救急指定のクリニックもほとんどなくなっているという状況が起きています。

三次救急をつくる前にと申し上げたのは、そういった側面があるということを十分ご理解をいただきたいと思います。

会長 色が濃い地域で、何か手遅れになったという事例はあったのでしょうか。

参事 明確な事例は聞いておりません。

会長 医療は原則、二次医療圏で考えるというのが国の趣旨ですが、東京は各市町村とも人口が大きいので、県ぐらいの人口を有しているところもあります。一つの視点としては、杉並区の医療を語るときは杉並区本体の部分の医療を考えると同時に、その周りあるいはさらに二次医療圏、そして都全域の医療の中での位置づけを考えないといけないと思います。その観点で、この色の濃いところについて議論していく必要があると私は思います。

何回も同じような質問になりますが、健康上、不利益を被ったという事例はなかったのでしょうか。

参事 明確な事例は把握しておりません。ただ、高井戸西の高齢化率が突出しているのは、大規模な都営住宅と大きな老人福祉施設があることの影響です。私の少ない経験ではやはり、救急車がずっと止まっていて目立つみたいな話を聞くのは、南の地域が多いと思います。

会長 住宅の構造が影響しているのかもしれないし、道路事情もあるかと思います。例えば、赤くなっている地域で区外に搬送したケースの時間と距離、区内の搬送の時間と距離とかいうのは出ますか。

委員 ただ、この資料をよく見ると、時間にしても35分か40分かという問題で、現実的に患者さんや住民に対して不利益でなければ、杉並区においては社会環境上、極端に違うとは思えません。あまりこればかり強調しなくてもいいという感じがします。

会長 確かに、走れば上と下の差は2分ぐらいです。2分は貴重かもしれませんが、色がきつからそういう感じがするのかと思います。

委員 杉並の場合はすごく大きな盛り場はありませんので、まあ、いいのではないかと思うのですが。

委員 南部区域についてですが、杉並区の特徴として、道路状況は、東西は比較的幹線道路が走っていますが、南北の通りが極端に狭い道しかありません。この地区は、そういう細い道路が記憶にあります。救急隊は常に事故を起こさないようにと強く言われている部分もあり、かなり安全運行をします。

ですから、道路状況をここに落とし込むことが可能であれば、その辺も見えてくるのかと思います。あとは、この地図上に、区内七つの二次救急医療機関を落とし込むのも、検討する上で必要かと思います。

会長 少し話はそれますが、首都直下型地震が起こったときの病院間搬送を、地図を使ってやったところ、15分以内で搬送できる負傷者の割合が、世田谷が9%程度なのです。中央区は90%ぐらいで、環七や環八沿いが同心円上に非常に悪く、その影響が出ていると思います。道路の幅員を、例えば15メートルとか5メートルとかに設定し、そこを現実的な速度で走った場合に何分かかるかというのを、全部シミュレーションできます。すると、この色が納得できるかもしれません。施設の問題ではなくて、住宅事情とか道路事情かもしれません。

委員 あるいは、杉並ですと、真ん中より上はよくて、下の方は踏切問題があります。中央線は杉並においては、踏切問題はないのです。京王線と小田急線は複々線化して高架化していますが、京王線はまだ踏切があるということもあります。

消防署職員 もちろん、井の頭線の事情はかなりあります。時間帯別で、7時の後半台から10時にかけて3万件を超える出場件数があります。そういう人の動きにあわせて救急事例は起きますので、通勤の時間帯は踏切の閉鎖時間も当然長くなるし、井の頭線も複線で踏切が開いている時間が短いと、救急車両でも通過しにくい状況になるということも多少は加味されて、トータル時間で総合的な判断をして車両の運行をします。現場の素直な意見としては、そういった状況を含めていると思います。

会長 この地図の色の問題ですが、常識的に考えて不利益を被るような差はないと思いますが、この赤い色が出た地域の社会的背景を、杉並区あるいは周辺の自治体あるいは二次医療にまで徐々に膨らませながら検討して、趣意書や要望書に答えないといけないと思います。だから、これは私と事務局で検証してみたいと思います。この取り扱いはよろしいですか。

(了承)

会長 では、資料3に関してはいかがですか。現実にそぐわないとか、問題があるということはありませんか。

委員 問題山積みですが、ここで話しても仕方がないので、黙っているわけです。精神科救急は、東京都は何もしていません。いつも、東京都は検討して、こういうことをPRしますが、実態はひどいものです。

会長 精神科とか生活保護の問題がありますね。

委員 はい、ひどいですね。

会長 わかりました。

では、資料5と6に関して、私からご説明いたします。

資料5は、出発して寄り道をせずに三次救命救急センターに搬送するまでの時間です。方法としては、自治体の住所地情報と、病院の住所地情報をもとに、最短の道路を制限速度で渋滞がないという想定のもとで搬送したら、こういう時間になります。全国的に自治体の人口重心が、役所の所在地にほぼイコールなのです。

資料6が区市町村別の最寄りの救命救急センターへの搬送時間で、これも同じような計算をしています。東京都の自治体すべてこういう形で時間をあらわしております。杉並区は上から見ると30位ぐらいで、出発してから病院への到着までの時間が、大体理論上は15分です。先ほどの実際のデータでは、杉並区平均が11.6分で、4分ぐらいの差がありますが、そういうふうにして計算しました。

資料5に戻りますが、緑の濃いところが15分で到達する圏内です。こちらは逆に、救命救急センターを中心として、15分で救急車が走った場合に到達するエリアを一番濃い緑色でかいています。一つ色が薄いのが30分到達圏で、板橋、練馬、杉並、世田谷と縦に悪くなっています。環七、環八通り沿いが、やはり計算上は悪くなります。多分、南北の連絡が、この地域全体が悪いのでしょうか。

杉並区の場合は、一番近いところは東京医大になりますので、これが大体15分ということがこの地図であらわされていると思います。

委員 資料5は以前も拝見したことがありますが、救命救急の三次は15分勝負なのです。全国的に見ると、東京はこれでもかなりいいということになると思いますが、北海道で15分という話をしても、札幌や旭川ぐらいだけの話にしかありません。やはり東京は東京で考えるしかないと思います。

資料6を見ると、先ほど市役所あるいは区役所に人口重心があるということで、例えば、3番目に青梅が入っていて、青梅はたまたま市役所と総合病院が近いからこうなりますが、普通に考えて青梅はこんなに近いわけはなくて、最も長距離搬送になる地区ですから、これはたまたまという感じもします。

会長 そのあたりは不合理が生じますが、厳密にやろうと思えば、膨大な作業が必要ですが、町丁目まで可能です。

委員 資料5は救命センターからの道路を勘案したものですか、それとも、直線距離でしょうか。

会長 実際に走った道路です。最短距離で、15分でどのあたりまで行けるか。あらゆる道路の中で、最短距離で道路を走ってです。

委員 混雑は考慮しないものですか。

会長 混雑は考慮せずに、制限速度で走ってということです。

参事 資料5を見ると、杉並区民の多くは、やはり15分圏内がいいということになります。15分以内か30分以内かというところでは、先ほど委員からも15分がキーワードだという話がありました。

委員 私も資料を用意しました。

杉並区に三次救急医療機関がないのは事実なので、それがどの程度問題なのかということになると思います。

これは武蔵野赤十字病院に搬送された事例で、全例ではないのですが、黒丸が発生地です。この病院は北多摩南部医療圏ですが、実は、練馬と杉並の環八の西側の方も来ているということがわかります。先ほどの資料5だと、ここを東京医大に運んだらという前提では30分になりますが、実は環八の西側地区は武蔵野赤十字に来ていますので、そうはなっていないのです。ちなみに、斜めの真っすぐな線が田無のところと三鷹のところに入っていますが、三鷹の方は杏林大学と武蔵野日赤の垂直二等分線を引いてみました。それから、田無の方は公立昭和と武蔵野赤十字との垂直二等分線を地図上で引いてみたのです。若干例外はありますが、垂直二等分線に入るということは、近いところに運んでいるということです。ですから、発生場所から近いところをコンピューター画面に出して、より近いところに行くとなると、東側は、事実上、環八が分水嶺になっていることになります。

問題は、実際に杉並の西側約3分の1は武蔵野に運んでいる場合に、これが本当に不利益かどうかということです。もちろん遠いですから、当然搬送時間は長くなります。長くなるということが、現実的に患者さんにとって、助かるべき命が助からないということが起きていなければ、直接的な問題はないということになります。

そこで、少しサンプリングをやろうと思い、昨年度のデータをもとに現発から現着までの平均時間を出してみました。

簡単に申し上げますと、杉並区が14.9分。練馬が16.2分。近いところで言うと、武蔵野が7分。三鷹が6.2分。小金井が7.5分。その次に、府中が12.8分。調布が11分。西東京が

10.8分となり、武蔵野、三鷹、小金井の三つが近い方となります。その次が、府中、調布、西東京が10分～12分で、杉並と練馬は14分を超えていますから、遠いこととなります。武蔵野と比べて杉並は倍かかっていることとなります。

次の段階として、これが本当に患者さんにとって不利益かどうかを検証することになりますが、症例が一番集めやすくばらつきの少ない、来院時心肺停止症例の蘇生を例に検討してみました。母集団が300ほどあったうちの、心肺蘇生を集めて、そのうちに、心拍再開率あるいは生存・退院できた結果がどれくらいあったかというのを、先ほどの時間との絡みで調べてみました。心肺停止で来られて、退院できた率ということだと、杉並が6.6%、練馬がゼロ、武蔵野が4.7、三鷹が7.1。小金井は母集団が少なかったのですがゼロ。府中が10。調布が33。西東京も非常に症例数が少なかったのですがゼロでした。

結果から言うと、杉並区においては搬送時間が長かったのですが、生存、元気な退院率に関しては、三鷹、武蔵野と匹敵しているわけで、搬送時間が倍であったというほどには、患者さんにとって不利益になっていません。練馬がゼロというのは、やはり遠かったせいかなという感じもするので、時間や距離との関係はないとは言いきれませんが、少なくとも統計学的に有意差の出たものはないので、今のところ、搬送時間は距離に比例して長いということは言えるけれども、三次救急によってそれが直接的に患者さんの致命的なマイナスはないと、僕らははっきりと読んでいます。

以上です。

会長 ありがとうございます。

何かご質問はありますか。よろしいですか。

(なし)

会長 では、次に移らせていただきますが、資料7、8をお願いします。

(資料7・8説明)

会長 資料7、8について、何か質問等ございますか。

区の南部に位置する病院というのは、資料のどれにあたりますか。

副参事 今回、まだ未調査の病院です。

会長 色の濃い地域の病院はそこだけですか。

参事 そうです。

委員 資料7の東京ルールというのは、8月末に始まったばかりのことですし、まだ調整していないところもあるので、今どうこう言っても仕方がないのですが、非常にばらつき

があって、大変に苦労されているところも多いように聞いています。もちろん、今後はもう少し理解も深まり、参加施設も増えていくというところかもしれませんが、現状では一部のところに大きな負担がかかっているという状況で、多くの人はこのままでは破綻するだろうと言っています。

これはコーディネーター病院が、5カ所以上あるいは20分以上となったときに調整するとなっていますが、一部の病院はそのまま自分の病院で抱え込んでいて、もうパンクしているところもあるのです。

この調整方法がいいのかというのは大変疑問で、杉並のある区西部では戸山病院と目白病院ですが、いずれも新宿区でも東の方で、同じ二次医療圏といいながら、杉並で発生した傷病者がどこにもないからといって、目白や戸山まで行くかというところでは、少なくとも現在の二次医療搬送困難症例に関しては、対応が難しいのではないかと思います。

消防署職員 実際に搬送している例もありますが、東京ルールで受け入れていただいております。

そのほかに、119番センターもコーディネーター病院以外にも当たりますので、圏域を超えて、直近適用で探していくこととなります。東京ルールというのは、5病院もしくは20分以上というのが原則の基準ですので、それを超えた後は、本部も救急隊も全部当たるわけです。そこにコーディネーターも入ってきて、先にとれたところに行くこととなりますので、コーディネーターが見つかる前に搬送先が決まることももちろんあります。

委員 東京ルールは、搬送収容困難症例が社会的に問題になって、それを変えるということですが、緊急度・重症度が高ければ三次救急ですから、問題ないわけです。

実は、緊急度・重症度は高くないけれども、実際の収容先が決まらない症例が、6%あるということを問題にしています。問題も多々あるので、患者さん自身の責任とは言いかねますが、実際に社会的な問題が重なり過ぎていて、現実的にどこの病院もその患者は難しい、という症例があるということです。

問題は、その責任を医療機関に持っていくのではなく、本来は行政できちんと対応すべきものを、病院に対応させているのが、筋違いの議論をしていると感じています。医療よりもかなり福祉が絡んでいたり、精神科対応の問題があるという場合に病院に負担を負わせることは、少し酷な場合が多いと思っています。

参事 区内のある病院に、なぜこの制度に手を挙げなかったのかを伺ったのですが、東京ルールに該当するような患者さんは相当厳しい状態の人が多く、多くは新宿あたりで発

生ずると考えているようです。今、杉並の二次救急を受けるのに精いっぱいのところ、その新宿の人たちを自分たちが受け入れることになっては困るので、少し控えたということです。だから、杉並の人たちに関してはもちろん受け入れますと言ってくれていますが、これだけ見ると、折角の公の役割を担ってくれないのかという話にもなってしまいます。

委員 武蔵野日赤も手を挙げていません。

参事 三次のところは受け入れなくていいということではないのですか。

委員 いえ、二次もやっているんで声はかかりました。検討の上、お断りしました。

会長 困難事例も、精神や生活保護などの福祉の領域というのも結構ありますね。

委員 始まったばかりですから、今後どうなるかまだわかりません。

委員 この間のケースは、覚せい剤中毒で捕まって6日前に刑務所から出てきたばかりで、精神的な状態がおかしくなっているというのです。それで、医療対応外ではないかと言うと、いや、東京ルールですから、というのです。それがよくわかりません。

委員 そういうのを病院に押しつけられるのはおかしいですね。精神疾患や路上生活者だということを理由に断るというわけではありません。なかなか受け入れてもらえないケースというのは、毎回、何らかのことで病院へ行ってはトラブルを起こし、地域の病院ではどこも、あの患者さんは来るとトラブルを起こすとわかっているのです。

委員 運ばれた後、まずは院内のルールで対応しますが、何をするかわからないし、暴言を吐いたりするものですから、警察に連絡します。そこまでの間に、2~3時間、救急がとまっているし、ほかの患者さんも診られなくなります。

委員 医療のレベルを超えていますよね。

委員 次からは状況を確認しないと、受け入れはできないという状況があります。

会長 この委員会は、最終的に報告書をまとめるに当たって、区の問題を議論していますが、このような東京ルールとか、都や国に持っていくべき課題もかなりあると思います。

参事 それについては、こういう問題があるので、国へ申し入れをすべきだとか、提言を出すべきだ、ということでまとめていただければと思います。

会長 それは盛り込んでもいいのでしょうか。

参事 ええ。制度的な問題はそういうふうに整理して、区としてやれることはこういうことがあるのではないかと、というようにまとめると良いと思います。

会長 では、そういうふうな報告書をまとめさせていただきます。

それで、先ほどの武蔵野赤十字のデータを、参考に使わせていただきたいと思います。

委員 個人情報も絡んでいないので、お使いになるのは構いません。

会長 そういうことも踏まえて、三次救急についても、もう一回検証してみてもいいか
と思います。

参事 はい、わかりました。

会長 これに関しては、事務局と私で資料をつくりますので、またご検討いただきたい
と思います。

では、資料9、10の説明をお願いします。

(資料9・10説明)

参事 私から補足させていただきます。なぜこれを本日ご紹介したかということ、もともと
と消防の方で資料10の協議会があったわけです。前回の検討のときに、救急医療機関の連
携体制が重要だろうという提言をいただき、消防の連絡会だと救急告示の診療所も入りま
すので、それとは別に、二次救急だけの連絡会をつくったらいいだろうということになり
ました。そこにまた、議会などからお話をいただいて、区民の意見を反映させる場をつく
りましょうということで区民部会というのを作りましたが、連携体制は余り進みませんで
した。連携が重要だといいいながら、なかなか進められない状況にあるということです。

会長 ただいまの資料に関して、ご質問等ありますか。よろしいですか。

(なし)

会長 それでは、議事は終わりましたが、事務局から連絡事項はありますか。

副参事 次回は11月6日を予定しています。

会長 わかりました。

では、次回はきょうの宿題を私と事務局で整理して、提出させていただきます。

それと、救急以外にも、杉並の医療全体を見ていきたいと思いますので、そちらの資料
も提出したいと思います。

それでは、これで本日の会議を終了させていただきます。ありがとうございました。