

## 令和5年度 保健医療協議会開催状況

### 1. 大阪府大阪市各保健医療協議会（東西南北 共通）

南部保健医療協議会	令和6年1月24日開催
東部保健医療協議会	令和6年1月25日開催
北部保健医療協議会	令和6年1月29日開催
西部保健医療協議会	令和6年1月31日開催

#### (1) 第8次大阪府医療計画の概要と基準病床数について

(意見等)

- ・ 救急医療の取組に ACP について記載があり、地域でも進めているところであるが、あたかも救急の負担を減らすことが目的であるかのように記載されている。結果的には救急の負担減少に寄与するかもしれないが、そのために ACP を進めているのではない。

#### (2) 新興感染症の協定締結の状況について

(意見等なし)

#### (3) 第7次大阪府医療計画最終評価・第8次大阪府医療計画 圏域編(案)について

(意見等)

- ・ 子宮頸がんのキャッチアップ接種が今夏で終了するが、接種率が非常に悪い。今後、大阪市から何か働きかけはあるのか。地域ごとに対応しないと接種率はなかなか上がらないため、区においても検討をしているが、その費用について何か支援等検討してもらえないか。
- ・ 区において災害医療協力病院や災害医療拠点病院が参画した災害時の救急医療救護所設置に関する会議があり、どの程度の傷病者が発生するかの想定をしたが、予算が全くない。予め医療器具を準備することが提示されているが、区で対策を講じるにしてもその費用について、区で予算が確保できるのか等費用面が不明なのは問題であると感じている。

#### (4) 令和5年度「地域医療構想」の取組と進捗状況について

(意見等)

- ・ 地域医療構想について、病院側として病床機能別に分けて整理する必要性は理解しているが、数字合わせに終始しているように思う。  
急性期病床が過剰で、急性期以外の病床はどちらかというと不足しているというのが皆さんの認識だと思うが、当院は看護師数や医師数などで計算上、全病床が高度急性期病床に位置付けられているが、診療内容からは本来は急性期として計上すべきであり、そうなると急性期病床数が増えることになる。
- ・ 地域包括ケア病棟・病床に関して、大阪府は原則回復期病床との方針であるが、国の方針では地域包括ケア病床に救急医療を担ってほしいと考えており、今後の診療報酬改定においても高齢者救急はある程度地域包括ケア病床でとの方向性を示しているための地域包括ケア病床を全て回復期病床とするのは難しいと感じている。
- ・ 結果として、大阪府や大阪市が把握しているより急性期病床はもっと多く、回復期あるいは高度急性期病床はもっと少ない。これは医誠会の問題にも繋がる。その点について検討いただき、過剰病床への転換は積極的に止めていただきたいし、本当の意味での病床機能について考えていただきたいと思う。

(5) 令和5年度大阪市二次医療圏における各病院の今後の方向性について

(意見等)

- ・ 大阪市立弘済院附属病院について、再編統合し 120 床の新病院を急性期病床とするとのことであるが、診療科目が現段階でわかっていたら教えてほしい。
- ・ 医療法人正和会 協和病院及び医療法人医誠会については、医療・病床懇話会にて協議を行ったが、城東中央病院においては慢性期・回復期病床を急性期病床へ転換したままであり、今後も継続して協議をしっかりとしていかなければならない。

【各病院の対応方針】

- ・ 10 床以上の過剰病床への転換計画であるため、2 月 15 日開催の保健医療連絡協議会（地域医療構想調整会議）にて医療法人正和会 協和病院及び医療法人医誠会より対応方針等の説明の上、協議することとなった。
- ・ その他の病院の病院対応方針については、異議なしとされた。

【重点支援区域の申請】

- ・ 重点支援区域については、申請を行わないこととなった。

(6) 紹介受診重点医療機関の選定について

(意見等)

- ・ 特に「意向があって、基準を満たさない」医療機関の選定が難しく、最終的に保健医療連絡協議会で決定することになるが、他県においても国が参考水準としている紹介率 50%、逆紹介率 40%を基準としており、前回協議会との変更点として、国の基準で選定するという事になったのだと理解している。
- ・ 国からの通達もあるので、基準に沿って決めるのがいい。
- ・ 十三市民病院について、重点外来の基準を満たしていないのは、大阪市の依頼でコロナ専門病院として一般診療を全部行っていなかったからだと思うが、資料に記載されているデータはコロナ専門病院でなくなって以降の数値と考えてよいのか。
- ・ 十三市民病院は、地域の基幹病院であり特別の事情があるため、できれば基準を緩和してもらえないか。
- ・ 十三市民病院として今年度の5月より一般診療を拡大して、重点外来の基準を満たすため努めているところであり、来年度、紹介受診重点医療機関に選定されるよう引き続き取り組んでまいりたい。

【紹介受診重点医療機関の候補の選定にかかる協議方針】

- ・ 事務局案の協議方針を用いることとなった。

【紹介受診重点医療機関の候補の選定】

- ・ 紹介受診重点外来の基準を満たし、選定への意向がある 26 医療機関及び紹介受診重点外来の基準は満たさないが、紹介率及び逆紹介率の参考水準を満たし、選定への意向がある 1 医療機関の計 27 医療機関について、紹介受診重点医療機関の候補として選定することとなった。
- ・ 選定への意向はあるが、基準・参考水準を満たしていない 2 医療機関については選定の候補としないことについて、異議なしとされた。

(7) 地域医療への協力に関する意向書の提出状況について

(意見等なし)

(8) 第8次大阪府医療計画における大阪市二次医療圏の在宅医療体制について

(意見等)

- ・ 当区でも複数の医療機関に積極的役割を担う医療機関に同意してもらったが、実際には、ほとんどの医療機関は自施設のことですぐ一杯で 24 時間対応は不可能である。大阪市として選定するにあたって何らかの財政措置などは考えているのか。

- ・ 24 時間対応には費用がかかるため、現在の診療報酬体系では不可能だと考える。十分な医療情報も財政的な支援もない中、往診するのは無理があるが、行政として何か考えていることはあるのか。
- ・ 「位置付ける」とは本協議会から保健医療連絡協議会へと「推薦候補として報告する」ということでよいか。
- ・ 積極的医療機関を大阪府のホームページに公表すると聞いているが、一般の方がホームページを見て、その医療機関に在宅医療を希望する患者が集中するのではないかと懸念している。
- ・ 急変時のイメージは人によって違うと思うが、急変ということに対して、具体的にどのような患者をイメージしてこの計画を立てているのか教えてほしい。突然急変したから診てしてほしいと言われても、患者情報が分からないまま往診するのは難しく、また、そのような状況を想定していないのではないか。
- ・ 在宅医療というのは、一般の診療所が往診や訪問診療をしている患者が対象で、(ファストドクターのような)電話したらすぐに駆け付けるのではないということによいか、確認しておきたい。
- ・ 当区において、積極的医療機関へ参画意向のある3つの医療機関に協力意向を確認したところ、診療報酬等をふまえて考えていたり、在宅医療の患者を増やそうと考えていたり、地域を連携してやっていくと考えているなど、積極的医療機関のイメージがそれぞれ異なると感じた。今後拠点が在宅医療のネットワークを構築していくのが、地区医師会に課せられた役割だと考えている。今後、後送病院との連携やスポットでの代診、主治医/副主治医制が考えられるが、イメージを持たないまま積極的医療機関へ参画意向を示している医療機関が多いのではないかと考えている。

#### 【連携の拠点及び積極的医療機関】

- ・ 在宅医療に必要な連携を担う拠点一覧及び積極的役割を担う医療機関リストについて、異議なしとされた。

#### (9) 地域医療連携推進法人の認定について (西部保健医療協議会のみ)

##### (意見等)

- ・ 厚生労働省はこの4月に制度を見直し、新類型を追加することとしたが、手続きの一部を緩和し、地域医療連携推進法人の参加法人及び都道府県の負担軽減を目的としている。大阪府提案の報告を求めるとするのは活動内容を把握する上で必要であるが、国が定めているのは「地域医療連携推進評議会を推進法人は結成し、目標に照らして評価を行い、必要であると認めるときには社員総会及び理事会において意見を述べることができ、その結果を公表する」ということである。
- ・ 新類型の法人においても報告を求める提案であるが、緩和の方針に逆行するため、新類型に移行する場合を除いて報告を義務付けるという前提で認めてはどうか。新類型の1例目になるのであれば、前例となることも踏まえて慎重な協議が必要と考える。

#### 【地域医療連携推進法人の認定】

- ・ 本協議会としては異議なしで、大阪府大阪市保健医療連絡協議会に報告する。

## 令和5年度 地域保健医療推進懇話会開催状況

### 1. 大阪市在宅医療懇話会 令和5年11月17日（金）開催

#### (1) 第8次大阪府医療計画（在宅医療）について

（意見等）

- ・ 主な在宅医療資源の状況の図表について、訪問診療を実施している診療所より、在宅療養支援診療所の数が多い区があるというのは、在宅療養支援診療所の届出は行っているが、実際には診療報酬を算定していない診療所があるということか。
- ・ 国は在宅療養支援診療所を増やす方針であるが、実態としては増えておらず、今後の行政の在宅療養支援診療所を推進するかの方向性に関わるため、府内の市別・区別に訪問診療を実施している診療所の実態調査をしてもらいたい。
- ・ 訪問診療を実施している件数について、令和2年度の調査結果というのは、正確性に欠けるため、同じ年次の調査結果であれば正しく比較することができるのではないかと。
- ・ 今後の取組の急変時の対応について、新興感染症発生時において、在宅医療を継続できる体制確保に取り組むといった新興感染症に関する記載をすべきと思うが、いかがか。
- ・ 訪問看護ステーションの施設数が年々増加しているものの、大阪府内において、毎年訪問看護ステーションが約200件増えて、100件廃止している実情がある。府下に現在1,800程度訪問看護ステーションがあるが、3分の2以上が営利企業である。医療法人が運営している訪問看護ステーションの件数はほぼ変わらないが、営利企業の訪問看護ステーションは開設してはすぐに廃止するということを繰り返しており、良い状況とはいえない。
- ・ 大阪府内は訪問看護ステーションの件数は充足しているが、管理者の規定がない。現在は管理者等の質の向上にかかる取組を進めるため、医師会とも協力して、色々な教育体制を組織しているところである。
- ・ 訪問看護ステーションの突然の廃止というのは、患者さんの視点で本当に大きな問題であるため、その状況については医療計画に記載すべき内容ではないかと。
- ・ 在宅医療提供体制の図表について、何を伝えたいのかわかりづらい表となっており、各区の人口10万人対との記載があるが充足しているのかどうか判断がつかないので、もう少しわかりやすくした方がいいのではないかと。
- ・ 訪問看護ステーションについて、府域編（案）の小規模事業所割合について、訪問看護ステーション協会で実態調査を実施しており、現在の正確な数字について後日示させていただく。

#### (2) 大阪市域における在宅医療について

（意見等）

- ・ 在宅医療には、介護保険だけでなく医療保険も含まれており、小児在宅が増加してきているかと思うが、介護保険が使えない方の医療面での在宅の相談先というのは、どこかにあるのか。
- ・ 相談件数が年々減っているということで、連携が出来てきたから相談をしなくても良いようになってきたのか、在宅患者が年々増えているということからは相談件数は増えていかないとおかしと思うが、その解釈を教えてください。

#### (3) 第8次大阪府医療計画における大阪市域の在宅医療体制について

（意見等）

- ・ 在宅医療に必要な連携を担う拠点について、医師と介護の連携というイメージでよいのか。薬局の記載が全くないが、かかりつけ薬剤師や薬局には様々な医療機関の情報データを長年にわたって蓄積しており、今後薬局との連携は検討されているのか。
- ・ 近年、数は少ないが医師会に加入しない在宅医療専門診療所が開設されており、訪問看護も遠方からとなり、地域との連携が切れてしまうケースが出ているため、医師会と連携をとるべく協力してほしい旨、行政から働きかけをすることはできないか。
- ・ 今回の在宅医療の枠組みでの連携というのは、積極的医療機関と連携の拠点つまり地区医師会と連携していくこと、地域の実情に応じて連携の取れない医療機関というのは連携の枠組みに入れないという考え方もあるということによろしいか。
- ・ 在宅医療の担当医師が変わるとかかりつけ薬局も違う薬局になることがあり、なかなか実力を発揮できていないと思っているので、かかりつけ薬局・薬剤師を連携に入れていただきたい。

**(4) 地域医療介護総合確保基金事業(医療分)について(報告)**  
(意見等なし)

**(5) その他**

**・ 高齢者救急とACPについて**

(意見等)

- ・ 八王子市様式の医療情報の下段に、「できるだけ救命、延命をしてほしい、なるべく自然な状態で見守ってほしい」との記載があるが、苦痛を和らげるというのは医療従事者と一般の方の認識はかなりかけ離れているような気がしている。何か作成時に議論などはされているのか。
- ・ 患者本人の意思確認を文書形式で作成するにあたっては、数年前に作成したものをそのままにしている場合に、処方薬や医療機関が変わっていたり、もしもの時の延命してほしいという意思も変わっている可能性もあるため、リアルタイムでのバージョンアップを誰が担うのかが、現場の大きな課題となっている。
- ・ 訪問看護師が現場でACPの話を切り出すと忌避されることがあり、どのようなタイミングで話をするのか現場では色々な工夫をしている。ACPの基本はコミュニケーションスキルだと考えており、スキルを持って、患者・利用者・家族と話をしていくため、訪問看護ステーション協会では、医療職や福祉職を対象に年間1,100人に対して3年計画で研修会を開催し人材を育成している。また、ケアマネージャーやヘルパーとも連携しながら、ACPを進めていきたいと考えている。
- ・ 「救急医療情報」の更新のタイミングとして、介護の区分変更や更新の際に自動的に見直しするのもいいタイミングになるのではないかと。区分変更をする時は利用者の状態が変わっている時になると思うので、その時点でもう一度見直しをするというのがいいのではないかと。

**2. 大阪市精神医療懇話会 令和5年12月4日(月)開催**

**(1) 第7次大阪府医療計画の評価について**

**① 多様な精神疾患等の対応について**

**(i) 依存症対策の状況について**

(意見等)

- ・ ギャンブル等依存症にかかる相談について、ギャンブルの種別はパチンコ、スロット等が多く含まれていると思うが、最近はオンラインカジノや子どものガチャガチャなども入ってきており、相談の内訳としてこういった内容が多いのか。また、大阪市のIRへの対策についても教えてほしい。
- ・ 本市単独事業の依存症相談員による相談業務について、一人で複数回相談しているケースがあるとのことだが、実人数は把握しているのか。
- ・ 令和2年度からコロナ流行のため社会生活が大きく変化している。相談を受ける側の体制や研修を実施する段階でも大きく変わっていると思われる。令和元年度もしくは平成30年度と比較することが重要になってくると思うがいかがか。
- ・ 依存症患者家族支援事業及びギャンブル等依存症回復支援プログラム事業について、プログラムの終了者数の報告だけでなく、実際に効果があったかどうかアウトカムの調査をしているのか、効果についても教えてほしい。
- ・ 依存症対策を精神障がいのカテゴリーとして考えないのか。精神障がいと依存症との二本立てで重複障がいの概念で実施している国も多く、統合失調症、躁鬱病の方で依存症から抜けられないという実態がある。単一としての依存症対策は実施しているが、共存疾患への対策がまだ出ていないように思う。ギャンブル依存の研修会に参加する人はそもそもモチベーションが高いが、支援が必要なのに相談等に来ない方がかなりの数いると思う。おそらく支援のプログラムから脱落しやすい方が多いと思われるため依存症の相談に来る方で精神の病気をもちなのかも検討いただきたい。

**(ii) 認知症施策の現況について**

(意見等)

- ・ 認知症患者は増加しており、医師も含め、医療現場の科学的な知識が向上することは重要だと思う。

認知症対策の研修など大阪府・大阪市から依頼があれば引き続き協力したい。

## ② 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築について

### (i) 夜間及び休日における精神科救急医療の状況について

(意見等)

- ・ 身体合併症の受入協力の報告について、精神科病棟への受入のみの件数か、身体科や救急病床への受入も含めた件数を報告するのか教えてほしい。
- ・ 緊急措置システムについて、緊急措置診察実施件数にあまり変化はないが、通報件数は増えているのか教えてほしい。
- ・ 精神科救急医療情報センター利用件数について、低年齢化しているとのことだが、相談内容の内訳を教えてほしい。
- ・ 通報件数はガイドラインの変更により増えているため、トリアージが大変だろうと感じている。適正なルートで診察されるよう大阪府全体で協力していく必要がある。

### (ii) 地域生活移行推進事業について

(意見等)

- ・ 大阪市の特徴として精神科病院が府下全域にわたるため、地域生活移行支援は大変な中で取り組んでいると思う。国は、再入院がいけないということではなく、地域定着日数をいかに延ばすかという方向性で進んでいる。高齢の患者さんもおられるので、具合が悪くなったら入退院しながらも地域で安心して生活できる体制をつくる流れになると感じている。

## ③ その他

### ・自殺の状況等について

(意見等)

- ・ 自殺者数のデータ元について教えてほしい。
- ・ 人口動態統計に自殺を凶った人数はどのように登録されるのか。また、統計の中で、自殺の方法はわかるのか。
- ・ 若年者の自殺死亡率が上がる背景となっている方法が変わってきているといった分析は出来るのか。
- ・ オーバードーズが非常に問題となっており、薬剤師会において市販薬は薬剤師が管理をしっかりとしていかななくてはならないということで取り組んでおり、若年層の自殺の増加については、その辺りの根幹となる要因、自分が何で生きているのかわからないなどというところ、抱えている部分が恐らく似ているところがあると考えているので、分かれば教えてもらいたい。
- ・ 自殺データの記載について、通常死亡率を疫学的に使う場合は、その疾患を有する人の割合が死亡率になるので、自殺死亡率は正確には10万人あたりの死亡者数というのが正しい書き方ではないかと思う。自殺者数も自殺死亡者数とした方がいいのではないかと考えるが、いかがか。

## (2) 第8次大阪府医療計画（精神疾患）について

(意見等)

- ・ 医療計画の記載において、大阪市内の精神科病床が少なく流出超過であるということについて、大阪市としてどう考えているのか教えてほしい。
- ・ 第8次大阪府医療計画においては国からロジックモデルを用いた指標、特に中間アウトカムや最終アウトカムの指標を明確にしていくことが示されているので、大阪府においても、ロジックモデルを作成して、中間アウトカムが実現できているのか、最終的にどういうものを目指すのかということはこの6年間で評価している必要があると考える。
- ・ 精神保健での法改正があり、医療計画に関連して、市区町村に求められているものとして精神は対象者の拡大である。多様な精神疾患等に対応した地域包括ケアシステムと多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築であり、精神疾患等の「等」には精神保健上の課題を抱える人、要するにメンタルヘルスに問題を抱えた人を一般の精神障がい者と呼ばれている集団に加えるということが明記されたので、それを踏まえると【精神疾患】の項目の「多様な精神疾患に対応」の記載において、摂食障害とか災害医療、発達障害、妊産婦のメンタルヘルスが、「等」に該当している部分でもあるため、精神疾患の後に「等」を追加していただきたい。また、地域移行・地域定着支援や精神科救急医療体制の充実というところで高齢化する精神疾患等の患者に対応できるよう、身体合併症を有する精神疾患患者をどのように連携を図るのか、医療計画に記載することについて、もう少

し検討してはいかがか。

- ・ 精神科の患者の地域移行について様々な会議体で検討しているが、入院患者の高齢化がかなり進んでいる中で、国の方向性としては入退院をしながら地域でいかに長く安心して生活できるかということであり精神科の病院だけの問題ではなくなるというふうに聞いている。一般の病院、クリニック、精神科病院で地域のサービスが重層的にサポートする中では、高齢者は避けて通れないと思うので、前向きに検討していくべきでないか。

### 3. 大阪府大阪市医療・病床懇話会 令和6年1月19日（金）開催

#### (1) 第8次大阪府医療計画の概要と基準病床数について

(意見等)

- ・ 第8次医療計画の主な取組について、医療機関における非常用電源の確保は非常に重要であり、「災害時に備えた非常用自家発電設備の整備、浸水対策等にかかる取組」は適切な着眼点だと思うが、具体的にはどのような取組を想定しているのか。その病院の中には有床診療所は含まれているのか。
- ・ 今後、在宅療養患者への支援も大切だが、災害時に備えた医療体制に対する直接的な支援も重要と考える。
- ・ 有床診療所も含めた病院、特に救急病院について、非常用自家発電装置の整備等への直接的な支援をお願いしたい。

#### (2) 新興感染症の協定締結の状況について

(意見等)

- ・ 大阪市二次医療圏 医療機関（病院）別協議状況一覧について、有床診療所に関してはどのような位置づけと考えているのか。
- ・ 有床診療所にも同様に役割があるということで進めているという理解でよいか。

#### (3) 第7次大阪府医療計画最終評価・第8次大阪府医療計画 圏域編（案）について

(意見等)

- ・ 第7次大阪府医療計画 最終評価について、例えば一つ目に「病床機能の確実な報告のために、報告率100%を目標に」の取組で、取組によって報告率が何%から何%になったのか等、取組項目の数値的な目標設定に対する測定を行っているのか。

#### (4) 令和5年度「地域医療構想」の取組と進捗状況について

(意見等なし)

#### (5) 令和5年度大阪市二次医療圏における各病院の今後の方向性について

(意見等)

- ・ 原則10床以上の過剰病床への転換に関して、保健医療連絡協議会において議論を行うとしている。協和病院に関しては10床以上の過剰病床への転換計画であるため保健医療連絡協議会にてルール通り説明いただきたい。
- ・ 医療法人医誠会について、城東中央病院において回復期・慢性期の病床を急性期病床へ転換した上で、2022年9月には全病棟を急性期一般入院基本料に変更しているが、大阪府の文書要請にも応じていないということか。
- ・ 医誠会病院に関しては、GCU等の病床機能をもつ高度急性期病床を運営するということであるが、確実に人員が配置されるのか事務局に確認をお願いしていたが、いかがか。
- ・ 医療法人医誠会については、病院から現在の状況等について説明を求めたい。大阪市北部及び大阪市二次医療圏として地域医療構想における病床機能分化・連携において、問題であるため、保健医療連絡協議会にて継続して議論していただきたい。
- ・ 医誠会国際総合病院に関しては、大阪市の土地を購入しての開設であるため、保健医療連絡協議会において、しっかり議論をしていかなければならないと考える。

【重点支援区域について】申請しない  
【病床機能再編支援事業申請医療機関】意見等なし

(6) 地域医療への協力に関する意向書の提出状況について  
(意見等なし)

(7) 地域医療連携推進法人の認定について  
(意見等)

- ・ 新たな地域医療連携推進法人制度での画期的な取り組みであり、ぜひ積極的に進めていただきたい。

4. 大阪府大阪市救急医療懇話会 令和5年3月15日(水)開催

(1) 大阪市域における救急医療の現状について  
(意見等)

- ・ 傷病程度別搬送人員(人数)について、軽症中等症重症という表現について誤解されやすいため、国の資料では軽傷(外来処置)、中等症(入院処置)、重症(3週間以上の長期入院)と記載されているので大阪市でもそのような記載にしてみてもどうか。
- ・ 傷病程度別搬送人員(人数)について、大阪市では重症の割合が全体の0.8%となっており、大阪府全体に比して半分以下、全国の10分の1以下という状況であるが、重症の定義が他と異なっていることによって差が生じているのか。
- ・ 重症率について、1つ目の病院での入院期間のみとするのか、転院した病院の入院期間も通算するのかによって同じ重症率でも違う統計になる。次回に向けて差の原因を調査してもらいたい。
- ・ 不搬送理由の「その他」の件数増は、コロナ陽性患者が救急要請したがSpO<sub>2</sub>が93以上あったため搬送されなかった件数が多く占めたためか。
- ・ 不搬送理由の「拒否」が3年度から4年度にかけて急増しているが、理由は何なのか。また、「辞退」との違いは何か。

(2) 大阪市域における傷病者の搬送及び受入れの実施基準の運用状況について  
(意見等)

- ・ 陽性的中率の表について、的中率が低いことを示しているのだと思うが、プロトコルの見直しなど、消防局からの要望もなく、また大阪では大きな問題になっていないのは、単科の病院ではなく、総合病院に搬送することが多いからと消防局は認識しているのか。
- ・ 陽性的中率は、救急隊が疾患を疑った数ということだが、大阪市域でACSが一体何例発生しているのかという数字を出してもらいたい。
- ・ 搬送状況が搬送連絡回数4回以上の疾患名について、救急隊が疑った疾患での分類なのか、初診時の診断での分類なのか。
- ・ 搬送連絡回数が多いものを分類する際に、陽性的中率が3割程度の救急隊が疑ったもので分類するのはいかなるものか。最終的にACSと診断された症例のうちどれだけ受け入れ困難に陥っているのかといったデータも必要ではないのかと思われる。

(3) その他

① 実施基準に係る検証会議の開催状況等について  
(意見等)

- ・ 初診時処置の疾患群分類は、陽性的中率が低いため、搬送困難症例として連絡回数4回以上を抽出しているが、初診時診断ということは、最終判断は異なる症例が中に含まれているということになると思うが、検証会議で何か意見は出ていないのか。
- ・ ACSでみると、初診時診断2,333例のうち、救急隊がACSと疑ったものが715例しかないとなると、救急隊の判断などについての検証がもう少し議論されてもいいのではないか。
- ・ 救急医療体制の充実に必要なのは、初診時診断に当たる疾患が適切に対応していることで、初診時診断の件数に対してどう取組むべきかということなので、「救急隊判断」「初診時診断」「確定診断」など、いつの時点の疾患名であるのかを示すことでわかりやすくなるのではないか。



## ② 第7次医療計画期間中の大阪市域における救急搬送の状況について

(意見等)

- ・ コロナの5類引下げ後、救急体制はとなると予想しているのか。
- ・ 月別不応需率について、2022年の7波から8波の間が以前に比べて不応需率が下がりきっておらず5%程度高いが、どのような背景があったのか。現在も下がっていない状態のままではないか。

## ③ 大阪市域における傷病者の搬送及び受入れの実施基準にかかる「医療機関リスト」の更新について

(意見等なし)

## ④ その他

(意見等)

- ・ 救急懇話会は、大阪市域における救急医療の質の向上と搬送統計の実施基準について検討するものと考えているが、救急医療の質の向上を検討するのであれば、例えば循環器疾患(ACS)に対して、病院前から含めて、大阪市域でACSが一体何件発生していてそのうち何件亡くなってしまっているのか。それは他の地域と比べて大阪市は低いのか高いのか、高ければ何か問題があると考え、病院前の救急隊の判断があまり正しくない、ACSとちゃんと判断していないから適切な病院に行っていないのか、適切に判断しているけれども受け入れに困難がたくさんあるのか。病院に入った後の処置に問題があるのかというふうに、手順に沿って流れで検証していかないと、「救急医療の在り方」が見えてこない。今後、何を検証するのかを明確にして、データを出していった方がいいのではないか。
- ・ まずはACSと脳卒中について、整理してもらいたい。

## 5. 大阪府大阪市救急医療懇話会 令和6年1月16日(火)開催

### (1) 大阪市域における傷病者の搬送及び受入れの実施基準の運用状況について

(意見等)

- ・ 例年と同様に実施基準に従わなかった救急隊判断理由で最も多いのはその他ではないかと思うが、全体搬送の6分の1がその他という理由で適合しないという理解であってよいか。
- ・ 全体の搬送の6分の1を占めるその他には、以前から傷病者の状況・容態によって応需してくれるから搬送しようというものが含まれることであればORIONを使用しなくともうまく搬送できているという事に関して、例えばACSなどの3週間後の予後を調べるなど、予後を改善するために何に取組めばいいのかということが必要ではないか。
- ・ ORIONを不応需としてもホットラインへの連絡回数が減っているように思わないが、そういう場合は、不適合のパーセンテージに含まれているのか。
- ・ ORIONの使用に関しては、運用開始時点からどこまで厳格性を求めるのかという議論があったと思う。ORIONが完璧なものであれば厳格に運用すべきとは思いますが、一刻も争う状況下での救急隊の判断も1つのあり方ではないか考える。
- ・ 不応需率というのは、ORIONで受入不可となってもホットライン等で救急隊からの応需要請の電話に対して、断った場合は不応需となるということによいか。
- ・ 赤1は赤2より実施医療機関リストとの適合率が低く、緊急度別圏域外搬送率でも赤1は赤2より県外に搬送しており、医療機関の選定に苦慮しているが、これは1回目の依頼から実施基準の医療機関リストから選んでいないのか、リストから選んでいるが3・4回かけている中で応需がないのでリスト以外の医療機関に依頼しないとイケないため、最終的にリストに合致する率が低いという結果になっているのか分かれれば教えてほしい。
- ・ 当初は実施基準の医療機関リストにある適合する医療機関に依頼をしているという認識でよかったか。
- ・ 赤1の適合率を改善するためには、病院が単にリストに名前を挙げるだけでなく、受入体制を改善する努力をしないと適合率は上がらないということによいか。
- ・ 吐下血の30分以内搬送率が、他の疾患群に比して非常に低いのは、受入れできる医療機関が市内にないためなのか、リスト上医療機関は多数あるが、実態として受入れできていないということなのか。
- ・ 例えば消化管出血の受入れを輪番制にすることや赤1のリストに挙がっている医療機関が受入れ

できるような体制を整えるなど、受け入れる医療機関側の体制を生かし、リスト適合率が上がるよう何らかの対策を考えていくのがいいのではないか。

## (2) 実施基準に係る検証会議の開催状況について

(意見等)

- ・ 検証結果のD判定について、応需可否の判断に要する時間が、最終的に不応需とするのに5分以上要していることについて、各医療機関に対して通知することで減らすことができるのではないか。
- ・ 搬送受入れのイメージ図において、【緊急度】赤1：重篤。Load&Goの適応（→救命救急センター）とあるが、赤1はすべて救命センターに搬送するよう指示されていると勘違いされるため、修正していただきたい。
- ・ 検証症例でCPA症例は除外しているとのことだが、救急隊到着時にCPAの症例なのか、病院搬入までの間にCPAになった症例なのか。
- ・ 搬送困難症例がどういう医療対応の中で不具合があったのかということなので、救急隊が到着して病院に運ぶまでに間にCPAになった症例で、搬送連絡を4回以上行っているとすれば、検証しないといけない症例である。CPAを除外するとしたら救急隊が到着した段階の症例にしないと、病院についたときにCPAになっていた症例の中には、4回以上の搬送連絡がアウトカムに大きな影響を与えた可能性があるため、検証症例に入れてもらいたい。

## (3) ACS、脳卒中の搬送困難事例について

(意見等)

- ・ 搬送困難事例において、赤1かつ搬送連絡回数4回以上の吐下血・消化管出血は全体の1%と少ないと考えてよいか。また、その他の割合が多いが、どのような疾患が含まれているのか。
- ・ ACSと脳卒中の赤1かつ搬送連絡回数4回以上の21日後生存率で4回以上の連絡回数が死亡率に影響したかどうかを考える中で赤1で連絡回数が3回以内に搬送先が決定したACSと脳卒中の生存率がわかれば教えてほしい。

## (4) その他

### ①第8次大阪府医療計画（救急医療）について

(意見等)

- ・ 施策・指標マップについて、施策と目標が混在しており、整理されていない図になっているため、ロジックモデルに沿った形に修正してはいかかか。
- ・ 搬送困難事例を示すものとして搬送連絡回数4回以上と現場滞在時間30分以上を示しているが、分母となっている重症以上の定義がかなり曖昧で各消防で重症となる基準を決めており、大阪府の8つの二次医療圏で重症とされた症例数を人口当たりに換算したところ地域によってかなり違いが出た。地域によって重症の発生数に大きな違いが生じるとは考えられないため、信頼できるデータではないか。
- ・ 府民への情報提供・普及啓発について、年間約9万6千件の照会があり、必要性は理解しているが、提供の仕方によってコロナ禍において現場に混乱を招くということがあったため、「適切な」情報提供体制を確保するとしていただきたい。

### ②大阪市域における傷病者の搬送及び受入れの実施基準にかかる「医療機関リスト」の更新について

(意見等)

- ・ 本リストの更新は1月1日からなのか。医療審議会終了後の4月なのか、教えていただきたい。