

○三十一番（たきぐち学君） 初めに、救急医療について伺います。

東京都は、昨年八月三十一日より、救急医療の東京ルール運用によって、これまで受け入れ先が決まらなかった選定困難事案への対策に着手し、救急患者が迅速に医療を受けられるよう取り組みを開始しました。

東京ルール適用事案の一日平均件数は、二月までの六カ月間で三十件、当初想定していた百件より低い水準で推移しているものの、ことしに入って増加傾向にあります。医療機関からの話では、想定件数より少ないのは、東京ルールの開始によって地域救急医療センターへの症例の集中を嫌って、二次救急医療機関が積極的に受け入れを凶っている結果との指摘もあります。

東京ルール開始後四カ月間の救急搬送時間を前年同期間と比べると、十二医療圏すべてで三十分以上かかった件数が増加しており、平均搬送時間も長くなっています。これだけで判断すると東京ルールの効果は出ていないのではないかと、心配せざるを得ません。

私たち民主党は、平均時間四十七分という全国最低の救急搬送時間を全国平均以下の三十分に短縮するべきだと考えていますが、都は明確な目標を掲げていません。救急搬送にはさまざまなケースがあり、すべての効果を時間だけで判断できるものではありませんが、目標がなければ成果をはかることはできません。搬送時間が長くなっている現状を分析した上で、東京ルールの目標値を明確に設定するべきと考えますが、所見を伺います。

これまでの運用実績を見ると、当初は調整役としての機能を担うはずだった地域救急医療センターが、実際には全事案の約六五%を受け入れています。事実上、最後のとりで病院としての役割を担っている地域救急医療センターの存在が、この制度を円滑に運用できるか否かのかぎを握っていると考えます。今後、事案数が増加した場合、十分機能していくのでしょうか。

平成十年に四百十一あった都内の救急医療機関が、この十一年間で三百三十分まで二割も減少しており、都内の救急病院の厳しい経営実態が推察できます。さらには、救急患者の診察料の未払いが地域救急医療センターにとっての不安要素ともなっています。都は、損失医療費の補てん率を高めてはいるものの、抜本的な対策が求められていると考えます。

救急医療現場の実態の詳細を把握することを強く求めます。その上で、現在の地域救急医療センターに対するさらなる支援の拡充を凶る、あるいはすべての二次救急医療機関に対して東京ルールへの積極的な参加を促すことで負担の平準化を凶っていくなど、東京ルールを安定的に運用していくために、今後どのような方向性を持って取り組みを進めていくのか伺います。

東京ルール適用事案の多くは、薬物や急性アルコール中毒、精神症状のある人、認知症の高齢者や路上生活者など、傷病以外の部分で対応の難しいケースであり、搬送先選定の大きな障害になっているとの指摘があります。こうした患者の受け入れによって、本来の救急医療業務以外の業務に多くの時間を割かれているという実態もあるようです。

このような方々への対応は、救急医療の分野だけで解決するものではなく、関係機関が連携して取り組まなければ、救急患者を迅速に医療が受け入れる体制を構築することへの根本的な解決とはならないと考えます。

精神的な問題を抱える患者に対しては精神科医療との連携、認知症の高齢者などに対しては行政の福祉部門との連携が不可欠です。精神救急の現場に余裕がない状況下では、例えば地域救急医療センターに精神科医を配置することを促したり、難しい背景のある高齢者などに対しては、福祉の担当者が地域救急会議のメンバーとして問題を共有し、体制を構築することなどの対策が急務と考えます。所見を伺います。

今後、東京ルールの効果を上げるためには、東京消防庁との綿密な連携と情報の共有が欠かせません。運用開始から六カ月とはいえ、人の命がかかった救急医療は、実績の検証を常に行い、改善点を見つけ、スピード感のある対策が求められます。

運用開始後四カ月の同時期で比べると、三次医療機関への搬送件数は約千件増加しています。消防隊の現場の対応は変わったのか、三次救急搬送の現場に変化はあるのかなど、複眼的にとらえることが必要です。東京ルールに関する東京消防庁との連絡協議体制は確立されているのか伺います。

東京ルールは、医療法に基づき、ベッド数や人口に応じて設定された二次保健医療圏を単位として制度構築がなされています。ベストな医療は生活圈と医療圏が一致していることだと考えます。

しかし、放射線状に都市が形成されてきた東京都において、現在の二次保健医療圏が生活圈と符合しているとはいえません。こうした根本的な課題をも内包していると認識をした上で、今後の東京ルールのあり方を模索していくことも必要だと問題提議をし、次の質問に移ります。

○福祉保健局長（安藤立美君） 四点についてお答えを申し上げます。

まず、東京ルールについてであります。昨年八月末の運用開始以来、東京ルールとしての事案は、本年二月末までに五千五百五十六件となっており、地域の救急医療機関相互の協力連携や、救急患者受け入れコーディネーターによる地域を超えた調整が行われ、救急患者は確実に受け入れられております。

東京ルールの目標は、救急患者の迅速的確な受け入れであります。事業開始

後、約半年を経過したところでありますが、今後とも実績を踏まえた検証を重ね、着実にルールの定着を図ってまいります。

なお、適切な救急医療の確保のためには都民の皆さんの協力が欠かせませんことから、救急医療が都民にとって貴重な社会資源であることの普及啓発を一層行うとともに、シャープ七一九の救急相談センターの利用を促進してまいります。

次に、東京ルールの今後の方向性についてであります。地域救急医療センターの役割は、一義的には患者受け入れのための地域内調整であり、その調整が難しい場合にみずからも患者の受け入れを行うものであります。圏域内の二次救急医療機関が一体となって救急患者の受け入れを行うという東京ルールの趣旨から、地域救急会議を通じて救急医療機関同士の連携強化を図り、地域全体で患者を受けとめる体制の整備を進めております。

あわせて、来年度、地域救急医療センターの診療体制のさらなる強化を図るための支援を充実することといたしました。

次に、関係機関との連携についてであります。東京ルールとしての事案の中には困難な背景を持つケースが相当数含まれておりますが、こうした事案に対しましては、救急医療機関だけでなく、関係機関の協力が必要です。このため、医療、消防、警察、福祉部門などが参画する地域救急会議を設置し、この会議において、患者の受け入れ時や退院時に、それぞれの機関が役割に応じた支援を行うよう、課題の把握及び解決に向けた検討を行ってまいります。

最後に、東京消防庁との連携についてであります。東京ルールの取り組みには、救急の現場で搬送業務を担う東京消防庁との連携、協議が不可欠であります。このため、東京ルール事案と判断する目安や、地域救急医療センターとの連絡体制、救急患者受け入れコーディネーターと東京消防庁指令室との協力連携体制等、東京ルールについて議論を重ね、一体となってその仕組みを構築してまいりました。運用開始後の現在も、地域救急会議の場などにおきまして、現場の状況を把握し、個別の事案について問題が発生する都度、常に協議をしながら、事業を実施しているところであります。

2010.10.28 : 平成 22 年 厚生委員会

○たきぐち委員 私からは、三点にわたりまして質問をさせていただきます。

初めに、救急医療、東京ルールについて伺います。

先ほどの質疑の中で、東京ルールについての効果が、ご答弁ありました。地域での受け入れ率が高まっている、選定困難事案が六%から二%に減少してい

るというご答弁でありましたが、搬送時間につきましては改善をされておられません。九月の末から一週間、活動環境等と詳細を調査したということでございますので、その調査を分析し、搬送時間の短縮に向けて引き続き取り組んでいただくよう、冒頭、要望したいと思っております。

東京ルールが円滑に運用できるか否か、それは地域救急医療センターの存在がかぎと考えております。第一回定例会一般質問で取り上げたときには、十二の二次医療圏のうち、八医療圏での取り組みにとどまっておりました。その後、地域救急医療センターの拡充にどのように取り組んできたのか伺います。

○中川原医療政策部長 地域救急医療センターについてでございますけれども、東京ルールの開始に当たりまして、二次救急医療機関に対しまして、個別に地域救急医療センターとしての指定の意向を確認の上、ルール開始の八月三十一日までに八医療圏で二十八カ所を指定したところでございます。

その後、実施圏域の増加にあわせ、地域救急医療センターを順次指定したほか、既に東京ルールを実施している医療圏におきましても、新たに地域救急医療センターとして参画意向のある医療機関を指定しております。

これに加えます、今年度、地域救急医療センターの診療体制のさらなる強化を図るための支援を充実しております。こうしたことによりまして、本年十月一日現在、都内十二の全圏域で五十九カ所に指定を拡大しております。

今後とも、圏域内の一層の連携強化を図るため、二次救急医療機関などが参画する地域救急会議におきまして、地域の実情に応じて医療機関の意向を確認しながら、固定、あるいは当番型での地域救急医療センターへの参加を働きかけてまいります。

○たきぐち委員 既に実施している医療圏での医療機関の拡充と同時に、未実施だった医療圏での取り組みを進め、十二医療圏すべてで地域救急医療センターが設置されたことは評価をいたしたいと思っております。

東京ルールの適用事案には、対応の難しい搬送先選定困難事案、つまり、精神障害者、独居認知症の高齢者、アルコールを大量に摂取した方、路上生活者など傷病以外の部分で対応が困難なケースが多いことがわかっております。

地域救急医療センターに指定されている医療機関の理事長にも、その実情を伺ったことがあります。特に、精神障害者に関する受け入れは極めて難しく、精神障害者全体の施策とも密接にかかわっているかと思っております。

こうした問題を解決するためには、精神科との連携、さらに、福祉部門との連携が極めて重要だと考えますが、どのように取り組んでいくのか伺います。

○中川原医療政策部長 東京ルールに基づく搬送調整事案の中には、困難な背景を有するケースが相当数含まれておりまして、こうした事案に対しましては、救急医療機関だけでなく、関係機関の協力が必要であるというふうに考えております。

このため、各地域で開催する地域救急会議におきまして、例えば、区西南部医療圏では三区の福祉事務所が、北多摩南部医療圏では五市の警察署が、さらに、北多摩北部医療圏では精神科の三医療機関がそれぞれ参画して、患者の受け入れ時や退院時に各機関がその役割に応じた支援を行うよう検討を重ねております。

今後とも、地域の課題解決に向けまして、地域救急会議に関係機関の参画を働きかけるなど、一層の連携強化を図ることにより、東京ルールの円滑な運用に努めてまいります。

○たきぐち委員 各医療圏で開催する地域救急会議に、福祉の担当者や精神科医療機関、あるいは警察関係の方が参加し始めた圏域があるということでした。こうした関係者と情報共有を図ることによって、受け入れ先である医療機関の負担も軽減され、連携が強化されることが期待できると思います。

私の地元の荒川区は、区東北部医療圏に属しておりますが、今の中には入っていなかったかと思います。昨年八月以降、準備会も含めて四回の地域救急会議が開催をされてきたというふうに伺っておりますが、この区東北部を初め、まだこうした関係者が加わっていない医療圏につきましても、福祉の担当者や精神科の医療機関、あるいは警察の関係者など、関係機関の参加を強く働きかけていただきたいと思います。