

平成 29 年度 横浜市救急医療検討委員会
第 2 回 高齢者救急専門部会 議事録

日 時	平成 30 年 3 月 13 日(火) 19 時 00 分から 21 時 00 分まで
開催場所	横浜市医療局 会議室 (横浜市中区尾上町 1-8 関内新井ビル 4 階)
出席者	赤羽 重樹、荏原 千登里、竹内 一郎、豊田 洋、山崎 元靖、湯浅 洋司 【五十音順、敬称略】
欠席者	建持 岳史
開催形態	公開
議 題	1 開会 2 議事 (1)「第 1 回高齢者救急専門部会での意見」と「中間報告書とりまとめの方向性 (案)」 (2)病院へのアンケート調査 (3)今後のスケジュール 3 その他 4 閉会
議 事	1 開会 (事務局) それでは、定刻となりましたので、平成29年度第 2 回横浜市救急医療検討委員会 専門部会を始めたいと思います。 私は、本日司会を務めさせていただきます、医療局救急・災害医療担当課長の栗原でございます。どうぞよろしくお願いいたします。 昨年の12月に「初回会議」を開催させていただき、様々な視点からご意見をいただきました。改めてお礼申し上げます。 本日は、第 2 回目の会合となっておりますが、さらに議論を深めていきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。 なお、「建持委員」から、所用のため欠席されるとのご連絡をいただいておりますので、本日は6名で開催いたします。 続きまして、改めまして本専門部会の事務的な説明をいたします。 「救急医療検討委員会運営要綱」第 8 条にありますとおり、検討委員会は公開を原則としており、その下部組織である本部会につきましても、同様に取り扱い、公開を原則として開催いたします。また、本部会の議事につきましては「議事録」を、委員の皆さまにご承認いただきました後、公開することとなりますので、よろしくお願いいたします。 2 議事 (事務局) それでは、「次第の 2 議事」に入ります。 これからの議事につきましては、竹内部会長に進行していただきたいと思っております。

竹内部会長、よろしくお願いいたします。

(部会長)

次第にありますように、今後の方向性や提言に向けた意見の取りまとめをし、親会である救急医療検討委員会に部会としての意見を挙げていかなくてはなりません。また、皆さんが揃って議論できる場はおそらく2回くらいしかありませんので、より具体的な議論をしていきたいと思っておりますのでご意見のほどよろしくお願いいたします。

それでは、次第に沿って議事を進めていきます。

まず、(1)について、事務局から説明をお願いします。

(事務局)

議事(1)「第1回専門部会での意見」について、
資料1を基に説明。

(部会長)

ただいま事務局から、第1回専門部会での意見のまとめについて説明してもらいましたが、消防局において開催しております救急業務検討委員会においても、同じく高齢化社会に向けて救急車の搬送について、議論が進められており、また、メディカルコントロール協議会（以降、MC協議会という。）においても、当専門部会でご議論いただくテーマと重なるDNAR等の部分があります。他の委員会等と整合性を取りつつ、連携も図りながら議論を進めていく必要があると考えておりますが、MC協議会の委員として参加されている山崎先生や赤羽先生から、第1回専門部会での意見のまとめについて、ご意見等何かありますでしょうか。

(赤羽委員)

DNARの患者さんに関してですが、在宅医が患者本人から聞き取った意向を救急隊に対して周知するための「指示書」という様式を作成しました。救急車を要請した場合であっても、この「指示書」により患者やご家族の意向を確認した場合は、治療を中止することができる仕組みを検討しています。

(部会長)

患者の意向に沿った治療中止のシステムについては、救急車を呼んでしまった場合に限定されるが、救急搬送の新たな一歩であると思います。

今、MC協議会の医師現場参画ワーキンググループにおいて、ワークステーション型ドクターについて、協議が進んでいます。その中で、消防局の指令センターにも指導医として医師がおりますが、ドクターカーの医師との住み分けが必要であると同時に、ドクターカーの医師の方がスキルが上でないといけないと言った課題もあり、そのためには、予算の確保も重要であるため、専門部会やMC協議会等で連携して協議を進めていくことが必要であると考えています。

それでは、第1回専門部会での意見のまとめや今の情報を踏まえた上で、今後の方向

性について固めていきたいと思っておりますので、よろしく申し上げます。

それでは、続いて事務局から資料2の「中間報告書とりまとめの方向性（案）」について、説明をしてもらいます。

(事務局)

議事(1)「中間報告書とりまとめの方向性（案）」について、資料2を基に説明。

(部会長)

ただいま、事務局から「中間報告書とりまとめの方向性（案）」について、(1)の初期救急医療体制、(2)の二次・三次救急医療体制、(3)の超高齢社会における救急医療体制の強化に向けた対策に3つの区分を分け、それぞれ説明してもらいました。委員の先生方におかれましては、それぞれの立場からご意見を出していただければと思いますのでよろしく申し上げます。

それでは、(1)初期救急医療体制について、ご意見ありますでしょうか。

(山崎委員)

初期救急医療体制についてのデータを見たとき感じたことが、小児初期救急になっていることに違和感があります。高齢者救急に寄与しておらず、人的資源をもっと幅広く効率的に活かさないのかなと思う。例えば、立地の問題はないでしょうか。今の立地では入院につながる病院から離れており、受診して帰ることが前提になっているため、入院を前提にした高齢者の患者は、夜間急病センター等を利用しない。夜間急病センターや拠点病院の建替え際に、セットで整備することで、高齢者の利用促進につながるのではないかと思う。

(赤羽委員)

医師会の医師が初期救急を担当しているが、診療科でいうと、内科医・小児科医しかおらず、外科診療には対応していないのが現状である。また、レントゲン設備等もなく、発熱やインフルエンザ等の感染症の対応が中心になっている。医師会において、様々な医療レベルや協力意思がある医師に対し、最低レベルの水準の協力を依頼しているのが現状である。

(部会長)

次に、ウォークインの利用状況について、ご意見ありますでしょうか。

(山崎委員)

済生会東部病院では、救急搬送件数が年間5千件から6千件で、ウォークインが約2万件あります。ウォークインの中の約4割が小児なので、1万人以上が成人になるが、高齢者の割合は不明です。

(豊田委員)

ウォークインの中には、病院に電話をして来院する患者がいるが、済生会南部病院では問い合わせが一晩で約70件あり、看護師一人が対応に追われてしまう。

(部会長)

次に、#7119ですが、こちら高齢者の利用は当初の8%から13%に上昇してきていますが、圧倒的に小児の利用が多いようですが、何かご意見ありますでしょうか。

(赤羽委員)

#7119の件数が右肩上がりに上昇しているのは、#7119の事業を請け負っている企業の問題もあるのではないかと聞いている。すぐに救急車を要請するよう指示を出す傾向にあると聞いている。

(事務局)

#7119の運用につきましては、基本的に国が示しているプロトコルを横浜版としてブラッシュアップして運用してきましたが、昨年(平成29年)7月に総務省のプロトコルが改訂されたことを受け、現在は、変更点を横浜版としてさらにバージョンアップし、10月から運用しています。変更後は、件数がだいぶ抑制されているデータも出ております。今後についても、常に検証をしつつ運用していきたいと考えております。

(消防局)

今の話しを補足しますと、#7119を運用すると、通常、年間で2,000件から3,000件増加すると言われているが、横浜市の場合、自然増はそのまま、#7119の転送件数が6,000件あった。最終的には合計で9,000件増加していた。しかし、プロトコルの改訂後は、件数が鈍化しているのが現状です。

(豊田委員)

高齢者患者の傾向としては、多疾患等の影響からどうしても入院が前提になる場所があるため、それに対応できる体制作りが必要である。高齢者の場合、初期救急医療の提供者は訪問診療や訪問看護がメインで対応することが本来望ましい形だと思う。

(荏原委員)

訪問診療は診療報酬が下げられている実情を見ると、緊急時や夜間に対応することは非常に困難であり、ニーズはあるけども対応している医療機関は非常に少ない。

少し話が逸れますが、今医師会の中でフルタイムを外れた女医さんの活躍の場について議論するワーキンググループがあり、それに参加していますが、将来的には、ワークシェアリングとまでではないが、みんなが少しずつ活躍できる場を構築していきたいと思っている。

(山崎委員)

高齢者の初期救急については、駅前で作るのでは対応できないので、緊急時や夜間の往診等を充実させる視点が大切となる。

(赤羽委員)

在宅医としての視点から、高齢者の初期救急は、「慢性疾患の急性増悪」や「誤嚥性肺炎」など在宅医としてある程度予想された患者と、「骨折」や「脳卒中」などの予測外の患者を分けて考える必要があります。予測された患者は、事前に昼間に対応を取ることができるが、問題は予測外の患者であり、二次救急医療機関に搬送しなくてはならない。

(事務局)

在宅医の役割や二次救急医療機関との連携については、赤羽委員とも調整していきたいと思います。

(部会長)

それでは、次に(2)二次・三次救急医療体制についてですが、前回の会議では、輪番病院に24時間体制は困難であっても、平日昼間だけでも今以上に受け入れてもらえる体制を構築してはどうか。また、高次救急医療機関が機能不全に陥ることを防ぐためにも、急性増悪の患者については、安定化処置後、高度急性期以外の救急病院で診療してもらう体制を構築してはどうかなど、意見がありましたが、前回の意見や事務局のまとめを含めてご意見はありますでしょうか。

(山崎委員)

地域の高齢者救急医療体制を考える上では、点や線ではダメで、空間的にも時間的にも面で支えていかないといけない。今の輪番体制のように市内に1カ所から2カ所を指定して患者を受け入れていくことは空間的に厳しいと思いますし、時間的にも月に1回や2回ではダメで、昼間だけでも毎日受け入れていかないと面では支えられないと思います。

輪番病院は、輪番日だからといって、普段より大きく受け入れている訳ではなく、むしろ、普段よりも少ない病院もあり、今の輪番病院の救急医療体制は機能していないのはいか。輪番病院が救急医療体制により参加してもらえるような体制が必要であると思うし、平日・昼間の受け入れを評価するという体制の再構築も必要ではないか。それには、補助金についても考えていく必要がある。

(湯浅委員)

シンプルに救急車を何台受け入れたかで評価すれば良いのではないか。

(山崎委員)

消防局の救急需要予測では、明らかに昼間の件数が増加している。そのため、昼間の受入体制をテコ入れしないと需要予測に対応していけない。

(湯浅委員)

そもそも、なぜ昼間の件数がこれほど増加するのでしょうか。

(消防局)

こちらは、これまでの250万件のデータに基づき算出しているものであり、なぜこのような推移になるかは不明ですが、気象であったり、流入人口であったり様々な要因から導き出された数字であるため、明確な根拠については、お答えできません。

(事務局)

輪番病院で勤務されている荏原先生は、輪番病院に対してのご意見に対してどのようなお考えがありますでしょうか。

(荏原委員)

高齢者世帯で問題なのが、独居であったり、老々であったり、高齢者のみの世帯が多いことです。外部の目が入ることで医療により早くつなげられますし、そのことが救急車要請の抑制にもなるのではないかと。

(豊田委員)

済生会南部病院は、現在、午前中の救急受入が多く、予測にはまっているが、その要因としては、ヘルパーさんが朝訪問したときに具合が悪く、救急車を要請することが多い。

(赤羽委員)

高齢者の中には、ヘルパーさんの介入は受け入れるが、医療の介入を嫌がる方がいる。それは、医療が介入すると自由が制限され、生活が窮屈になるからだと思う。ただ、医療の介入が遅くなると重症化しやすくなるため啓蒙活動が大切であると考えます。

(部会長)

消防の救急需要の将来予測によると、昼間の需要が多くなるため、昼間の救急医療を強化しなくてはいけない。そのためには、改善の余地があるかもしれない輪番病院により協力してもらい、夜間だけでなく昼間にしっかり受け入れてもらえる体制を構築してはどうか。

(事務局)

輪番病院の昼間の受け入れ強化というご意見が出ておりますが、荏原先生からご意見はありますでしょうか。

(荏原委員)

日中であつたら協力しやいと思います。

(山崎委員)

拠点A・Bにしても、輪番病院にしても、補助金の実績として評価されるのは、夜間・休日ですが、輪番病院については、24時365日の実績として補助金を算定してあげないと実態とかけ離れてしまうと思う。

(部会長)

昼間の救急需要予測に対応するためには、輪番病院の体制強化を図る必要があり、補助金の評価方法を変更するなど仕組みの改善が求められる。

(山崎委員)

また、拠点病院に救急患者が滞留しないよう、拠点病院で受けた病状が安定した救急患者を輪番病院に引き継ぐという考えもあり、後方支援の病床を24時間確保することについて支援するという考え方もある。

(部会長)

消防局が出している需要予測に対応するために、輪番病院の仕組みを変えていくという方向性はやはり中間報告に盛り込んでいくべきと思いますが、その他でご意見等がありますでしょうか。

(山崎委員)

輪番病院の実績評価の方法を夜間・休日から平日・昼間を含めた24時間体制に変更す

ることと合わせて、出口問題に貢献したことも評価できる仕組みが必要ではないかと思う。例えば、拠点病院A・Bからの患者を後方連携で輪番病院が受け入れた場合も評価できるようにすれば、拠点病院A・Bの負担軽減につながるのではないかと。

また、後方支援病院群というような体制を横浜市として整備することができれば出口問題の解決につながるのではないかと思います。ただ、患者が救急患者なのかそうでないのか判別することが難しく、実績のカウント方法を決めかねている。

(荏原委員)

労災病院の救急患者で、外来では返せないけども、労災病院で何週間も入院するような症状ではない患者について、一晩だけ救急ベッドでオーバーナイトした患者を引き受けることがあるが、そのようなケースであればカウントしやすいかもしれない。

(山崎委員)

済生会横浜市東部病院では、神奈川県中央情報センターを利用して年間で340件位転送している。

(部会長)

出口問題のカウントの方法として、転院搬送の件数をカウントするという話が出ましたが、やはり「入口」と「出口」をセットで考えることが必要である。また、消防局の救急業務検討委員会において、今までの搬送手段（救急車）では需要に対応できないため、民間の救急車等の活用について議論しています。転院搬送に民間救急車の活用を考えていくのであれば、救急業務検討委員会と整合性を取りながら進めていく必要がある。

(消防局)

緊急性の低い患者の後方病院への転院搬送について、民間救急車等を活用するという話は、まさに救急業務検討委員会で議論しています。

(部会長)

そうすると、双方が足並みを合わせながら議論を進めていくことは提言を構築していくのに非常に有効であると思います。

(山崎委員)

済生会横浜市東部病院では、転院予定の患者は病院の救急車を活用して転院搬送できておりますが、突発的に発生する想定外の患者の転院搬送については、9割がた消防の救急車を利用させていただいているのが現状です。

(部会長)

現在、救急業務検討委員会において、送り側の病院救急車で賄いきれない部分に対して受け入れる側の病院にも救急車を整備してもらえないかなど議論しているが、1台の救急車を整備するのに約2千万円もかかってしまうため、東京都や小田原市がすでに実施している救急車の払い下げをできないか議論している。

(消防局)

東京都の南多摩や町田市は、一つの病院がコールセンターも兼ねながら、救急車を運用しており、そこには救急救命士・看護師が3人乗車し、地域の救急患者に対応している。元々は、医師会主導で整備させたものであり、東京都からの補助などを活用して

運用していると聞いている。具体的な運用としては、在宅医などが病院に直接救急要請しますが、患者の搬送先は救急車の出場元ではなく、かかりつけ病院に搬送することもできたりするようです。

(部会長)

(2)の総括としては、「入口」だけでなく「出口」についてもしっかり対応策を考える必要がある。特に突発的に発生する予測外の転院搬送については、消防局の救急車を活用することが多いので、民間救急車をもっと活用できるための新しい仕組みについて議論する必要がある。ただ、実際の搬送の方法論については、消防局の救急業務検討委員会で議論し、意見のすり合わせを事務局側で調整して、上手く救急医療検討委員会と救急業務検討委員会がつながればと思います。

(山崎委員)

先ほど、救急患者の転院搬送のカウント方法が難しいと話しましたが、例えば、救急医療管理加算などの診療報酬を活用することで実績を把握することもできると思うがどうか。

(部会長)

診療報酬を実績カウントの一つのツールとして活用するかどうかは、病院側の負担等を勘案して決めていくことが必要であるが、方法論としてはあるかもしれない。

それでは、最後に(3)の超高齢社会における救急医療体制の強化に向けた対策について、ご意見ありますでしょうか。

(豊田委員)

在宅の先生方というのは、まさに現場にいらっしゃるので、ある意味、プレホスピタルの人達なので、在宅の先生方と病院がいかに連携し、搬送先を円滑に決めていけるかが重要で、そうした仕組みを構築していくことが必要である。

(部会長)

先ほど、赤羽先生からお話がありましたように、高齢者救急を2つに分け、予想された急性増悪は在宅医の先生がその場でトリアージする、突発的にサチュレーションが70を超えるような患者については、ワークステーション型ドクターカーを活用して、トリアージをしていく。この二本立ての体制を考えていくことが3次救急の負担を軽減するためにはよいと思う。

(赤羽委員)

今、在宅医が少なく、医師会としては増やそうと努力をしているが、一方で、増えると質の問題がある。

(部会長)

ワークステーション型ドクターカーについても、どのようにして医師を確保するかということの裏には質の問題があり、在宅医の問題と同じ問題がある。

(山崎委員)

前回の専門部会の際に、湯浅先生がおっしゃっていた高齢者救急を専門にする高齢者専門センターの発想は素晴らしいと思います。高齢者救急に対してどの医者にとっても

片手間になっている部分があるので、高齢者救急を専門的に考える人なり、場所なりを整備していくという方向性は良いのではないかと思います。ただ、高齢者の救急だけを行うのは現実的でないので、モデル的に高齢者の総合診療や訪問診療を行うだとか、また、ケアプラザを入れて横浜型の高齢者病院を整備してはどうかと思います。

(部会長)

高齢者を専門にする病院を整備するという概念は素晴らしいと思いますが、一方で、莫大な資金がかかると思います。本当に実現可能なこととして議論をするべきなのか確認しておきたいのですが、いかがお考えでしょうか。

(山崎委員)

第5次提言において、大きな資金の支援のもと、重症外傷センターを2病院整備しています。過去に大きな箱物を作った実績がない訳ではないですし、むしろ、大きなことを実現する場として議論する必要があると思います。

(荏原委員)

教育のできる施設として考えるとより良いと思う。ただ、救命措置や蘇生を望まれない方も多くいる中、酸素マスクをのせるだけの処置等、簡易な処置しかしない高齢者の何を教育につなげていくのかということも考えないといけないと思う。

(部会長)

今の議論は莫大な資金を投入するなど、夢物語的にならないよう実現に向け検討が必要な部分もありますが、事務局側はどのような考えを持っていますか。提言として入れることを想定できますか。

(事務局)

部会長がおっしゃっていらっしゃるとおり、やはり実現の可能性の部分と整備した際の課題の部分があります。前回のお話の中で、100床から200床の高齢者専門センターを整備するという話だったかと思いますが、恐らくそこもすぐに埋まってしまうかと思えますので、運用面の課題があると考えています。また、実際に箱物を整備するのか、もしくは、重症外傷センターのように補助を出して、病院の一部に機能を持ってもらうというのも一つの手段ではないかと思えます。

(湯浅委員)

前回の会議の時に高齢者専門センターの整備を提案したのは、高齢者の救急搬送を集約するためのものではなく、先ず高齢者専門センターで受け入れ、搬送先をトリアージすることをメインに行う施設をイメージして提案したのです。ですので、病院ではなく、19床以下の診療所でもいいのです。

(荏原委員)

高齢者専門センターに教育の場としての機能も持たせるのであれば、ネーミングを工夫する必要があると思います。ドクターG（テレビ番組）のように、総合診療に憧れる若い医師が多くいる中で、在宅医の先生方のように泌尿器科や皮膚科など全部の診療科を診れることに興味を持つ若い先生はいると思うので、高齢者専門というよりは、施設の一部として高齢者を受け入れる機能を持たせてはどうかと思います。

(湯浅委員)

今、切羽詰まった問題としては、2025年問題であるので、一言で言えば、誰が看取るのかが一番の問題だと思います。なので、そこを中心に議論すべきだし、そのことに対する仕組みを作ることが必要です。

(部会長)

今日、すべてを決める必要がある訳ではないので、箱物の整備なのか、病院の一部に機能を持たせるかは、こうした概念を持たせることが高齢者救急を円滑に回すために必要であるということ共有したので、次回、また議論することにしたいと思います。

(部会長)

次に、(3)の「②の救急病院体制の強化について」は、先ほどから議論しているように、輪番病院の昼間時間帯の受け入れを、強弱をつけながら確保していくことを今後検討していく必要がある。また、(3)の「③の救急病院の後方支援体制の強化」については、後方病院にながすための搬送手段を含めて解決していくことが必要ですし、消防局の救急業務検討委員会と連携して進めていくことが必要ではないでしょうか。

全体を通して、ご意見等ありますでしょうか。

ないようですので、次回は本日の議論の内容をより具体的にまとめていき、中間報告書をまとめていきたいと思いますのでよろしくお願いします。

(部会長)

それでは、次の議題の病院アンケート調査について、事務局から説明をお願いします。

(事務局)

議事(2)「病院へのアンケート調査」について、
資料3を基に説明。

(部会長)

そもそもですが、アンケート調査の目的はなんでしょうか。

(事務局)

救急医療体制の現状分析や課題を探るためにアンケート調査の目的としています。

(部会長)

アンケート結果については、検証するのでしょうか。また、それは親会であるのか、または、専門部会であるのかどちらでしょうか。

(事務局)

アンケート結果については、まずは、次回の専門部会で議論することを想定しています。

(部会長)

ということは、アンケート結果を踏まえて、より根拠のある第8次提言をまとめいくということですね。

(豊田委員)

回答する立場によって内容が異なると思いますが、アンケートの回答者は誰を想定していますか。

(事務局)

回答者については、設問が多岐に渡るため事務局で指定するのではなく、病院にお任せしたいと思っております。

(荏原委員)

今日話しにあった、昼間の救急の受入についてどう考えるかという視点の設問が必要だと思います。

(部会長)

第8次提言に盛り込んでいこうと議論されたことに対応するようなアンケート項目を作成していただきたいと思いますが、あとは事務局に一任しますのでよろしくお願い致します。

それでは、2の議題の最後の、(3)の今後のスケジュールについて、事務局から説明をお願いします。

3 その他

(事務局)

議事(3)「今後のスケジュール」について、資料4を基に説明。

(部会長)

それでは、最後の3のその他ですが、皆さんからご意見等ありますでしょうか。

(赤羽委員)

高齢者救急の市民啓蒙が必要ということで、横浜市医師会が「人生の最終段階を考えるシンポジウム」を平成30年7月10日(火)の午後に開催します。「DNARの意思のある患者さんが救急車を要請した場合に起こり得る事象について」をテーマにして、救命救急センター医師・消防局・医療局・弁護士等に協力をいただき開催する予定になっております。

(山崎委員)

半年に1回済生会横浜市東部病院で開催している鶴見区在宅ケアネットワークという会が昨日開催され、そこでDNARについて、講演してきました。会には医師やケアマネ等、在宅医療に携わっている方々が約140名参加されておりましたが、皆さん、関心が非常に高いようでした。

(部会長)

現在、様々な場で議論を進めている高齢者救急については、まさにタイムリーな議題だと思いますのでしっかり議論を重ねていき、報告書としてまとめていきたいと思いま

す。

それでは、事務局に進行をお返しします。

4 閉会

(事務局)

竹内部会長、ありがとうございました。

本日のご議論いただいた内容を踏まえ、アンケート調査を実施しつつ、先生の皆さま方に確認を取りながら中間報告書を取りまとめていきたいと考えておりますので引き続きどうぞよろしくお願いたします。

それでは、本日はこれで閉会といたします。ありがとうございました。

以上