

平成 29 年度 横浜市救急医療検討委員会 第 1 回 高齢者救急専門部会 議事録	
日 時	平成 29 年 12 月 26 日(火) 19 時 00 分から 21 時 10 分まで
開催場所	横浜市健康福祉総合センター 6 階 会議室
出席者	赤羽 重樹、荏原 千登里、建持 岳史、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	なし
開催形態	公開
議 題	1 開会 2 委員紹介 3 議事 (1) 高齢者救急専門部会について (2) 平成 29 年度第 1 回救急医療検討委員会まとめ (3) 高齢者救急の課題の整理 (4) 現行の救急医療体制の検証 (概略) (5) 病院ヒアリング (中間まとめ) (6) 病院へのアンケート・照会調査 (7) 今後のスケジュール 4 その他 5 閉会
議 事	1 開会 (事務局) <p>それでは、平成29年度第 1 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。</p> <p>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。</p> <p>本部会は、救急医療の充実に向けて検討を進める、「横浜市救急医療検討委員会」の下部専門組織に位置づけられており、本日は、その初回の会合となっております。</p> <p>今回、新たに委員としてお集まりいただきました皆様には、本日付で委嘱をさせていただいております。席上に委嘱状を配付させていただいておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。</p> <p>続きまして、本専門部会の事務的な説明をいたします。</p> <p>「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。</p>

2 委員紹介

続きまして、委員の皆さまのご紹介でございます。

「委員名簿」をご覧ください。

本部会の部会長につきましては、要綱第7条に基づき、検討委員会 委員長の指名となっておりますが、29年9月開催の救急医療検討委員会において、横浜市立大学救急医学主任教授の竹内先生がご指名いただいております。

恐れ入りますが、竹内 部会長から名簿の順に自己紹介をお願いいたします。

(委員の自己紹介 終了)

続きまして、事務局を紹介いたします。

席次表の裏面をご覧ください。

(事務局の自己紹介 終了)

3 議事

(事務局)

それでは、「次第の3 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)

今回、お集まりいただいた先生方におかれましては、拠点病院・輪番病院・輪番以外の病院など、様々な立場の先生方にお集まりいただいておりますので、多方面からのご意見を集約した上でこれからの高齢者の救急医療体制の方向性を示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)から(3)まで事務局から説明をお願いします。

(事務局)

議事(1) 高齢者救急専門部会について

(2) 平成29年度第1回救急医療検討委員会まとめ

(3) 高齢者救急の課題の整理

について、資料1から3を基に説明。

(部会長)

ただいま事務局から、第8次提言に向けた課題検討の方向性や平成29年9月に実施した救急医療検討委員会の意見のまとめについて説明してもらいましたが、同じく消防局

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、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部分がありますので、他の委員会等との整合性を取りつつ、連携も図りながら議論を進めていきたいと考えておりますのでよろしくお願いいたします。

それでは、事務局から説明のあった現状の課題等を踏まえて、ご意見をいただきたいと思っております。

（山崎委員）

- ・ 輪番病院について、現状の体制は市内において1から2病院が当番病院として運用されているが、地域に密着した地域包括ケアの中での救急医療とはかけ離れた体制になっている。
- ・ 消防の救急需要予測によると、昼間の救急件数が増加する。今後、その増加分を受入れる受皿（体制）を作らないといけない中で、輪番病院には24時間体制は困難でも、平日昼間だけでも今以上に受入れてもらえる体制を構築することが、高齢者の軽症や中等症を診るのに適しているし、地域医療のニーズにもマッチしている。

（荏原委員）

- ・ 輪番病院には規模や設備等に幅があります。例えば、当院（高田中央病院）では、日中の救急患者の受入れを、内科医3人位、外科医1.5人位の体制で診ていますが、マンパワー的な問題や専門外の患者について、受入困難なケースがある。そのため、救急患者の受入れについては、出来る範囲で患者を受入れている。
- ・ 再診患者であれば症状等を把握しているため現状の診療体制で受入れが可能だが、初診患者は、診療専門外であることもあるため受入が困難なことがある。
- ・ 救急患者を一度拠点病院で診察・処置して症状等が安定した後に輪番病院に流すというような体制も必要ではないか。また、転院し易いサポート体制を整備することとが、輪番病院の負担軽減につながるかもしれない。
- ・ また、上記のような転院患者についても、補助金の対象にするような体制整備が必要ではないか。

（赤羽委員）

- ・ 在宅の高齢患者の急変時等、救急搬送のトリアージは在宅医が行うことが理想だが、診療報酬や設備整備、診療専門外の対応等の問題から在宅医が中々増えないのが実情である。
- ・ 医師会には医局のように医療的に指導する機能がないため、質の低下を阻止できない。
- ・ 病診連携については、「顔の見える関係」から「腕の見える関係」に変化してきている。

(建持委員)

- ・ 神奈川県病院は、これまで済生会東部病院の長期入院患者を受入れる病院だったが、平成30年2月に新設される済生会東神奈川リハビリテーション病院に回復期病棟2病棟を移行することに伴い、一般病床と地域包括ケア病棟を増床し、急性期の機能を担っていきます。
- ・ ただし、済生会東部病院が受入れるような三次救急の患者ではなく、二次救急レベルで短期間に帰宅できるような患者（医療資源を多く投入しない）を外来レベルで受入れていく。
- ・ 神奈川区の高齢者が中心ではあるが、肺炎や尿路感染、その他一般内科の救急患者を平日の8時半から18時過ぎ頃までの間で受入れている。また、特に力を入れていることが、在宅患者の急変時の受入れと済生会東部病院と連携した入院患者の受入れと在宅につなげる支援を行っている。
- ・ 近隣に中核病院等大きな病院があるが、神奈川県病院では神奈川区の高齢患者をより多く受入れる等、役割分担をしっかりと行っていき、各医療機関の負担軽減につなげていきたいと考えている。

(豊田委員)

- ・ 港南区にある済生会南部病院は在宅医が足りないこともあり、高齢者の救急搬送が増加している。
- ・ 二次救急のメリットとしては、患者の全身を診ることができることだが、継続して診察をすることが困難である。
- ・ 救急外来に来院した時点で、病状やバックアップ体制等を調べ上げた後に、先ほどから話が出ている輪番病院等の責任を持って継続して診てくださる先生方につなげられると良いと考えている。

(湯浅委員)

- ・ 症状が改善することが予想される高齢者の外傷等の救急搬送については、これまで機能している三次救急や二次救急等の枠組みで運用されるべきと思うが、看取りだけの患者や誤嚥性肺炎等の患者、またDNARの患者については、急性期病院に搬送するのではなく、在宅や施設等で対応することが望ましい。
- ・ しかし、そうした体制になっていない。だとするならば、100～200床程度の高齢者救急センターを整備して急性期医療の必要性のない高齢患者はそこに搬送するような体制を新たに構築すれば良いのではないか。

(部会長)

ただいま、すべての先生方からご意見をいただいたので、これからはフリーディスカッションでいきたいと思っておりますのでご意見をお願いします。

(豊田委員)

訪問看護ステーションの看護師はどのようにして集まってくるのでしょうか。

(赤羽委員)

3つに分かれます。1つが、医療機関での勤務を通じて医療の提供だけではなく生活面をより支えてあげたいという強い思いから在宅に行く方、二つ目がなんとなく在宅の方が向いていると感じていく方、3つ目が生活のために在宅に行く方です。

(豊田委員)

数は充足されているのでしょうか。

(赤羽委員)

数は圧倒的に足りない状況です。また、数の問題と合わせて、質の問題があります。

神奈川区には、20の訪問看護ステーションがあるが、組みやすいと感じるステーションは10もないです。

(湯浅委員)

本人も自宅で死にたい、家族も自宅で看取りたいと意思表示しているのにできない原因は何があるのでしょうか。

(赤羽委員)

一番の理由は、家族の疲弊があります。ただ、疲弊していたとしても、在宅医と訪問看護ステーションとヘルパーの強い連携が取れる場合は、自宅で看取ることができますが、その組み合わせが悪いとできないことがあります。

(湯浅委員)

高齢者施設は、急変時にすぐ救急車を要請するのはなぜなのでしょう。契約している訪問医等が診ることはできないのでしょうか。

(赤羽委員)

まず、医師が近隣にいないため、すぐに診ることができないのが原因です。やはり、経営優先になるため地元密着でないのが実情です。

施設の介護従事者の方々は、自分たちの対応の下手際により急変してしまったと考え、恐怖心を抱き救急車を要請してしまう。なので、我々が施設に入って、患者の看取り方を教え、経験させてあげることが施設での看取りにつながると思っている。

(湯浅委員)

高齢者施設において、家族もDNARと言っている患者や2・3日前から食事ができていない患者から救急要請があった場合に急性期病院に搬送することは、やはりナンセンスであると感じますがいかがでしょうか。

(荏原委員)

高田中央病院では、在宅患者や高齢者の看取りに関して、出来る範囲ではあるが、地域の役割として、地域での使命としてそういった患者を受入れている。

(部会長)

MCの立場からですが、救急隊の判断だけで救急搬送の可否を判断することは法的な問題や市民感情等から現状では困難です。やはり、医師がある程度権限を持ち、バック

アップしていく体制がないといけない。横浜市では、消防局の指令室に指導医がいて、救急隊に指示を出していますが、実際の救急現場にいるわけではないので限界もある。そうした中で、よりの確な指示が出せるように医師が今以上に救急搬送に参画できるような枠組みを今回の第8次提言で打ち出せないかと考えている。

(湯浅委員)

搬送可否を救急隊が判断することは困難であったとしても、搬送先を急性期病院ではなく、慢性期病院等にするような選択や判断はしているのでしょうか。

(豊田委員)

救急隊の方で、施設の方に急変時の搬送先等の情報収集はしており、その情報を基にして指導医が判断をして搬送先を選定している。ただ、輪番病院の当直医が外勤の医師で状況把握ができない場合等に急性期病院に搬送されることがある。

(部会長)

高度救命救急センターの医師としての立場からですが、救命センターで問題になっているのが、慢性疾患の急性増悪です。プロトコル上は救命センターに搬送することになっているため間違ったことではありません。しかし、そういった患者が増加していくと、元々の状態が悪いため結果的に入院期間が長期化してベッドを塞ぎ、本来、受入れなくてはいけない交通事故等の外傷患者を受入れることができないといった問題がある。

今後、増々そういった患者が増えていくと推測できるため、見かけ（サチュレーション等）だけの重症度や緊急度で搬送先を決定するのではない、新しいシステムを構築する必要あります。

(山崎委員)

現在、MC協議会において、蘇生を希望しない心肺停止の現場に救急隊が出場したときに三次救急に搬送するのではなく、蘇生をせずに救急搬送を止めることが出来ないかということ議論しています。その議論の中で、家族とかかりつけ医と本人の意思がわかる文章（リビングウィル）の3点セットがあれば救急隊が搬送しないというシステムが構築できないかと進めています。今は心肺停止だけですが、今後は、心肺停止だけでなく肺炎等、バイタルサインだけで搬送先を選定するのではなく、家族やかかりつけ医などと連絡が付けば三次救急に搬送するのではなく、近隣のかかりつけ医に搬送出来るようなシステムを考えていくことも必要ではないか。

(事務局)

議事(4) 現行の救急医療体制の検証（概略）

(5) 病院ヒアリング（中間まとめ）

について、資料4から5を基に説明

(部会長)

ただいま事務局から説明のありました、病院ヒアリングに対するご質問やこれまでのご議論を踏まえた上で、ご意見等何かございますか。

(山崎委員)

地域包括ケアのように中学校区に一つの医療機関があつて、地域からの患者を受入れることが理想と考えています。救急医療体制参加病院や救急告知医療機関の他にも埋もれている医療機関があるのではないかと思います。そうした医療機関が可能な範囲で救急患者を受入れられるような体制についても考えていけるといいのではないかと。

既存の医療機関を有効に活用できるような仕組みが必要ではないかと思います。

(事務局)

地域の先生方とお話をしていると、在宅の急変患者の受入れに有床診を活用してはどうかとご意見を伺いますが、現実的に難しいのでしょうか。

(赤羽委員)

現状としては、有床診は減少しつつあります。その理由は、経営的に成り立たないからです。横浜市の場合、開設時に補助金が出ますが、問題は人件費等のランニングコストです。

(荏原委員)

すべてではないが、私が知っている有床診は、大腸内視鏡検査（CF）や睡眠時無呼吸検査等の経過観察的な患者を受入れており、救急患者を受入れるというのは難しい。

(事務局)

横浜市の場合、慢性期・回復期病床が不足しているため、急性期病床からの転換や増床を想定しつつ、病床の配分等について医師会や病院協会と連携を取りながら進めていく予定ですが、例えば、医療機関に対して地域包括ケア病棟を設備し、在宅や急性期病院との橋渡しの役割を担うことを条件として優先的に配分するというようなことは考えられますか。

(赤羽委員)

地域包括ケア病棟は、出来高換算のため持ち出しが多くなると経営上に厳しい面がある。そのため、病床が少し空いていても経営が成り立つような仕組みがないと難しいと思います。

(建持委員)

救急のことに関しては、救急患者を受入れる医師の捉え方や運ばれてくる患者とその家族との関係性が重要であると思います。例え、同居していても日中独居の状態であり、親（高齢者）の病気を家族が理解していないため、急変時に本来受診しなくてもいい医療機関を受診してしまっている。今後は、地域包括ケアシステムをより推し進めていくには、患者の状態やこれから迎ると予想される病状について、かかりつけ医や診療所、また急性期病院であっても一般外来レベルでもっと啓蒙していかなくてはならない。

(赤羽委員)

「家族」というキーワードが出ましたので在宅医の立場から申し上げます。我々は、家族を三つに分けています。一つ目は、家族がいて患者の病状等に理解があるパターン。二つ目は、家族がまったくいない独居のパターン。こちらのケースは医療職側がある程度コントロールできるため上手くいきます。問題は三つ目で、家族はいるけど患者に無

関心で理解がないパターンです。このパターンは、予想外の展開に話が進むことが多く、救急搬送に繋がるが多くあります。多くの開業医は、救急搬送の問題や救急隊や救急医療機関の苦悩を知らないことがある。一般市民と合わせて開業医に対してもそうしたことの啓蒙をしていくことが大切である。

(部会長)

医師現場参画というところで「ワークステーション型ドクターカー」という仕組みを2020年4月から市民病院に置くことが決まっています。最初のステップとしては、救急救命士の研修を目的にしており、その次のステップとして、医師と救急救命士が現場に出場して傷病者対応を行う環境を活かして、日本で唯一のドクターカーの運用体制を目指します。現場で不安定な患者に安定化処置を行い、救命救急センターへ搬送する。また、「慢性疾患を有する患者の急性増悪」に対してもドクターカーを出場させ、現場で救急医が安定化処置を行い、そのうえで患者・家族の希望に合わせて医療機関へ搬送させる。これからの高齢化社会を迎えるにあたって横浜市でこのシステムが導入することができれば全国のモデルケースになることが考えられる。

この新しいシステムを整備することで、三次救急への患者の集中を避け、本来の三次救急の業務に専念でき、また、医師と救急救命士が同時に現場で活動できるため研修にも最適である。さらに、輪番病院や拠点病院からしても現場で安定化処置を施された患者が搬送されるので安心感がある。

今後は、消防局所管の救急業務検討委員会やMC協議会とも連携を取りながら足並みを揃えて進めていければと思っています。

(豊田委員)

今提案のありました、ワークステーション型ドクターカーを上手く運用していくには、訪問看護ステーション等の地域にある患者の情報をドクターカーがどのように収集できるのかを考えることが重要であり、それには地域にもっと入っていかないといけない。

(部会長)

2020年4月にワークステーション型ドクターカーを運用していくことは決定しているが、どのように運用していくかは未定である。今後、親会である救急医療検討委員会や消防局所管の救急業務検討委員会等とも連携を取りつつ、日本唯一のドクターカーの運用体制を目指して議論を進めていきたいと思っています。

(山崎委員)

救急救命士や救急隊の判断だけではどうにもならない現場において、現場に医師がいることで搬送の交通整理ができれば良いと思う。ただ、心肺停止患者に対しての対応や死亡確認を確認することもあるのではないかな。

(部会長)

ワークステーション型ドクターカーの概念は、死亡確認ではなく、あくまでも不安定な患者に安定化処置して、そのうえで病態に応じて医療機関へ搬送することである。心停止の患者の取扱等については、今後ドクターカーの運用方法と並行して議論を進めていく。

(事務局)

議事(6)病院へのアンケート・照会調査
について、資料6を基に説明

(部会長)

ただいま、事務局から病院へのアンケート項目について、説明がありましたが、さらに確認すべき事項や設問に対しての病院側の負担感等、ご意見がありましたらお願いします。

(山崎委員)

調査対象の医療機関は、救急告知病院を含めるのでしょうか。

(事務局)

救急告知病院も含めることを想定しています。4の2以外は、救急告知病院に回答をお願いしたいと考えています。

(山崎委員)

当院において、退院患者の6～8%が転院搬送患者ですが、その患者が救急患者なのかそうでないのか判別することは容易でない。他の医療機関においても、判別することは難しいのではないかと。当院は、DPC病院なので救急患者をなんとか特定することはできたが、100%の精度ではない。他の医療機関も同じではないか。救急患者の定義を明確にしないと回答する医療機関が困るのではないかと。

また、21ページの4-1《後方支援病院への転院の課題認識》について、この項目も、患者が救急患者なのか、または、紹介患者なのか判別するのは難しいと思う。

(湯浅委員)

19ページの2《現在の受入状況》ですが、ウォークイン患者とは、一般外来患者も含むのか。もし、含むのであれば、救急患者でないのでは意味がないのではないかと。

(事務局)

ただいま先生方からご指摘のありました件に対して、前提条件を明確にするとともに、設問に対して回答できる内容になっているのか等、医療機関に事前に確認しながら、アンケート項目を検証したのちに、改めて先生方にお示ししたいと思います。また、追加項目や項目の修正等があればその内容をアンケート項目に落とし込み、フィードバックしたいと思いますのでよろしくお願いします。

(部会長)

これだけの先生方が一同に会するのは難しいと思うので、アンケート項目の追加や修正等の内容変更については、メール審議も併用していきたいと思いますのでよろしくお願いします。

(事務局)

議事(7)今後のスケジュール
について、資料7を基に説明

(部会長)

今後の日程についてですが、今日、様々な論点が出ました。この様々の論点を整理し、より踏み込んだ議論を行ったうえで、親会である救急医療検討委員会に諮った方が良いと思います。また、2月中にもう一度専門部会を開催し、3月の救急医療検討委員会に専門部会で出た意見等をあげたいと思います。

(全会一致)

(事務局)

2月開催予定の第2回専門部会の日程調整については、改めてご連絡をしますのでよろしくお願い致します。

4 その他

(部会長)

最後になりますが、次第の4「その他」ですが、皆さまご意見等がありますか。

(消防局)

確認させていただいてよろしいでしょうか。先ほどお話がありました、ワークステーション型ドクターカーについては、MC協議会や医療局を含めて消防局において検討を進めている実態がありますが、救急医療検討委員会や高齢者救急専門部会でのご議論は、MC協議会や救急業務検討委員会において方向性を示していくための意見の聴取的なものということによろしいでしょうか。

(部会長)

救急医療検討委員会や高齢者救急専門部会において、議論を進めていくということではなく、増え行く高齢者救急に対応していかなくていけない中で、2020年4月に運用開始するワークステーションのドクターカーを活用することは円滑に救急患者を受入れるための一つの方法ではないかということが当専門部会での一致した意見ということですので。専門部会で結論を出すということではなく、救急業務検討委員会等との整合性を取りながら議論を進めていくべき事案であると思っています。

(事務局)

ワークステーションは、救急救命士の卒業教育を効率的に行うこと、また、レベルアップを図っていくことを目的に整備するものですが、そうした環境を上手く活用する一つのメニューとしてドクターカーがありますので、MC協議会や救急業務検討委員会においてもご議論をお願いします。

(消防局)

ワークステーション型ドクターカーについては、MC協議会や救急業務検討委員会が中心になって議論を進めていく事案であることはご認識いただければと思いますのでよろしくお願い致します。

(湯浅委員)

高齢者救急について、救急隊員としてどのような意見持っているのか伺いたいと思います。次回までに準備をお願いします。

(消防局)

承知しました。

(山崎委員)

医療機関だけでなく、施設や在宅を含めたアンケートは行わないのでしょうか。

(消防局)

救急業務検討委員会において、在宅医・施設・訪問看護ステーションにアンケートを実施しておりますので、その結果を次回の専門部会でご説明させていただきます。

(部会長)

それでは、本日の議事はこれで終了します。

委員の皆さま、ご協力ありがとうございました。

進行を事務局へお返しします。

5 閉会

(事務局)

竹内部会長、ありがとうございました。

アンケートの照会内容等については、改めて委員の先生方にご相談させていただきますので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