

平成28年度第2回横浜市救急医療検討委員会

平成29年2月21日（火）

横浜市健康福祉総合センター6階 会議室

## 開 会

○事務局 それでは定刻となりましたので、平成28年度第2回横浜市救急医療検討委員会を始めたいと思います。改めまして、私は、本日司会を務めさせていただきます、医療局救急・災害医療担当課長をしております黒岩と申します。どうぞよろしくお願いいたします。以降、座っての進行となりますことをご容赦いただければと思います。

本委員会に平成27年度、28年度の2か年にわたって救急医療の充実に関して、高齢者救急というテーマの中で進めさせていただきましたが、本日につきましては、その第4回目の委員会となっております。また、事前のご連絡として、本委員会は全員で14名の方に参画いただいておりますけれども、ご都合により、新田委員におかれましてはご欠席というご連絡をいただいております。また、横浜市救急医療検討委員会運営要綱に基づきまして、委員の半数以上のご出席がございますので、会議の定足数を満たしているということで、会議を開催させていただきたいと思っております。

それでは、本日の配付資料の確認をさせていただきたいと思います。いずれもA4の資料となりますが、議事次第、名簿・座席等と書いてあるもので、全7ページございます。それから、資料1でございます。「横浜市救急医療体制に関する第7次提言（案）」ということで、全14ページございます。また、資料2としまして、「横浜市救急医療体制に関する第7次提言（案）資料」と書いてありますもので、52ページ、少し厚いものになっておりますが、こちらの3点となっております。資料に落丁等があれば、会議の進行の途上であっても、近くの係員に申しつけていただければ対応したいと思います。また、お手元には医療局情報企画担当のほうから、横浜市ICTを活用した地域医療連携ネットワークシンポジウムのご案内もあわせて配付させていただいておりますので、ご都合がお合になりますようでしたら、ご参加いただければと考えております。

続きまして、救急医療検討委員会の事務的なご連絡をさせていただきたいと思います。議事次第が表紙になっております資料の5ページをおめくりください。こちらは、横浜市救急医療検討委員会運営要綱でございますが、裏面の6ページにあります第8条に記載のとおり、本委員会は公開を原則としております。なお、本委員会の議事につきましては、議事録を事務局のほうで作成後、委員の皆様にご確認いただきまして、公開の段取りとさせていただきますと考えております。

続いて、傍聴されている方へのお願いになります。傍聴席には「傍聴されている方へのお願い」ということで書面が配付されておりますので、記載の事項につきましてご確認の上、ご協力ほどよろしくお願いいたします。

出席者につきましては、お手元の資料の3ページに座席表がありますので、改めてのご紹介・ご案内は時間の関係上、割愛させていただきますので、よろしくお願いいたします。

それでは、次第に従いまして進めさせていただきます。これからの議事につきましては、

白井委員長に進行していただきたいと思います。白井委員長、よろしく願いいたします。

## 議 事

救急医療検討委員会第7次提言について

○白井委員長 はい。それでは早速議事を進行させていただきます。お手元の次第の2の議事に入らせていただきます。前回の委員会において皆様方からいただいた意見を踏まえまして、修正や加筆した提言をきょう事務局が用意しております。そちらのほうの説明を早速お願いいたします。

○事務局 医療局救急災害医療担当の担当係長をしております深澤でございます。よろしく願いいたします。それでは、着座にて説明させていただければと思います。

お手元の左肩に資料1と書いてある第7次提言（案）の内容をご説明させていただければと思います。おめくりいただきまして、まず1ページでございます。こちらは前回の委員会から新たに記載させていただいたところでございます。この第7次提言（案）、資料1につきましては、先日、2月上旬に皆様には一旦メールでご確認いただいたところではございますが、改めてご説明させていただきます。

まず1ページは、これまでの横浜市の救急医療検討委員会の内容で、どういうことをやってきたかというところで、今回は高齢者救急に関する課題ということで、記載させていただきました。

1番は、特にこの委員会で議論してきた内容としましては、中段にございます二次救急拠点病院ということで、本市独自に24時間365日の救急搬送に対応する体制をつくったことですか、中段の下のほうの脳疾患、心疾患等の疾患別の救急医療体制などの提言をいただいて、実施につなげてまいりました。また、その後第5次提言では重症外傷センター、第6次提言では精神疾患を合併する身体救急患者の救急医療体制ということで、これまでも実施してきたということを振り返らせていただいております。

1ページおめくりください。2ページでございます。こちらは高齢化の状況につきまして、総論として述べさせていただいております。まず、我が国の高齢化の状況ということで、こちらの下の方に出典が記載してありますが、高齢社会白書の中で述べられている内容を引用しておりますけれども、平成27年現在での65歳以上の高齢化率というと、我が国全体では26.7%となっております。

一方、中段の本市の状況は、横浜市の人口統計ですとか、将来人口推計から引用しております。それを見ますと、2025年では総人口は減少に転ずるものの、高齢化率につきましては26.1%で、さらにその後も高齢化率はどんどん伸びていって、2045年には34.4%、高齢者人口としては120万人ということでピークになりますが、その後も2060年まで高齢化

の割合は伸びていくということがあります。

そういう状況がある中で、その次の高齢者の単身世帯、高齢者のみの世帯が増加していることも国勢調査の内容からわかっており、さらに要介護認定の方もふえているという傾向がございます。

3ページ以降につきましては、以前から議論の中でもお示しした部分もございますが、改めてご説明します。高齢者の増加とともに救急搬送件数がどうなっているかということで、主にグラフを追加させていただいております。改めてごらんいただきますとわかるとおり、年度とともに救急搬送が伸びておりますが、図2のとおり、65歳以上の伸びが著しく多く、65歳未満は伸びていないというのが平成27年度までの傾向となっております。

1ページおめくりいただきまして、4ページでございます。こちらも高齢者救急の平成26年度の統計データから作成したものでございます。傾向としましては、グラフのとおり、年齢が高くなるほど重症の割合が多くなっているという部分、あるいは、2つ目の丸の現場滞在時間で見ますと、特に軽症の方の傾向が多いですが、年齢が高くなるほど時間が長くなるということ、あと疾患別の分類で見ますと、高齢な方につきましては、心疾患、脳疾患などの循環器系、あるいは肺炎などの呼吸器系の割合が特に高くなっているというところがございます。

また、5ページの搬送状況につきましては、介護老健施設ですとか、特養などの医師や看護師の体制がとられている医療施設のほうが軽症が少なかったり、滞在時間が短いという傾向があるほか、家族の同乗のあり・なしというところで、現場滞在の時間が大分変わるといことがデータから見えてくるということですので。

5ページの下は、高齢者にとっては、まず重症化する前に緊急度、重症度の判定が重要であるということ、あるいは体制がとられている施設の問題は少ないのですが、体制がないところだと問題が生じやすいということで、医療的な相談ができる体制が必要ではないかということ、あるいはご家族がいないことによって、情報収集、あるいは病院選定に時間がかかっているのではないかということが想定として挙げられています。

1ページおめくりいただきまして、6ページでございます。それらのデータから見えるところにつきまして、アンケートを実施しました。まず、救急医療機関に対するアンケートの回答の中では、高齢者施設等の連携ということで、丸の1つ目は、高齢者施設等との連携会議の有無という問いを立てておりますが、連携会議がある施設の場合は、高齢者施設等の連携に課題を感じていないという割合が過半数の57%となっております。一方で、連携会議がないという医療機関におきましては、課題を感じているというのが過半数ということで、こちらにつきましては顔の見える関係のあるほうがいろいろな問題が生じにくいということが読めるということでございます。

また、患者の情報をどうやって得られるか、あるいは得られていないかということについて、特に患者の情報を得るのに苦勞する患者の属性という聞き方をしておりますが、高

齢独居の世帯ですと、94.5%ということで、かなりの割合でとりにくいということです。次いで、高齢者夫妻世帯も6割近くになっています。得られているかどうかということを見ますと、半数近くがそのような情報を得られていないということが課題として挙げられています。

7ページは、一方で救命処置後に患者親族とトラブルとなっているケースが経験上あるかということでございますが、過半数の56.4%がトラブルのケースがあったということで、特にどのような内容かという問いに対しては、リビングウィルについてが77%、患者の取り扱いに関する親族間の意見の相違が68%となっております。

7ページの高齢者施設のアンケートの中には、連携病院となっているにもかかわらず、受け入れがよくないところも一部あったということもアンケート上に出てきています。

また、8ページの相談できる体制については、体制自体の必要性はあるということですが、一方で下の横浜市救急相談センターを利用している施設は12.3%ということで、今後利用したいのが61.9%ということですので、まだ周知が十分ではなかったということが見えてきています。

また、9ページの救急隊のほうのアンケートの結果でございます。高齢者についてはやはり当然かもしれませんが、若年層・中年層に比べると、時間がかかるという中で、特にどういうことに時間がかかるかということについては、傷病者情報の把握に時間を要したり、意思疎通がしづらいためにやりとりに時間がかかるなどの理由が、ほぼ全部の数に近い90%台ということになっています。また、搬送困難の課題というところでいきますと、やはり高齢独居、高齢者夫妻世帯が大きくなっています。

10ページは、それらの結果から、そういう課題があるということで、(2)は課題に対する施策の考え方でございます。上段の①、②、③ということで、それぞれのフェーズに分けて考えたらどうかということで、記載させていただきました。受診の必要性を判断するフェーズ、救急搬送されるまたは救急医療を受診するフェーズ、③番として医療機関で治療後の退院時や退院後のフェーズということで、それぞれ解決策について、その後後段で述べてまいります。

まず、11ページの受診の必要性を判断するフェーズにつきましては、救急相談センターの活用ということです。こちらにつきましては、もう既にこの会でも何回も取り上げているので、ご承知いただいていると思いますが、救急相談センターで医療の必要性、緊急性や重症度をアドバイスして、適性受診が期待されるサービスでございます。中段の1年間の事業実績を見ますと、全部で11万4604件ありますが、高齢者という視点で見ますと、10.1%の利用にとどまっております。こちらは高齢者の人口比率23.8%でしたり、救急車の利用の高齢者の比率55.2%に比べて低いので、さらなる高齢者に対する周知が必要ということで考えております。

1ページおめくりいただきまして、12ページでございます。今度は先ほど来ありますと

おり、高齢者の情報共有ということで、この委員会の第2回のときに、鶴見区医師会の連携ノート、いわゆるイエローノートをもとに意見交換させていただきましたが、それらの中で基本的な考え方について、示せればと思っております。また、その際に別冊で資料をつけておりますが、各区役所で把握している情報共有ツールということで、約36の取り組みがなされているということになっております。それらの内容も踏まえ、基本的な考え方を示した上で、内容としましては12ページの四角囲いのところでございますが、これらの内容を記載した上で、その内容ですとか、あるいは運用方法などを今後ガイドラインとして普及させていくのが望ましいというのが本委員会としての結論となるのではないかと考えています。

なお、リビングウィルにつきましては、さまざまな議論がこの会でもなされたところがございますが、この会の結論といたしましても、法的な部分、あるいは社会的コンセンサスの部分からも、今後継続して注視していくというような形でまとめさせていただいております。

また、3番の退院時、あるいは退院後のフェーズでは、救急医療機関と高齢者施設等の連携の強化というところで記載しています。こちらは、連携がうまくいっているところについては、課題が少ないのではないかとということがアンケート結果からも見えてきていますし、我々が医療局としてヒアリングをやらせていただいたときも同様の印象を持っております。そのようなこともございますので、今後救急医療機関を中心として関係機関が一堂に会する連携会議といったものを地域的においてモデル的に開催していくことが重要ではないかということで、提言に盛り込ませていただいております。

最後の14ページは今後の検討事項です。中段にありますとおり、高齢者の救急ということで、問題はかなり大きい部分がございますので、今回の提言に盛り込んだ3つの内容ですべて十分とは言えないところもあります。今後は、例えばNDBですとか、DPCデータなどのデータの活用ですとか、あるいは今までの救急の搬送データですとか、医療機関からの実績報告などの分析をもとに、より実効的な検証を行うことも必要性があるのではないかと考えております。

また、最後に救急医療体制を安定的に実施していくためにも、市民の皆さんの救急医療に対する理解というのも不可欠でございますので、さまざまな機会を通じて市の救急医療施策を知っていただく必要があるというところも記載させていただきました。

説明としては以上でございます。

○**白井委員長** ただいま事務局よりご説明をいただきました。第7次の提言（案）でございますが、何かありますか。

○**事務局** あと、資料2は今までこの委員会でもらせていただいた資料をまとめさせていただいております。例えば、ヒアリングの結果ですとか、搬送データ、一部は本編にも盛り込んでいます。あと、13ページは先ほど申し上げました高齢者の情報共有ツールの各区

の状況、15ページ以降はアンケート調査の回答の内容となっておりますので、こちらはお時間のあるときによろしければ、ご覧いただければと思っております。補足です。以上です。

**○白井委員長** それでは、すべて説明が終わりました。提言（案）について、何かご意見等はございますか。昨年12月20日に平成28年度第1回のこの会での皆様方からの意見等を取りまとめた形になっているかと思えます。いかがでしょうか。取りまとめ、提言の骨子は、10ページの（2）からが提言の具体的な内容となっております。説明がありましたように、10ページの（2）の2行目、①受診の必要性を判断するフェーズ、②救急搬送されるまたは救急医療を受診するフェーズ、③医療機関で治療後の退院時や退院後のフェーズと3つに分けて、それぞれの提言をいただいたところです。

フェーズ①については#7119、救急相談センターを活用しましょう、あるいはこれを周知していきたいというお話でした。

それから、フェーズ②については、この会でも盛んに話が出てまいりました情報共有ツールの有効活用ということで、皆様方からいただいた意見をもとに、1つのルール、ツールをどこに置くか、ツールのある場所をどのように示すか、それからツールの基本的考え方というのを示していただきました。

そしてフェーズ③については、救急医療機関と高齢者施設の連携の強化と促進ということをやっております、最後にこの会として救急医療機関を中心として医療機関が一堂に会する連携会議を幾つかの地域でモデル的に開いていって、それを市域全体に波及させていくというようなことを考えていらっしゃるという取りまとめだと思います。

ご意見等はいかがでしょう。

それでは、森村委員、何か提言についてご意見をいただければ。

**○森村委員** 概略、方向性はこれでいいのではないかと聞いていました。1点、11ページの受診の必要性を判断するフェーズのところで、先行して実績を重ねている救急相談センターの活用というのはいいと思うのですが、その少し前にスタートしている自己判断ツール、いわゆるウェブ上にある救急受診ガイドは、恐らく行政では東京都に次いで2番目、かなり早くからスタートしたものだったと記憶しています。これは入れたほうがいいのではないかと思います。今後、高齢者にも優しくとか、ご本人が使うとは限らず、施設の方も使うと思うので、これは書き込んだほうがいいのではないかと聞いて拝聴してました。

あともう一点だけ、これは文言の話なのですが、3行目等に出てくる「受療行動の適正化」というのは適正化の適正さの基準や定義がない限り、適正化はなかなか進めることができないので、搬送を担当する、例えば消防行政で言うならば、救急車の利用の適正というのは何か、今までずっとやってきましたと思います。ただ、その適正さの定義がないので、何を以て適正とするかということです。もとに立ち返れば、簡単にもっと「受療行動の

支援をする」とか、そういう言葉のほうがいいと思います。「適正化」と出ると行政の上から目線的な印象も少し与えるような気がしました。細かいことですが、以上2点です。ありがとうございました。

○白井委員長 ありがとうございます。ご指摘はごもっともだと思います。あと、森村委員が前回の会でおっしゃっていたと思うのですが、#7119と救急車の利用を絡めてはいけないというようなお話がありました。11ページの下から5行目の書き込み、救急車利用の高齢者比率というところは、特に森村委員としては問題ありませんか。

○森村委員 結論から言うと、これはいいと思います。

○白井委員長 わかりました。先生が前におっしゃっていたのは、#7119が救急車を使うかどうかの判断ではないと、そういうお話だったのですね。

○森村委員 そうですね。ですが、これもそうとらえてしまいますよね。

○白井委員長 森村委員が大丈夫なら、大丈夫です。

○森村委員 もう一回見てみます。

○白井委員長 それでは、ほかに。お時間はまだありますので、振らせていただきます。平元委員、いかがでしょうか。

○平元委員 この前のとき、私はどうしても出られなかったもので、失礼しました。

この提言はいいと思うのですが、今救急がどんどん増えている状態、高齢者の比率が増えている状態でこの提言をしたら、具体的に何をどうやるのかというものは何も見えないような感じがします。高齢者の問題が大変だから、このような方向でいかななくてはいけないというのはあると思うのですが、具体的に市民に教育をすとか、何かそういうような形で、実際に今現在救急車の利用数はどんどんふえていて、ことは特に多いみたいですから、そういうことに関してどうしていくのかということが、比較的今までの提言の中では、二次救急拠点病院とか、いろいろとやってきたことが実績を伴って動いてきたように見えるのですけれども、今回の高齢者のやり方はどのような実績を伴って動かしていくのかということがこの提言から見えないような気がします。その辺はどうなのでしょう。

○白井委員長 先生、先ほどお話をした3つの提言というのが柱としてフェーズごとに挙がっているので、これを先生のおっしゃるように、市民に伝えていくということでの提言と前回の会議で出ております。ですから、今までのような、簡単に二次拠点をつくるとか、重症外傷センターをつくるというような箱物とか、仕組みとは違うわけですが、市民に向けての提言という意味では、これこそ提言なのではないかと私は勝手に思っています。そのような前回の取りまとめでした。

では、原委員、何かございますか。

○原委員 ①番の受診の必要性を判断するフェーズで、救急車を呼ぶというような観点で話が進んでいるような気がしました。通常、高齢者の方ですと、かかりつけ医を持っていることが多いのですが、そのかかりつけ医との関係性がこの中で見えません。ふだんと違



う病状なので、状態が悪いので救急車を呼びたいという判断の場合はいいのかもしれないのですが、通常のかかりつけ医との関係性がこの中では全く見えません。その点がいかがかと思いました。

○事務局 事務局から補足の説明ということで、確かに書き込みがないので、その説明に触れるかどうかということは今ご議論いただく必要があるかと思います。#7119の制度という意味でご紹介いたしますと、救急車が必要な緊急度があれば、それはもう救急車が必要だということなのですが、医療機関に行ったほうが良いという判断が橙ですとか、黄色とか、緊急度によってありますけれども、その場合は必ず「かかりつけ医はいらっしゃいますか」ということをオペレーターが伺います。伺った上で、そのかかりつけ医を優先したご案内ということになりますので、制度上の仕組みとしては、今委員のおっしゃった点についてはカバーされていると思います。ただ、ここに表現されていないことについては、事務局として再考する必要があるのではないかと思います。

○白井委員長 よろしいですか。今、原委員がおっしゃったことは、まさに森村委員が前回言っていた、救急車の出動を意味するような#7119ではないというお話だったと思います。

西山委員はいかがですか。

○西山委員 非常によくできていると思うのですが、11ページで今横浜市が進めている自助ということ始めて、12ページでツール作成の方向性をしっかり表示していただいて、3番で連携の強化をしていこうということですから、これがどう進んでいくか、しっかり進んでいくかどうかは置いておいて、非常によくできていると思いますので、ぜひこのまま進めていただければと思います。

○白井委員長 神保委員、いかがでしょうか。

○神保委員 この3つの提言には、非常に感心いたしました。ただ、民生委員の立場で言いますと、既に災害時の要援護者というのを今、情報共有化ということで、包括を含めてみんなで見守ろうという形で、何かあった場合は必ず町会長を通じて、すべて行政につなげるという形をとっておりますので、この提言は提言で、このとおりでいいのですが、今、横浜市で情報共有化ということ在全市でやろうとしておりますから、できればその辺も一言、災害時の要援護者ということを取り上げていただいて、それをどのように救急に結びつけていくかということをお願いできればということでございます。よろしくお願いいたします。

○白井委員長 災害のことですよね。

○神保委員 そうですね。

○白井委員長 そうすると、フェーズに分けて今議論が進んでいるところですが、どこに入れたらいいのでしょうか。

○神保委員 災害時の場合は別途考えなければいけないと思います。ですから、この提言

は提言でよろしいので、これからの問題です。災害というのはいつ起きるかわからないので、なかなか具体的に提言するのは非常に難しい問題だと思います。そういう意味では、民生委員として、横浜市を上げていろいろと取り組んでおりますので、この提言で今回は結構だと思います。また別途、ご相談させていただきたいと思います。

○事務局 事務局から、災害時要援護者、いわゆる災害医療については、確かにこちらには触れていません。例えば、12ページの情報共有ツールがしっかり整備されれば、日常的な救急医療もわかりですが、いざというときの災害時要援護者の方の情報がしっかり関係者、医療機関に届く、もしくは地域の町内会としても共有ができるということで、こういった整備をすることで、災害時にも資するという旨の言葉をここに落とすことによって、幅広い取り組みであることを表現できるのではないかとということが考えられますけれども、いかがでしょうか。

○神保委員 はい。そういう趣旨で結構だと思います。

○事務局 もう一つだけ補足させていただくと、地域で民生委員の方々が災害時の要援護ということで情報収集とか、日ごろから顔の見える関係をつくろうということで、地域にかなり出て行って、高齢者を中心にいろいろ対応していただいています。このツールを普及させるためには、やはり人から人へではないですが、そういう部分が必要だと思いますので、ぜひそういうところでこうした要援護者の日ごろからの取り組みといったことも活用させていただければと思います。よろしくをお願いします。

○神保委員 よろしくをお願いします。ありがとうございます。

○白井委員長 神保委員にお話いただいたこととは逆に、行政と、そしてこの委員会からご活躍をお願いして、ぜひこの情報共有ツールを周知いただけますようお願いいたします。

○神保委員 はい。

○白井委員長 それでは、続けて飯田委員、お願いします。

○飯田委員 とてもよくできていると思うのですが、やはり11ページの#7119です。下から2段目のところで、高齢者世帯や高齢者施設への周知なのですが、高齢者世帯の年寄りの人たちに#7119がわかるか、電話をかけるかということが一番ポイントになると思います。正常な老人ならいいのですが、認知症の方もいらっしゃると思いますし、正常と認知症の間の方はもっというと思います。その中で電話をかけてくれるかというのと、結構どうなのだろうかと思うので、かかりつけ医に周知したほうが早いのではないかと、民生委員の人に周知したほうが早いのではないかとこの形になると思うのですが、この2つだけでは抜けているのではないかとこの感じがします。どうでしょうか。

○白井委員長 ただいまのご指摘ですが、当然ですよ、先生。認知症の方たちを含めて、#7119を覚えられないですかね。

○飯田委員 書いておけばいいでしょうけれども。

○事務局 確かにご指摘のとおり、周知する対象がこの2つの言葉だけでは足りないということは感じるところですので、そういった高齢者を支える側の方たちにもきちんと届くような表現で、ここは少し工夫させていただきたいと思います。

○白井委員長 ありがとうございます。

それでは、内田委員、お願いします。

○内田委員 よろしく申し上げます。#7119に関しては、データとして今後どうい  
う方が活用されて、どうい  
う方が必要としているかという新たなデータをとれると思います。また、2番目に関して、共有ツールの有効な活用は、各区からこちらで出していただいたもので共通なものが出れば、またそこでデータがとれます。あと、最後に、医療の強化と促進は、こういう施策提言のイメージということで、これをやることによってまた強い部分と弱い部分、いろいろなものが出てくると思います。そして、最後に書いてありますが、今のような新たなデータが出て、既存のデータとうまく組み合わせてまたより一層いいものが出てくるのではないかと、参加して勉強させていただきました。

○白井委員長 ありがとうございます。内田委員、先ほど神保委員にお願いしたのですが、手元の資料2に出ているのですけれども、#7119で、施設での利用が前回の委員会で出ていたと思います。知ってはいるけれども、使われていないというような実態が問題になったので、ぜひ小倉委員、内田委員を初め、施設での周知もお願いしたいと思  
います。よろしく申し上げます。

そして、小倉委員。

○小倉委員 承った仕事は一生懸命やります。ただ、オンコール体制でしっかりしている施設というのは、それなりに主治医との連携もとれているので、それは大丈夫だと思うのですが、そうではなくて、オンコール体制になっていない施設というのは、やはりこういうことを十二分に活用すべきだとまさに確信しております。これは広めるべきだと思います。

なぜ広がらないのか、なぜ活用されないのかと考えたときに、例えば、書いてあること以外電話していいのかと思うのが人なので、「受診できる病院・診療所はどこ?」、「病院や診療所へ行った方がいいの?」、「救急車を呼んだ方がいいの?」、この3点がしっかり書かれてありますが、それ以外に電話をかけてはいけないのかという思いになるような決め打ちのような形ではなくて、もう少し活用を促すような内容がぼんと目に入ってくるような感じ、病院と同じ機能で、お医者さんに近い情報が得られますというような、ここに電話すればちょっと安心かなと、救急車を1本呼ぶ前にちょっと安心のツールとして使いたいという思いが表現できる内容であったらと思います。少しかたい気がします。ねえ、原さん。

○原委員 高齢の方にポスターとかで掲示するのであれば、「ちょっとぐあいが悪いんだけどどうしたらいいの?」というところで電話ができるといいのではないかと思います。

あと、先ほど意見が出ていた中で、#7119を広げていく方策として、ケアマネジャーを活用したらいかかだと思います。今、高齢の方にはほとんど介護保険が入ってきていますので、必ず専属のケアマネジャーがついていますよね。そうすると、そちらのほうでそれぞれのお宅のほうに#7119を広げていただくような方策がとれば、もう少し範囲が広がるのではないかと思います。となると、多分短縮ダイヤルを入力してあげるところまでやってあげないと、ご高齢の方の場合はかけられないのではないかと思います。

**○小倉委員** 今、短縮ダイヤルのことを言おうと思ったのですが、本当に横浜市は先駆的に地域ケアプラザとか、それなりに区で充実しており、これからも広げる勢いがあるので、何かあれば地域ケアプラザの相談とか、地域のコーディネーターに相談してみるとか、相談機能が結構ありますから、そこで周知したり、「うちに来るのもそうなんだけど、ほら、自宅の電話でこういう活用もできるんだよ」と2段階で、人を介して説明して、安心を届けるようなシステムをどんどんつくっていったほうが良いような気がします。もう少し中身は柔らかく、変な電話もふえるかもしれませんが、体のことでちょっと困っちゃったなというときに相談できるような、もう少し安寧に質問できるようなシステムだと、もっと数字が上がって、電話してよかったという実績が上がるような気がしております。よろしくをお願いします。

**○白井委員長** どうぞ、事務局。

**○事務局** 事務局から、今のご意見は、ケアマネさんへの周知が不足しているということで、実は24時間化するときには、地域ケアプラザの所長会などでも報告はさせていただいて周知したところなのですが、まだ不十分だと思っておりますので、積極的にそのルートはさらに広報に努めてまいりたいと思います。

**○白井委員長** お聞きしていて、#7119と、電話相談と、それから森村委員が先ほどおっしゃった受診ガイドと、混乱してきてしまっているのではないかと少し心配です。#7119の本来の目的というのは、やはり受診の相談をして、ある程度トリアージをするということなのではないでしょうか。それを余り安直に、電話して、相談して、安心するという、そういう機能ではないと思います。実際に仕組みをつくっていらっしゃる森村委員のほうは私よりずっとその辺はしっかりとご意見があると思います。森村委員から概念をお願いします。

**○森村委員** #7119は、一番初めの2007年にスタートした東京都においては、事務局を東京消防庁が務めたということもあって、救急車の軽症利用抑制というような形でスタートしました。大阪も同様だったのですが、いろいろつくっていきますと、ユーザーは救急車の利用の適正さやそれを推しはかる緊急度というものがわからないので、そうではなく、その緊急度を支援して、その結果として、早期に受診を勧めることによって、重症化を防げる人たちがいる、現在緊急性が高い人はどんどん救急車を使うべきだという、緊急度に応じた対応を支援していこうというのがこの仕組みであると思います。

今後、高齢者であっても、若年層であったとしても、医学的な緊急度は、物差しの尺度は変わらない、医学的に緊急性の高いものは高い、低いものは低いです。ただ、その議論と、実際に緊急度が高かったときに、どのような受診手段を推奨するか、あるいは受診するための搬送手段はどのようなものを提供するのかということは、別の議論をしないといけないと思います。今、地域包括ケアシステムで今後どうしていくかということで、ちょうど来年から総務省の関係局がそれで恐らくスタートするのですが、緊急度は変わりません。それぞれに対して、そもそもはそれに応じた受療行動を支援するためのものですが、赤はイコールすべて救急車というわけではないという議論がもう一つ別にあるということになります。

少し混乱させてしまったかもしれませんが、尺度としては、緊急性を推しはかるということに関しては、救急車利用抑制というのではなくて、それぞれの現状悪くなっていくスピードを推しはかるものですから、早めに受診できるような場合には、それを後押ししてあげるような、そういうシステムだと考えていただければと思います。

○白井委員長 ありがとうございます。

○新納副委員長 今、委員長が言われたことで、#7119というのは、何でも相談室と考えていいのか、それとも受診の相談なのかということです。ですが、小倉委員が言うには、何となく何でも相談室のような幅ですよね。それをもう少し縮めてきちんとやるのか、幅を広げて何でも相談なのかということも1つの話し合いではないでしょうか。

○森村委員 何でもという意味が僕は共有できなかったのですが、今、東京と横浜の両方で関与していますし、この間、日本で今やられている全体のものも見ていますけれども、ある意味、何でもだと思えます。医学的な、要するに、ご本人、使い手が傷病の緊急性に迷った場合に使うので、そういう意味では何でもということです。

○新納副委員長 傷病の何でも相談室ということですか。

○森村委員 そうです。傷病の緊急性です。ただ、傷病の何でもといっても、例えばこの薬はどんなものに使うのでしょうかとか、健康相談的なこととか、セカンドオピニオンのようなことは対象になっていないと思います。

○白井委員長 今の説明でよろしいですか。

○小倉委員 まさしくそうですね。何でも相談でもないですから。

○平元委員 #7119ができてから結構電話の率が上がっていますよね。それと、救急車の出動件数とはどのぐらいの関係なのですか。例えば、比率の上がり方と、#7119の問い合わせの比率と、救急車の利用に上がってくる比率が、#7119がすごく上がっていて救急車がそんなでもなければ、やはりそれが有効に使われているという状況の説明にもなるのではないかと思うのですが、その辺はどうですか。

○事務局 結論から言いますと、#7119の相談内容と、救急件数の増加について、例えば個々にひもづけた検証というものは、現段階ではまだ行われてません。ですから、客

観的に証明できるという意味合いでの関連性というものは出ていないのですが、先ほどのいろいろなご意見の中で、重症になる前にきちんと救急医療につなぐという意味では、ご自身に自覚がなくても、緊急度があるためにしっかりと救急医療につなげたというケースでは、場合によっては、その方は救急車を利用しないようなことが、結果的には救急医療につなげたということでは、救急件数にカウントされている方も当然いらっしゃいますし、また逆に、わからないという不安感から救急車を呼んでいたという方にとっては、#7119の判断の中で、「ご自身で行かれたら？」もしくは「あした行かれたら？」という中で、119番を押すことにつながらなかったというケースも中にはあると思います。

いずれにしましても、この制度は119番の前に自己判断において支援するツールは今までなかったという意味では、救急医療につなぐ前さばきとして、#7119に期待するところは大きいのではないかと考えております。

**○平元委員** 私が思っているのは、例えば#7119の利用件数がどんどんふえていっている以上に救急の比率がふえていくのであれば、#7119も救急車にダイレクトに声をかけるというような形、#7119の比率がふえてきて救急車の伸びが少ないのであれば、相当そのところに#7119が利用されているということができるとは思いませんかと一瞬思っただけですので、また後で検証してください。

**○白井委員長** それでは、次の栗原委員、お願いいたします。

**○栗原委員** 3つすべて、すごいなと思って見させていただきました。ただ、この3つに共通して言えることは、だれがと考えたときに、地域住民の方々がみんな知っておかないといけないだろうと思うと、民生委員の方だけでなく、町内会の単位で一般の住民の方々がやはりそれぞれ知っておかなければいけない情報なのではないかとも思います。特に#7119は、ケアマネはどちらかという主治医がいるので、まずは主治医に連絡しますから、先にこちらではないだろうと思います。そうすると、サービスに入っているヘルパーさんとか、判断がつかない人が多分この連絡先を知っておけば、何かあったときに対応できるのではないかとも思います。

情報共有ツールにしても、ご近所の方がわかっているだけで対応できると思います。あと、退院後のフェーズでは、施設と医療機関だけでなく、その方が生活している地域において見守りをするということを考えてときに、包括支援センターもそうかもしれませんが、もっと地域住民の方々を巻き込んで勉強会をするとか、認知症の理解もそうですけれども、そのようにつなげていけるといいのではないかと思います。

**○白井委員長** ありがとうございます。ただいただいた意見は、大体そのまま組み込めますよね。

それでは、黒田委員、お願いします。

**○黒田委員** 今、栗原委員がおっしゃったことと少し近いのですが、#7119は今回、高齢者の救急医療に関しての提言ということなので、直接は出てきていないのかと思うの

ですけれども、受療行動の適正化とも結びつくかと思います。一般的に若い方、高齢者以外の方でもこの#7119を使うことができると私は認識しているのですが、それはそれでよろしいのですよね。と申しますのは、例えば高齢者が救急車を呼ぶ場合には、恐らく悪化するとか、重症度が高いというケースが多いかと思います。一方、若い方の中には、もちろん重症度が高い方もいらっしゃると思うのですが、そうでもない、そんなに重症度が高くないけれども救急車を呼んでしまうという場合も多いと思います。そうなると、救急車の出動を抑制できないというか、もっと重症の方がいらっしゃるのに、そちらに救急車を向けることができないというようなケースが結構出てくるかと思いますので、この#7119については、高齢者の方への広報といえますか、知らしめる以外にも、一般の方に対してもこの#7119で、例えば救急のときは確認してください、あるいは相談してくださいということを広報していくことは重要なのではないかと思います。

**○白井委員長** ありがとうございます。それでは、今以上に#7119の周知と普及をお願いいたします。

ちなみに、パンクするほどの相談件数というか、応需状況は、きょう出された資料にもありますように、利用者は高齢者が10%で、それ以外は若い人たちが使っているという状況ですので、黒田委員のご指摘を受けて、さらに周知をするようお願いいたします。

それでは、最後に島本委員、お願いします。

**○島本委員** 私は前回も情報共有ツールに大変期待しているというお話をさせていただきました。その中でも、先ほど民生委員の神保委員が話されたように、既存の地域の中での見守りとか、安否確認の活動とをうまくリンクさせていただいて、ガイドライン等に例示を盛り込んでいただいたり、示唆を促していただいたりということが普及のかぎとなるのではないかと考えております。

あと、普及とともに、基本的な考え方の一番最後にも記載されていますが、更新やメンテナンスの部分もやはり市民一人一人の力がないと、なかなか進まないということもございますので、そちらのほうもうまく回っていくようなことも例示いただくと、普及していくにはやりやすいのではないかと考えております。

**○白井委員長** ありがとうございます。それでは、新納副委員長、お願いします。

**○新納副委員長** 12ページの高齢者の情報共有ツールなのですが、これが一番最後にその他留意すべき点ということで、「少なくとも年1回は」と書いてありますよね。これは、私は最も大事ではないかという感じがします。フレッシュ性があった方が、これを冒頭にもってくるような考えがあるのではないかと思います。「その他」にあるとなんとなく「あ、そうか」で終わってしまう気がします。

あと、次のページで共有ツールを利用しながら、「患者の意思を尊重した人生の最終段階の医療について、ツールを用いた患者の」という文なのですが、これはツールの基本的な考え方に入っていませんよね。我々救急を受ける側としましては、意外と最後の文章の

ここが大事です。この人が今どのように考えているのか、軽症でしたら聞けますが、本当に意識のない重症の人だった場合には聞けないわけです。ですから、意思尊重をどのようにここに盛り込むか、これについては国も今検討していますよね。救急を受ける側には、これが一番大事ではないかという感じがします。

○**白井委員長** 今、ご指摘をいただきましたが、前回の会で飯田委員からも救急搬送された人を蘇生したら家族に怒られてしまったという話もありました。あとは、リビングウィルがいつ出したものかというようなことも含めて、この会では結論が出せないなので、こういう書き方にして、共有ツールにはあえて載せていないという理解かと思っております。

それでは、委員の皆様方からのご意見も大体出そろったところですが、この提言（案）について、皆様方からいただいた意見を取りまとめて出させていただいてよろしいでしょうか。特にご異議のある方はいらっしゃいませんね。

いらっしゃらないようですので、お認めいただいたということで、ありがとうございます。

それでは、議事はこれで終わらせていただきます。ご協力ありがとうございました。後の進行は事務局、お願いします。

## その他

○**事務局** 白井委員長、まことにありがとうございました。

最後に、医療局医療医務監の修理よりごあいさつを申し上げたいと思います。

○**修理医務監** どうもありがとうございました。委員の皆様には2カ年にわたり、大変お忙しい中、本委員会のためにご議論・ご助言をいただきまして、本当にありがとうございます。今の議論を聞いていても、普通、委員会の最終は大体しゃんしゃんと終わってしまって、しんとするものなのですが、大変活発な、本当に真摯な議論をしていただきまして、我々としても本当に助かったところでございます。

2年前のさらに前に、今度の救急医療検討委員会のテーマを何にするか、内部で議論したときに、高齢者救急がいいのではないかという話がありました。ただ、そのときにやはり何となく高齢者救急というと漠としたものがあって、本当にこれを形にしていくことができるのかどうかというのは、結構医療局の中でも不安に思っておりました。

ただ、この2年間皆様方にご議論いただきまして、それから外部的な状況もかなり変わってきたと思います。それは先ほどからのお話にもありましたが、地域包括ケアの議論が横浜市の中でもかなり進んできたということと、それからあと地域医療構想についてかなり具体的な数が出てきたということがあって、世間的にも、あるいは医療関係者、介護関係者の中でも、これから高齢化が進んでいく中で、医療のあり方だとか、介護のあり方が変わっていくのだということが、相当認識されてきたのではないかと思います。そういう



中で、高齢者救急についても、最初の議論よりはかなり真剣味という言い方は変なのですが、身近なものとして認識されるようになってきたということです。ですから、最近は高齢者に対する救急をどうするのかということをいろいろな先生方からも聞くようになってきましたので、今考えてみると、非常にタイムリーな話題だったのではないかと思います。

今後は本日いただきましたご意見も加味しながら、横浜市救急医療検討委員会の第7次の提言といたしまして、市長に提出いただくこととなります。今後とも引き続きご指導・ご鞭撻のほどよろしく願いいたします。本当にどうもありがとうございました。

## 閉 会

○事務局 それでは、以上をもちまして救急医療検討委員会を閉会とさせていただきます。まことにありがとうございました。