

| 平成 27 年度 第 1 回 横浜市救急医療検討委員会 議事録 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 日 時                             | 平成 27 年 7 月 29 日(水) 19 時 30 分から 21 時 20 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                             | 飯田 秀夫、小倉 徹、栗原 美穂子、黒田 陽子、白井 尚、神保 修治、田邊 裕子、西山 貴郁、平元 周、牧野 さくら、増田 千鶴子、森村 尚登、吉井 宏<br>【五十音順、敬称略】                                                                                                                                                                                                                         |
| 欠席者                             | 新田 國夫【敬称略】                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 開催形態                            | 公開（傍聴者 4 人）                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 議 題                             | 1 委員長・副委員長の選任<br>2 議事<br>(1)報告事項<br>①27 年度事業概要について<br>②横浜市救急医療体制について<br>③横浜市の救急車搬送の状況について<br>(2)高齢者の救急医療における検討課題<br>(3)救急電話相談部会の設置について<br>(4)検討スケジュール（案）<br>(5)その他                                                                                                                                                 |
| 決定事項                            | ・委員長は白井 尚 委員、副委員長は吉井 宏 委員に決定。<br>・今回の議論を事務局でまとめ、次回委員会において、フィードバックする。<br>・救急電話相談専門部会の設置を決定、部会長は森村 尚登委員に決定。                                                                                                                                                                                                          |
| 議 事                             | <b>1 委員長・副委員長の選任</b><br><br>(事務局)<br>横浜市救急医療検討委員会運営要綱第 5 条の定めにより、当委員会には委員長 1 名、副委員長 1 名を置くこととなっており、委員長は委員の互選で選出することとなっている。委員長の選出について、意見をお願いしたい。<br><br>・委員長に横浜市医師会長の白井委員の推薦があり、全員一致で、委員長は白井委員に決定。<br><br>(事務局)<br>副委員長については委員長の指名となっている。白井委員に副委員長の指名をお願いしたい。<br><br>・白井委員長が、副委員長に病院協会長の吉井委員を指名。全員一致で、副委員長は吉井委員に決定。 |

## 2 議事

### (1) 報告事項

#### ①27年度事業概要について

(事務局)

27年度事業概要について報告【資料1】

#### ②横浜市救急医療体制について

(事務局)

横浜市救急医療体制について報告【資料2】

#### ③横浜市の救急車搬送の状況について

(事務局)

横浜市の救急車搬送の状況について報告【資料3】

(神保委員)

今年の猛暑で熱中症が騒がれており、多くの人数が搬送されているようだが、参考までに横浜市の現状を伺いたい。

(事務局)

熱中症については昨日28日までの累計で、重篤が3名、重症が13名、中等症が129名、そして軽症が284名の計429名の搬送となっており、死亡はない。

(森村委員)

熱中症の推移は、昨年・一昨年と比してどうか教えてほしい。

(事務局)

(熱中症救急搬送者の統計は毎年5月1日から9月30日までの統計であり、昨年・一昨年との比較ができないため)昨日7月28日現在での比較となるが、26年度は、336名で、27年度が429名のため、93名増えている。一番多かった平成25年中は7月28日時点で473名搬送していた。25年中は累計でも1,000件を超えていた。

(吉井副委員長)

今後の議論にも関わるため、高齢者の割合を教えてほしい。

(事務局)

通年のデータを手元にないが、今年の5月1日から7月22日までの時点で、65歳以上が42.4%となっている。

(白井委員長)

今年から年齢別の統計を取り始めたということか。

(事務局)

以前から取っているが、消防局の方で手持ちにある資料が、24年からのデータとなっている。

(白井委員長)

各委員とも興味があるようなので、資料にまとめて配付するなり、または次回の委員会で発表をお願いしたい。

(森村委員)

今後、高齢者に関する議論を進めるに当たって、尺度としての医療機関への搬送後の重症度というのは、丁寧に見ていかないといけない。現時点では搬送した時に医師が、在院期間はどの程度となりそうかといったような非常に少ない情報量で、救急車で運ばれた時の重症度を重症、中等症、軽症としていると理解している。今後、継続課題ということで共通認識として捉えた方が良くと思うが、今後の議論の中では、今まで通りの類型で話していくということは通例であり、やむを得ない。39ページの右下のグラフにおいても、救命センターに2割程度しか重症以上がないというように表記されてしまうところが、重症以上というカテゴリーにバラつきがあるのではないかと示唆している。この点は今後検討していかなければいけないと思う。これをそのまま見ると、重症を診るべき救命センターが25%しか見ていないので、救命センターより装備が乏しいところにこんなに運ばれていていいのかというようにとれてしまう。実際はそうではなく、恐らく、重症という定義の曖昧さが、少しわかりにくくしているのではないか。

要するに正しく重症以上を押し量るものさしであるならば、恐らくもう少し救命センターに運ばれており、他の医療機関には運ばれていないはず。重症以上という定義がかなり幅広いことから恐らくこのようになっていると思うため、この定義自体を精査していかないと高齢者の方を運んだ後の状況を把握する尺度にするには、かなり差異が生じるという懸念があるが、議論を進めながら検討すべき課題であると思う。

(事務局)

今の森村委員の御意見の事務局としての受け止めとして、今後高齢者の救急体制を検討していくに当たって、軽症、中等症、重症等のいわゆる初診時傷病程度と我々が言っているもの以外に、インホスピタル（病院内）での治療内容や、転院状況等の調査を行い、個別の詳細な情報と紐付けて評価していくことも必要と受け止めている。

(白井委員長)

今の森村委員の意見と事務局からの今後の対応と資料のとりまとめについては、どこで協議するか。森村委員と直接調整するか。

(事務局)

事務局としては、調査方法等について、各委員に逐次情報提供し、意見をいただきながら、また救急を主として中心に活躍されている先生の委員の方々に、意見をいただきながら進めていく。

(飯田委員)

重症といっても、年齢は高齢者とそれ以外と分けて考えるかという議論もある。この点について、議論の入り口部分を固めないといけないということもある。

(事務局)

その点についても、いわゆる 65 歳以上を高齢者とされているが、まず 65 歳以上と 65 歳未満について、そこは分けて考えなければいけないと思っている。また、今回高齢者救急を議論する上で、本日欠席の新田委員からも事前のご説明の際に、「65 歳以上という区分も一括りにすると調査の内容がかなり曖昧になる。65 歳～75 歳、また 75 歳以上という年代の区分でもう少し細かく調査した方が良い」と指摘をいただいております。年代の区分については、今の様な整理をしていきたいと思う。

## **(2) 高齢者の救急医療における検討課題**

(事務局)

高齢者の救急医療における検討課題について説明【資料 4】

(平元委員)

47 ページの要請場所別における現場滞在時間を見ると、「高齢者施設やそれ以外の福祉施設については、病院や診療所より長い現場滞在時間となっている」とあるが、これは病院で救急車を要請する場合は、転送等のことだと理解している。診療所で救急車を要請する場合は、診療所に来られた方について、その診療所では受け

られずに救急要請する場合と認識している。その救急隊の現場滞在時間が一般の福祉施設と高齢者施設に来た場合の時間と差があるのは、当然ではないかと思う。ここで、現場滞在時間について福祉施設の時間が伸びていると評価するのは、いかなものかと思うが、事務局はどう考えるか。

(事務局)

今、指摘のあった点は確かに全く同じになるのは難しいと認識しているが、一方で、例えば低層住宅の75歳以上の場合は21.4分、高齢者施設は20.9分とほぼ同じという結果が出ている。この点について考えると、高齢者施設は専門のスタッフなどがおり、協力する医療機関との連携等もあるはずという中で、この時間がもう少し短くなるのではないかと考えている。

(平元委員)

それは高齢者施設に適切な診療をする医者が必ずしもいないという現状があるということ認識しなければならない。特養には医者はいないし、老人保健施設もほとんどの先生が常時いるというわけではなく、週に1回や短時間でいるというような現実がある。一方で、病院にはしっかり医者がいてすぐ転送等の対応できる。これは表現の仕方の問題だと思うが、一般の医療機関と高齢施設が同じような状況で看護師等いるような施設であれば、もう少し短くできるのではないかという意図はわかるが、表現が少し適切でないということで、一言意見を述べた。

(白井委員長)

今、平元委員のおっしゃる通りだと思うが、(1)でこの表を出して、高齢者施設における現場滞在時間の短縮ということを目指したいという訳で、提言をみなさま方からいただきたいが、平元先生がおっしゃるように最初から無理だという意見もある。高齢者施設自体が、おっしゃる通り、特養や老健やサ高住(サービス付高齢者向け住宅)あるいはいろいろなものがあるが、今回こういうとりまとめというのは、現状のデータだとこのようにしかまとめられないと聞いているが、今後は違うまとめ方をする予定ということでよいか。

(事務局)

はい。

(平元委員)

私が実際の現場を見て思うのは、やはり、高齢者施設、老人保健施設にしても、特養にしても、医療、病院ときちんと連携できているところであれば、何かあった時はすぐにその病院に運ぶという流れが出来上がっているが、県外の施設が入ってきて、医療に関しては救急を要請しろというような形の所も実際にはある。きちん

とそれぞれの施設が連携できる病院を捕まえながらやっていくという流れが時間短縮につながるという形で、今後検討をされていくということで、よろしく願いたい。

(小倉委員)

施設の話が出ましたので、少し説明させていただく。医療の充実の部分になってくると思うが、医者が常駐している老人保健施設は 100%ドクターからドクターへの情報提供ができると思う。あと、私は特別養護老人ホームの会のとりまとめをやっているが、特別養護老人ホームには、嘱託医という形で利用者のカルテがきちんとある。協力病院をちゃんと作るというルールもあるので、ある程度はオンコール体制で看護師が飛んできて、ドクターの判断で救急を呼ぶか呼ばないかという体制があり、呼ぶ場合には、カルテその他既往症やら病歴やら状況も含めて看護師が把握して救急車で病院まで同乗する。また、施設にはいろいろと種類がある。医療体制が整っているか、整っていないか。誰か同乗できる人間が出られるか、出られないか。本当にグループホームなどは、ギリギリでやっているのだから、救急車に乗って行ってしまったら、施設を守れない。そうした情報提供のための資料やデータが、乗った時点で救急車に伝わると、また対応が違うのかなと、そういう体制の整え方を少し検討し、人員的に無理だよっていうのをデータで何とかという形にすれば、もう少し短縮ができると考える。

(平元委員)

私の病院のところは、特養と老健持っていますので、そのような形できちんできてきているところは、スムーズにいつている。しかし、実際にはできていないところがいっぱいある。例えば施設がいわゆる嘱託医に連絡すると、診もしないで救急を要請しろという話になって、情報共有が全然来ない中で、あたふたしているということが、現実にはいっぱいあるので、そこを是正するということが、本委員会の一つの目標ではないかなと思っている。

(森村委員)

少し視点を変えて、一つに今言われた入院後の連携はどうするかとか、事前の取決めはどうするかとか、相談の受け皿を作るとか、それは絶対必要なことだし、それによって、どんなものが得られるかということは比較的わかりやすいと思う。この時間を消防の視点での現場滞在時間というところの短縮というのは、どれくらいの効果を生み出すかということは、ちょっと冷静に考えなくてはいけない。これを1分縮めたことによって、どのくらい効果があがるかという話を試算した場合に、それほど大きなファクターにならないのではないかなというのが一つ。もう一点は、統計学的に、そもそもこれは平均値で出されているようだが、正規分布していないならば、平均値は意味がないものなので、もしかしたらある施設においてはものす

ごく長い。要するに施設と括っているが、その中では施設差がバイアスとしてかかる可能性がある。ですから、少しそこは丁寧にやっていかないと違ったことを導き出してしまうように思うし、もしこれで本当に施設の方が長いということになると、後はやはり介在するいろいろなデータを共有するシステムや、あるいは共有者が足りないとか、そういったところに話をもっていけると思うので、ここはもう一回生データを洗った方が良いと聞いていて思った。研究者もよく陥ってしまうピットフォール。そういった落とし穴に入らないようにすべきと思った次第である。

(飯田委員)

同意見であるが、少し気になるのは、心肺停止の高齢患者は、早く対応した方がよいと思う。老人は後でもいいのではという話があるのかもしれないが、心肺停止した患者は、早い方がよいと思う。別扱いにした方がよいのかなという感じがするが、いかがか。

(森村委員)

重篤な症例に関しては、年齢層別に見ても、差がないので、今の議論では組上(そじょう)に上がらないと思う。そこは、プロトコル通りやられているということで、問題ないと思うが、49ページの解釈が先ほどの説明ですと、軽症例ほど時間がかかっているという話だったが、これはそうではなく、救急隊は緊急度をみて、危ないと思ったら必ず急ぐので、重篤の方が早くなっていると解釈した方がよい。見ていただくと16分と15分、そんなに変わらないことがわかる。ですので、おそらく例えば施設であるのであれば、一軒家ではなくて、上に上がったたり、行くまでに時間を要したり、ストレッチャーを用意するのに時間を要するだとか、そのようなことが加味されれば、これは臨床的にはほとんど変わらないのではないかと。むしろ軽症例が示しているものが何かというのは、おそらく病歴が取れないとか、病歴を知っている人がいないとか、軽ければ軽いほど、息子に聞いてから病院に行くと言われるなど、救急隊の方が傷病者の方から問診をするのに時間がかかっているというのが、実態であるようなので、そういった解釈をした方がよいと思う。

(神保委員)

今、時間的な問題で発言がありましたが、横浜市で、75歳以上の方の見守りということだとか、災害時に助けるという見守り活動を続けている民生委員の経験で言えば、高齢者の独り暮らしの場合は、救急車が来ても時間がかかっている。まず、本人は、どこが悪いということを、話せないことがある。例えば冷蔵庫の中に名前と救急先だとか、薬は何飲んでいてとか、いろいろを入れて、救急車が来たらそれを見てはじめていくわけだが、そういう意味では、特に寝たきりとか、高齢者については時間がかかる。だから、施設とその他というものの分けは、私自身よくわからないが、施設でない一般の方で、御近所の付き合いもなくてという方は、本当に

時間がかかると思う。救急車の搬送をできるだけ早くということですけど、情報を掴まないとなかなか進まないということになると思う。

(田邊委員)

この高齢者施設には、在宅高齢者の方の通所の施設なども入っているのか、それとも入所の施設だけを考えてらっしゃるのか。例えば、老人福祉センターみたいに高齢者だけが利用され、いろんな市内からいろいろ集まる場所も福祉施設の一つになっていると思うが、そういうところで例えば来られた方が倒れられたりした場合、家族への連絡などでずいぶん遅くなることもあると思うし、また今、高齢者だと脳虚血障害みたいに一旦意識を失って、救急車を呼んだものの到着したところには目が覚めて行かないと言い出したり、行くとか行かないなどそのようなところで延長されたりするため、これは在宅が入っているのかいないのかどうかで、時間が随分変わると思うが、その辺はいかがか。

(事務局)

在宅は入ってない。

(田邊委員)

特別養護老人ホームなどの介護職の方々の話が先ほどあったが、職員が慣れている中で現場滞在時間が長いとしたらどうかと思ったので、質問した。

(白井委員長)

それではせっくなので、順番に御意見御質問などご発言をお願いしたい。

(増田委員)

本日現場で少し聞き取りをしてみたのですが、救急のナースたちの意見としては、情報をとってくる時間が長いということが大きな問題で、そこで、少し救急隊の方が長くなるということがある。一部町内会によっては、連絡先などのかなり情報が明確になっている地区もあるようで、割とスムーズにできるというケースは、あるということはあるということなので、情報の提供、収集の仕方について工夫をすべきところはあると思う。

(牧野委員)

昨年、消防の方とグループホーム連絡会の方でお話をさせていただいて、やはり救急搬送する時に情報の不足ということが話題になった。グループホームなど小規模のところは、同乗者の確保が難しいという問題もあるが、なかなか情報を集めておらず、運び出すまでに時間がかかるというのは、昨年から確かに言われてきたことである。連絡会としても、全体に救急隊に渡す医療情報の見本のようなものを回

して、在宅の方で冷蔵庫に入れて準備しているというのと同じようなものであろうと思うが、グループホームでは職員がきちんと救急隊の方に伝達できる体制をということで取り組んでいる。しかし、グループホームの対象が認知症の方であるというところで、医療情報等の下準備を十分にしていなくても、また協力医療機関の先生から電話を入れていただいても、認知症が原因でなかなか受け入れてもらえる病院を見つけられず、救急車がなかなか出発しない、時間がかかってしまうように感じる。それと軽症の方が時間がかかるという統計が出ているところでも、救急隊の方は私たちの方から伝える情報だけでなく、認知症の方であっても、ご本人にとっても丁寧に聞き取りをするために時間がかかっているように感じる。当グループホームのケースで、かかりつけの先生の方から受入先の病院が見つかっていても、かなり時間をかけて、丁寧に状況を確認されてから、救急車が出発しているので、逆に受け入れ先が決まっている場合には、早く出発できる場合ももしかしたらあるのではないかと感じることもある。(グループホームの場合も協力医療機関のかかりつけの先生を持つようにという指導もある上、それがなければ高齢者の方が安心して生活できないということになるので、) どのグループホームもかかりつけの先生はいるが、24時間体制で診られる先生とうまくつながっているグループホームばかりではないので、夜間の救急というのは、グループホームは多いのかもしれないと思う。昼間のうちに、夜もしかしてそうなるかもしれないという予測を立てるというところは重要で、「日中どうにか先生の指示を受けておき、救急車を受けなくて済むような体制をとる。」ということによく話題としていることである。あと、もう一つだけ、終末期に救急車を呼ぶのか呼ばないのかという件について。終末期をグループホームで過ごす場合は積極的な医療処置をどこまで受けたいかというところの話し合いがしっかりできていると、救急車にお世話にならずにかかりつけの先生に来てもらい、看取りということがスムーズに行える。看取りを行っているグループホームは増えてきていると思う。ただ、まだまだ浸透していないし、人員配置的にも難しい。看取りまでできないグループホーム、体制が整わないグループホーム、それをやらないと決めているグループホームもあるので、そのあたり、救急車にお世話になっているケース、息を引き取っていたら搬送できないというところで時間がかかるということもあるというように感じている。

(平元委員)

今のグループホームで看取りまでやっているという話はすごいことと思う。通常、医者がないところでは往診の先生しかいないわけで、特養だと最後まで看取れというように国が進めているし、老健もそういう流れで来ているから、うちの施設はみんなそれで担っている。あとで高齢者の方の終末期の在り方についての議論があると思うが、うちの特養とか老健の場合に、状態が悪くなった時には、必ず家族の人としっかり面談をして、終末期の救急搬送とか専門的治療を望むか望まないかということをしかりと文書で、相談しておくということをやっている。それを見た

場合に、やっぱり急変時にすぐにその対応をどうするかということで、ご家族が救急搬送を望まれないという形のものがある場合は、そこで最後まで見るという流れなので、おそらく施設だけで言うのであれば、そういう形の流れが進んでいくと、不必要に搬送されないで不必要な治療を受けない方が増えていくのではないかなと思う。

(西山委員)

私個人の意見という訳ではなく、医師会として持ってきている知識ですが、ぜひ栗原委員から鶴見区の医師会での取り組み、連携ノートでしたか。それが、今の話の答えになっていると思うので、ぜひ、詳しく教えていただきたい。

(白井委員長)

栗原委員には後ほど聞くこととして、引き続き順番に意見を聞いていくこととする。

(黒田委員)

皆様、医療関係の方ばかりの話だが、私は医療に絡む仕事をしたり、県や市の協議会に出たりしているので、その辺のことは判るが、現状、母や義母が特養に入っている中で、その中での医療体制がどうか、を感じている。それで、そういう施設に直接、訪問の医療をしてくれる先生方がいるところはいいと思うが、そうでないところの場合は、緊急の場合に対応してもらえない所がかなりあるのではないかな。各施設に直接、継続的に勤務する医師を確保していく、あるいはそのような体制をとることが必要なのではないかな。医者の数も限りがあるし、それから施設の数もどんどん増えていくと思うが、例えば、病院を定年等でリタイアされた先生方に、看取りも含め、専門的医療をしていただくことができれば、上記のことは改善されるのではないかな。

(白井委員長)

それでは、栗原委員の方から、現在、鶴見区で取り組まれている情報共有のシステムのご説明をいただきつつ、御意見をいただきたい。

(栗原委員)

自宅にいる高齢者の情報共有というところで、鶴見区の医師会では、平成24年から、連携ノート、イエローノートと言われているファイルを作っている。そのファイルの中には何が入っているかというと、主治医の先生が書いた診療情報の提供書、その他にリビングウィルの用紙、あとは基本情報は連絡先がそれぞれ書いてあり、その後在宅でやった検査結果のデータが入っている。あと薬剤の情報は、お薬手帳をご自身で持っているので、お薬の説明書のA4版のやつをいつも新しいものを

入れておくという形で、あとまた、職種の中で共通した申し送り等があれば、そこに記載して入れておくというノートを作っている。これは、在宅療養者の方で会員の先生方が往診に入っているお宅に無料で医師会から配布しているという形になっている。現在、平成24年からスタートして、1,000部ほど区内の在宅療養者の方の所にそのノートが配布されているという形になっており、在宅療養者の方が、往診だけではなくて、専門外来に通院する時はそのノートを持って行って、実際在宅で受けた検査結果を病院の先生に見てもらったり、あとは、薬剤師にもその検討委員会には入ってもらっているので、薬局にもそのノートを持って行って、新しい説明書に入れ替えてもらったりとか、ショートステイなど施設に行く時も、その黄色のノートを持っていく。そこで何かあった時、救急搬送をしなければいけない状況になった時、救急隊の方がそのノートを見て、その方の状態とその方のリビングウィルが確認し、どこまでの医療を望んでいるのかを把握したところで、病院に搬送するか、それとも施設にいるかというところを見てもらえるようになっていて、このノートを使って、救急搬送はされたが点滴だけで他に何もして欲しくないというチェック項目から、救急外来の方では、本来はたくさん管をつけるはずが点滴一本だけで看取りをしたケースもあるという報告も数件上がってきている。そういった部分では、在宅と病院をつなぐ一つのツールとして、こういう情報共有のノートがあるといいというように、やりながら感じているところ。ただ、このノートは、在宅の先生と病院の先生とあと鶴見区の救急隊の方にも入ってもらい、あと施設医の先生にも入ってもらい、検討会を年に2回か3回行って、常に情報を更新するにはどうしたらいいかということや、先生方に診療情報提供書を書いていただくにはどうしたらいいかということ、いろいろ検討を重ねていながら、今、区内では36か所の診療所の先生方に御協力をいただき、このノートの運用ができていているという形になっているところである。

(白井委員長)

概ねみなさまからの御意見は頂戴したと思うが、高齢者の救急医療ということで、事務局の方で用意した滞在時間の短縮、施設ごとの短縮や、情報共有、それから相談体制、全て3つの提示された課題の中で、共通しているのは情報の共有というところではないかと、情報の共有をしっかりとすることによって、滞在時間を短縮させることができるということを語っていただいたと思う。それから、施設ごとにも、それぞれ施設のくくりで、今回は福祉施設という大きなくくりでしたけども、これはさらに細分化してデータをとってもらうことによって、違う結果が導き出されるのではないかというような御意見もいただいたように思う。その中で、各施設において救急車を呼ぶに当たっての情報をしっかり集めて欲しいという意見をみなさま方から御提言いただいたところであるが、行政の方から施設に対して働きかけるというのは、難しいか。どこがどのように、働きかけていくのか。

(事務局)

今回、このようなことで御議論いただいて、ある形の体制がこうあるべきだというような方向性が示されて、それを提言にまとめていただくことになる。それを本日も参画いただいているみなさまは各施設の代表というような形で来ていただいているので、行政としては、それぞれの団体にどのようにフィードバックしていくかというのを御相談させていただきながら、当然働きかけていくというのは可能だと考えている。

(小倉委員)

指導という形ではないか。いや、施設はやりたいのだけでも、やはり、情報をドクターがきちんと出していただかないと、すごく努力していただく必要がある。情報を保有して渡すという役目については、我々施設側ができますけど、その連携の仕方とか、連携のやり方とか、医師会とうまくお話しするのが、行政の役目だと思うので、行政指導で医者から情報をきちんと得なければいけないと言っても、やはり、いろいろな患者を抱えて忙しい中、医師会さんを動かすのは施設としては、なかなか難しいので、そこをよろしくお願ひしたい。

(白井委員長)

それから、施設ごとで、医者の差配というような話をいただいているのですが、定年退職を迎えた医者をとというようなお話もいただいているが、なかなか給与面などで、おそらく折り合わないのではないかとということがある。東京では施設だけを回るような、いわゆる株式会社みたいなのが運営していて、そういうところに所属している医者が安くて、神奈川県あるいは横浜市のいろんな施設に回ってきているということもあるため、私たちが全く関係はできないということ。それから、せっかくいい仕組、イエローノートが鶴見区であるわけですけど、こういったものを、そちらにお渡しすることもできないということもあるので、安かろう悪かろうという医療体制を各施設では構築してほしくないと思う。また、救急搬送の軽症というところで時間がかかっているということ、森村委員からもお話しいただいた高齢者が救急医療を利用する際の相談ということで、軽症の方が重症よりも時間がかかっているという、これは本当に情報がしっかりと家に用意されていれば、長く滞在しなくても情報は取られるということで、ご提案いただいた課題の多くは、情報共有というところに収束するというようには思ったが、それ以外で付け加える様なことがあれば、お願ひしたい。

(吉井副委員長)

ポイントは情報共有。これに関しては、(済生会横浜市) 東部病院ができる十数年前に済生会神奈川県病院と神奈川区医師会で連携ノートというものを作った。それが、鶴見の方で生きていくということは非常に喜ばしいこと。情報共有には、これ

がすごく大事だと思う。あとは、現場滞在時間に関しては、森村先生が言ったように、分布状況を確認する必要がある。特に重症では、救急処置若しくは応急処置が加わってきているわけだが、そのようなものが、どのくらい加わって分布しているのか、少なくとも、プラスマイナス $\alpha$ の分散くらいつけて、グラフを見直して検討する必要があると思う。それと、今回のテーマについても、これまでのテーマは本来の救急業務である重症に対する救急業務が、軽症の患者さんの対応のために、圧迫されているのではないかとということで、いろいろテーマが展開してきたので、今回もそこらへんがポイントになるのではないかと思う。一つのキーワードとしては、連携ノートがあるのではないかと思う。他にどのようなことをやればいいのかということが、今後の展開になると思う。よろしくお願ひしたい。

(白井委員長)

それでは、事務局の方では、みなさま方からいただいたいろいろな御提言をとりまとめて、次の会に向けて、進めることとする。

時間の関係もあるので、大変ご活発なご議論をいただいているところだが、この議事については、ここで終わらせていただく。

### **(3) 救急電話相談部会の設置について**

(事務局)

救急電話相談専門部会の設置について説明【資料5】

・横浜市救急医療検討委員会運営要綱第7条第3項に基づき、白井委員長が救急電話相談専門部会の部会長に森村委員を指名。全員一致で、当専門部会の部会長は森村委員に決定。

### **(4) 検討スケジュール (案)**

(事務局)

検討スケジュール (案) について説明【資料6】

・検討スケジュール (案) について、了承

### **(5) その他**

(白井委員長)

最後になるが、その他について何かあるか。

(事務局)

次回の検討委員会の開催については、先ほどのスケジュールにもあったように、来年2月頃と考えているが、本日いただいた議論の内容や御意見を踏まえて、調査方法や次回のテーマなどを整理し、改めて日程を調整させていただき、開催させていただきたい。どうぞ、よろしくお願ひしたい。

(全員了承)

(白井委員長)

情報共有のツールの議論で挙げた、栗原委員が活用されているイエローノートは、事務局はご覧になったことはあるか。

(事務局)

先日、お伺ひした際に冊子を拝見している。次回、できればこちらの方で用意する資料の一つとして、みなさまと共有したいと思っているがいかがか。

(栗原委員)

はい。

(白井委員長)

ぜひ、みんなで見てさせていただくことにする。

(白井委員長)

また、ICT を活用した情報共有というのを行政の方では、何か考えていると聞いているが、この件についてはいかがか。

(事務局)

ICT を利用した地域医療連携ということで、今年度予算を計上している。しかし、あまり早く進めて、使われないようなものを作り上げたくないということがあり、なかなか難しいと感じている。今、医療機関関係者、あるいは専門家からヒアリングを行っている最中である。モデル事業になるようなものをこれから選定して行って、それが将来的に横浜市全体のものになるかについても、今後検討していきたいと思っているので、その進捗状況については、本委員会等の場でご説明差し上げたい。

(吉井副委員長)

電話システムにしても ICT にしても、高齢者独居の人あるいは、高齢者夫婦が多いので、こういった方々についてどう考えるかも含めて、検討していただきたい。

(小倉委員)

一横浜市民の目線で言いたかったことだが、特養で救急要請する場面があるが、消防車と救急車が一丸となってきてくれる安心感と同時に、本当に専門の方が、しっかりときびきびと動いてくれて、きちんと仕事をしているなという印象がある。本当に様々な研修、様々な資格を取って、あそこに載れる人は専門家ですよ。それを安易にという方向にいかないようにちゃんと周知すべきかと思います。本当に専門部隊が人命救助のために一丸となってきてくれる。小さい消防車がなければ、大きいはしご車が来たこともありますので、それくらい命懸けて、大部隊が来てくれるということが、横浜市の救急救命の現場であるというのを、横浜市民にもっと説明すべき。本当に高度な医療がドーンと来てくれるという安心感とともに、安易に軽症の時には、ちょっと違うところで頑張ってみるといった気になってもらうような情報提供も必要だと思う。

(白井委員長)

某市と某企業がスマートフォンかタブレットを使って、医療情報を共有するというような仕組みを作ったという情報が、流れて来たが、それが、高齢者向けの仕組みで、スマートフォンが使える高齢者って75歳以上でどれくらいいるのかという疑問がある。また、高齢者の方を相手に電子化したお薬手帳をという話もある。どうも、ICTということになると、市民目線ではなく、業者に騙されて行政も入れてしまうというようなことがあると思うので、ぜひ、その辺のところは気をつけて、進めていただきたい。

(森村委員)

情報提供だが、先ほどのイエローノートこれは素晴らしい試みですが、これをさらに普及させるための方策として岐阜県で行われているもので、カードに情報を入れておいて、バーコードのようなもので、救急隊が読み込むと、全部かかりつけなどの情報が確認できるというシステムがある。例えば、こういった、ICTは運用が非常に広がってきていて、あと普遍性と迅速性あるいは拡散性に富んでいるということを考えれば、もちろん予算のことも出てくると思うが、技術はどんどん追いついてきているので、そういったことも少し視野に入れながら、ぜひやっていただければと思う。

(平元委員)

最終的には、マイナンバー制もそういうこと目指していると思う。

(栗原委員)

鶴見区のイエローノートは、患者が管理する健康カルテということで個人情報

自分自身で管理するという趣旨で患者さんの手元に置いている。高齢者はすごく安心をされており、災害時など何かあった時も、このノートを持っていけばどこに行っても大丈夫だと大変安心をされているが、やはり ICT を考えた時に、それを電算化して、診療所や病院とやりとりできるようなシステムをこれから鶴見区でも考えていきたいという話をしているところで、医師会の先生方と検討しているところ。

(吉井副委員長)

ただ問題として、病院にしても診療所にしても電子カルテを入れているところは20数%しかないこともある。30%を満たない状況なので、そこを考えて、やはり当面は手帳で受診できる形になると思う。

(白井委員長)

平元先生が言われたマイナンバーは、その医療版のマイナンバーが、全く別に厚生労働省の中でセキュリティーのことを考慮して、開発中ということで、今、日本医師会の方でしっかりと厚生労働省と話し合いをして進めていくということになっている。つい先日も個人情報の流出もあったように、何が起こるか分からないため、かなり慎重に進めている状況。

(平元委員)

当院も今、電子カルテを導入する準備を進めており、業者選定しているところだが、川崎市と横浜市北部の方は、川崎市立関係に某メーカーのものが全部入ったところ。その状況で、同じメーカーでやった方が、連携がしやすいという言い方をメーカーからはされるが、例えば各メーカーのものを共通させるようなものが、行政から出せる形であると思う。メーカーの戦略として、そのような話ばかりがくる。自分のところは悩んでいるところだが、白井先生が挙げられたようにスマートフォンに落とすことができるなど、そのようなことを言ってきており、当院は川崎市との境界にあるため、そうした説明されると同一のメーカーの方がいいと思ってしまう。

(事務局)

今、医療等 ID の話も出たところ。また、ベンダーによっていろいろと仕様が違っている。もちろんベンダーは自分のところが売ればいいので、そのような話をするのだと思う。また、全国の調査をしてみても、ある役人の言葉を借りれば、死屍累々であると。つまりハードは作ったが、使われていないものがあまりにも多すぎるといような現状を聞いている。横浜市としては、そのような形にはなりたくないで、現在全国でどのようなことが行われているのかという調査、専門家からの聞き取り、そしてベンダーを含めて話を伺っている最中。医療等 ID の方の進行の状況も見据えつつ、どのタイミングでどのように広げていいかも含めて、検討してい

るところなので、また委員の先生方には御意見を伺いたい。

(白井委員長)

委員の皆様には、本当によく御議論いただき、感謝する。本日の議事はこれで、  
終了とさせていただきます。

以上