

平成30年度第1回横浜市救急医療検討委員会

平成30年8月22日（水）

横浜市健康福祉総合センター6階 会議室

1 開 会

○事務局 定刻となりましたので、平成30年度第1回横浜市救急医療検討委員会を始めさせていただきます。私は、本日司会を務めさせていただきます、横浜市医療局救急・災害医療担当課長の栗原と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

本委員会につきましては、平成29年度、30年度の2か年にわたりまして、救急医療体制の強化に向けご議論していただいておりますが、本日は2回目の会合となります。昨年9月に開催した1回目の会議では、課題・テーマといたしまして、現行の救急医療体制の検証と超高齢社会における救急医療体制の強化について検討を進めることとされました。その後、約半年間にわたりまして、下部組織であります高齢者救急専門部会にて議論を進めさせていただきまして、部会長であります竹内委員を中心に報告書をまとめていただきました。本日はこの報告書の内容についてご確認いただいた上で、あわせて第8次提言の取りまとめに向け議論を進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。

さて、本委員会の委員の皆様は、全員で10名となります。本日は皆様にご出席いただいております。運営要綱の定足数を満たしておりますので、会議を開催させていただきます。

それでは、最初に本日の配付資料の確認をさせていただきます。資料は6点ご用意させていただきました。まず初めに次第、次に委員名簿、次に委員会運営要綱、続きましてクリップ留めの右上に資料1と書かれた資料、そして最後にクリップ留めの参考資料でございます。資料の不足等がございましたらお申し出ください。

続きまして、横浜市救急医療検討委員会の事務的な説明をさせていただきます。前回同様、運営要綱第8条にありますとおり、本委員会は公開を原則として開催いたします。また、本委員会の議事につきましては、議事録を作成し、委員の皆様にご確認・ご承認いただいた後に公開することとなりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

また、傍聴される方へのお願いでございます。傍聴席に「傍聴される方へのお願い」と記した書面を配付しております。恐れ入りますが、記載事項につきまして、ご協力のほど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水野委員長に進行していただきたいと思っております。水野委員長、どうぞよろしくお願いいたします。

2 議 事

(1) 平成29年度救急医療検討委員会のまとめ

○水野委員長 それでは、委員長を務め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、次第の2「議事」に早速入らせていただきます。期間が空いたこともありま

して、第1回の議論をおさらいしておく必要があると思いますので、議事(1)の「平成29年度救急医療検討委員会のまとめ」について事務局から説明をお願いします。

○事務局 議事「平成29年度救急医療検討委員会のまとめ」について、資料1を基に説明。

○水野委員長 どうもありがとうございました。ただいま事務局から前回の委員会のまとめについてご説明がありました。委員の皆様方からはこれに関しまして、何かご質問・ご発言はございますか。

○新納副委員長 この2番の輪番病院とは何を指していますか。当番のときの輪番病院ですか。それとも単なる輪番病院に当たっている病院か、それとも救急病院なのか、輪番とはどういうことでしょうか。

○事務局 一般輪番病院を想定して書かせていただいております。

○新納副委員長 病院協会で休日等は輪番体制をしいていて、補助金をもらってやっております。休日や夜間の当番日の救急については、しっかりと受け入れてもらっています。

○程島委員 今、輪番病院のお話があって、中区では本牧病院が輪番病院という話は聞いています。それで、輪番病院でない全体の病院というか、二次救急拠点病院というのが日赤とか中央病院とかあるのですが、横浜市全体ではどのくらいの数があるのでしょうか。

○水野委員長 これは事務局から少し説明してください。三次救急とそうでない救急と、いろいろと分かれています。その辺、説明をお願いします。

○事務局 輪番病院は市内に21か所あり、二次救急拠点病院Aにつきましては11病院、二次救急拠点病院Bにつきましては12病院あります。

○平元委員 今の救急については、救命センターと二次救急の拠点病院Aがあって、拠点病院Bがあります。そこは365日動いていますよね。あと輪番病院が当番制であります。ですが、どうしても輪番病院は、その日にマンパワーが充足するような体制で少し人を増やしていても限界があると思うのです。その点で、そういうところを最初優先していても、あとは二次救急の拠点病院のほうに回っているという現実はあると思います。

○新納副委員長 もしそういうことがあるならば、それは問題ですよ。

○水野委員長 でも救急車が2台、3台と連続してしまったら無理でしょう。

○新納副委員長 それはもちろんできないです。

○水野委員長 程島委員、よろしいですか。

○程島委員 はい。私のほうはいいです。

○水野委員長 他にはいかがでしょうか。ないようでしたら、次に行きます。

(2) 高齢者救急専門部会報告書

○水野委員長 議事の(2)「高齢者救急専門部会報告書」について、事務局からの説明をお願いいたします。

○事務局 議事「高齢者救急専門部会報告書」について、資料2を基に説明。

○竹内委員 今、事務局から説明していただきました。専門部会では三次救急だけではなく、二次救急や赤羽先生を含めた医師会の先生方にも出ていただいて、広く議論を重ねてきました。一番根本的に話のベースにあったのは、今の救急システムをこのまましておくで破綻するだろうということです。この救急医療検討委員会で、日本の中のモデルケースになるようなシステムをつくるべきで、横浜市ならそれができるのではないだろうかということをお話してきました。

先程、アンケート結果や救急需要予測について説明していただきましたが、25ページ、最後のところで言っていた、フェーズに分けて新たなシステムをつくるべきではないだろうかと考えました。最初のプレホスピタルのフェーズで、ドクターカーという話が出てきたのですが、唐突に聞こえたかもしれませんが、これは消防局の方で、救急救命士の研修を1か所でやるということで、ワークステーション型ドクターカーという構想の話が進んでいたところでした。その中で、超高齢社会に向けて、既存のものとは違うシステムを何かできないか、そこに乗っけることができないだろうかということをお考えしました。ここで一つのキーワードとして外せないのが、オール横浜でやるべきだということです。日本のドクターカーは今、多分200台ぐらい走ってはいますが、ほとんどが地域全体ではなくて、各病院でやっていたり、あるいは消防だけでやっていたりすることが多いので、横浜では何とかオール横浜でできないだろうかということをお議論を進めてきました。

簡単に例を言うと、もともと心臓の病気の弁膜症があった85歳の方で、もう手術はしないとご本人の意思、ご家族の意思があった方が、最期の最期に息が苦しくなって119番をする。当然その時は「ゼーゼーは一は一」で、酸素濃度も落ちています。その段階で119番をして救急車が行った時には、もうその1点だけで見れば重症ですので、当然これは救命センターに運ぶしかなくなります。救命センターに運ぶと、気管内挿管をされて、そのまま入院するしかなくなります。それは当然正しいことだとは思っています。ただ、その後で家族に会った時に、こんなはずではなかったと戸惑う光景を、我々は非常によく見えています。そういう方が非常に増えていて、よくなったとしても、その前のぎりぎりの段階にやっと戻るかどうかだけであって、根本的に元に戻るわけではなく、かつ入院期間も延びるということで、救命センターがどんどんそのような患者さんで埋まっている現状が日本全国であります。

ここに介入するシステムを何かつくりたいかということで、ドクターカーという話が出てきました。具体的に言うと、先程のような患者さんのところに医師を派遣し、現場で安定化処置をしてしまう。その上で、もし時間があれば家族や本人の意向を確認する、三次救急に運ぶ人であればそれはもちろん運ぶ、あるいはその患者さんがかかりつけ医や地域の医師にお願いしたいという判断をすれば、その場でその選択肢がとれる。このような新たな枠組みを入れなければ、このままでは三次救急は破綻するだろうということで、ドクターカーについて検討を進めてきました。

おそらく二次救急の方では、息が「ゼーゼーは一は一」している人を受け取るのは難しいところがあるのではないかと思います。アンケートでも、受け入れにくい理由として処置困難や専門外といったものがあげられています。そういう点では、ドクターカーは二次救急の受け取りやすさにもつながり、三次救急の負担軽減にもなり、市民としても希望に沿った医療を受けることができるようになります。以上がプレホスピタルのフェーズということで、今、事務局から説明したというわけです。

それを踏まえた上で、受け取った後の患者さんのケアをどのようにしていくかということや、その他いろいろなことが付随してありますが、一番議論の中で時間を割いてきたのは、何とか新たなシステムを、超高齢社会に合致するようなシステムをつくれないうことを考えました。そして、救急隊は77隊で一応止まるとなっていますので、まずは119番のところからやらなければならないということで話をしてきました。

それだけではなくて、救急業務検討委員会でも、医師会の先生や病院協会の先生が中心になって、今度は在宅医療とか、そちらのほうも新たな枠組みが必要だろうと当然考えています。それは表裏とか、あるいは2本立てのことかもしれないのですが、このドクターカーはあくまでも119番で今まで三次救急に全部行かざるを得なかった、救急隊からしてもそれは正しい行為ですので、それしかなかったところに、何とか新たな枠組みをできないかという話でした。

ということで、これがもししっかりとオール横浜でできれば、おそらくこれは日本のモデルケースになり、他の地域からも参考とされるのではないかと思います。専門部会では、何回かは紛糾しましたが、このような議論を踏まえた上で、これは新たな枠組みとしてこの超高齢社会、かつこのテーマが高齢者救急でしたので、それに対して何とかできないかということでこのようになったという経緯です。

もしご質問とか、審議のところでご意見等あれば承りたいと思います。

○水野委員長 ありがとうございます。竹内委員から、事務局からと両方、部会報告について説明がありました。この資料2、「超高齢社会における救急医療体制」に関する報告書は内容が非常に素晴らしいと思います。ここからいろいろなことが見えてきているので、ぜひとも委員の皆様方からもそれぞれの立場で部会報告についてご質問やご意見を伺いたいと思いますが、いかがですか。

○平元委員 今、竹内先生が言われたような、本当に呼吸があっぶあっぶという状態の場合は、それはもう先生が言われるように三次救急に行くしかないと思うのですが、うちは拠点病院Bなのです。拠点病院AとBを比較して見て何が違うかということ、指導医を派遣するかしないかなのです。基準を見ると、それだけしか違わないのです。その中で結局、拠点病院Bも、おそらくどこも24時間、365日の救急体制をとっています。拠点病院Bはどこもこれだけ余力があると言っているわけじゃないですか。うちもあります。ですが、消防局がAとBという形の基準をつくってしまって、実際に運んでいるところを見ると、

それほど変わらない患者さんが運ばれてくる。そうすると今の救急体制の中で、余力がある拠点病院Bにもっと運べると思うのです。そういうところに運ぶ、もしくは三次救急に行ったが三次救急での対応が不要な場合に、拠点病院A、Bにおろすとか、そういう形にすることによって、救命センターなどの重症患者を運ぶところがいつも空いている状況を保っていかなければいけないと思うのです。

ですから、今の拠点病院A、Bの考え方ではなくて、どういう患者さんなら運べるかなど、拠点病院Bの機能をしっかりと救急隊が見た上で、拠点病院Bにもう少し運ぶ体制をとれば、それで拠点病院Bも役割を果たせますし、拠点病院Aの負担も軽減できる。今、拠点病院Aは負担が大きくてこれ以上無理だと、拠点病院Bはまだまだ余力があるとなっている。その差をもう少し埋めることによって全体の救急の搬送の質を高めるのではないかなと思うので、そこはぜひ検討していただきたいと思います。

○水野委員長 ご意見として、行政の方もよろしいですか。豊田先生、現場サイドからの意見としてはどうでしょうか。

○豊田委員 今、平元先生がおっしゃっていたとおりだと思うのですが、三次救急のほとんどの病院が二次救急の拠点病院Aと三次救急の両方を兼ね備えたような、横浜では少しわかりづらい形で救急搬送されているというのがあるので、救命センターとしての重症患者も受けなければいけないし、二次救急拠点病院Aのレベルの患者も救命センターを担っている先生たちが両方診ているという病院がほとんどなのです。我々の病院は二次救急の拠点病院Aなので、救命センターの患者とは少し違う、今たくさん搬送されてくる患者だけを扱うスタイルになっているのですが、拠点病院AとBのこの結果を見ると、どうして二次救急の拠点病院Bの先生たちにこんなに余力があるのだろうと、逆に結果を見て驚いた印象を持っていました。司令センターで搬送先を見ていると、それなりに件数は実は二次救急の拠点病院Bもたくさん受けているという印象は持っていて、まだそれでも余力があるというのを見てとれたのが驚きでした。

○平元委員 比較的、入院しないで入ってくるケースも、二次救急拠点病院Bの方に入ってきます。ですから、入院ケースがどんどんふえると負担がかかると思うのですが、もう少しある程度、これは明らかにもう入院というケースでも、二次救急の機能によっては取れるところは十分あると思うので、拠点病院Bの機能をしっかりと見てほしい。例えば1人、2人しかいないような拠点病院Bと、3～4人でいろいろと体制をとっているような拠点病院Bでは、同じ拠点病院Bでも余力が違うと思うので、その辺を消防局が評価していただきたいと思います。

○水野委員長 今の話からすると、搬送件数だけで、それが入院になったかならなかったかはとっていないのですか。

○消防局 入院したかしていないかという統計はとっています。

○水野委員長 別に入院させないから余力があると、そういうわけではないのですか。

○**消防局** 救急隊も基本的には医療機関の体制を見ながら搬送しておりますので、その症状に適応した医療機関は選定していると私どもは判断しています。

○**水野委員長** 救急隊の方で、こういう症状があったらAだBだという基準があるわけですか。

○**消防局** 基本的には重症以上は拠点病院Aに運んでいるというのが流れになっています。その中でも救命センターの場合についてはさらにC P A、救命センターは9病院ですが、拠点病院Aの13病院についてもC P Aを常にとっていただくことが前提になっています。

○**新納副委員長** 輪番病院についてですが、今見ている中で、輪番とは病院協会が受けているような二次輪番救急の病院なのか、輪番という言葉が少しわからないのです。これは整理しないと、この部分は合っているとか、この部分は少し違っているのではないとかがあるのか、輪番とは何を指して輪番と言っているのかがわからないのです。

○**事務局** 二次輪番病院を想定してまとめさせていただいております。参考資料の141ページに医療体制の参加病院の表が出ておりますので、そこで二次救急拠点病院のAとB、あと輪番に参加されている病院の一覧表を載せています。

○**新納副委員長** 二次輪番は、今のところは夜しかやっていません。昼間はやっていないです。

○**平元委員** 夜と日曜、休日の昼間です。

○**新納副委員長** もちろん休日昼間はやっていますが、平日昼間はやっておりません。ですからいつも受ける、受けないというのはちょっと当てはめると違っている部分があるのではないかという感じもするのです。先程から私は輪番、輪番と言っていますが、この輪番は少し変だという感じがします。

○**水野委員長** では、もう少し病院協会の中で検討してもらおうと思います。恵比須先生、何かありますか。

○**恵比須委員** 23ページの「病病連携・病診連携・医療介護連携における課題」の中で、地域の開業医としては、病診連携は横浜では非常にスムーズにしているような、私は個人的な感想を持っているのですが、これを見ますと、病病連携が大変な部分が非常にあって、これは病院協会だけでは何か解決できないのですか。

○**新納副委員長** 今、地域医療構想で病病連携の、上から下へおろすこともやろうということで頑張っています。ただ、地域ですで行っている地域もあるし、やっていない地域もあるということで、難しい問題があります。これからは病病連携もしっかりと行っていくと思っています。

○**水野委員長** どうですか。原委員、現場のスタッフとして何かありますか。

○**原委員** この検討された課題の中であがってしまして、竹内委員の説明でありましたように、ドクターカーシステムが入ることによって、蘇生を希望していない方の判断とかがきちんとできるようになれば、前回の検討委員会が出ていたような課題が少し解決される

のではないかとこのところにはぜひ期待したいと思っております。

○水野委員長 その部分に関して、前回、黒田委員でしたか。

○黒田委員 ドクターカーシステムというのはまだ私がいま一つ理解できていないのですが、ドクターカーというものを救急車以外につくられて、そのドクターカーが、救急車が行くところに一緒に行って、それでその担当のドクターが、選別というのですか、よくわからないのですが、それを行うと、そういうシステムということですか。

○竹内委員 そうです。ですから、今までの救急車とは全然違う、医者を派遣するという名前どおりのドクターカーということで、現場でやることによって、最初に病院に着く前に安定化処置を、不安定な患者さんをそこで安定化処置をした上で、適切な搬送先へ持っていけるだろうと。そこは先程平元先生がおっしゃったような、搬送先に関しては拠点病院Bをより選びやすくなるのではないだろうかということとは多分、今までの既存システムからは少し変わってくるということで、非常に大きな役割を担うのではないかと思います。その分、今言われた医者をどうやって選ぶかとか、スキルは何が必要なのかとか、そこに関しては各論としてはまた非常に大きな問題だとは思いますが、まず今のところは、体制としては新たなそういう仕組みをやることによって方向は変わるのではないだろうかと考えています。

○黒田委員 その仕組み自体はいつごろから始められるとかはあるのですか。

○竹内委員 もともと消防の研修システムとして横浜市立市民病院が今建てていますが、その中のところにワークステーション型ドクターカーということで、そこはもうつくるとは決まっています。それは2020年4月前後に完成するだろうということで、一応1つの目標はその2020年4月ということになると思います。

○水野委員長 安定化とは、病状が重症なのを安定化、要するにいい状態にするということです。我々はわかるのですが、安定化と言われてしまうと、何の安定化？と思ってしまうと思うのですが、病状の安定化です。要するに救急状態がない状態だけど入院が必要な状態であれば、拠点病院Bの方に運ぶこともできるということで、これは私も最初は理解できなくて、今まで東京やいろいろなところでやっていたドクターカーのシステムと全く違うのです。横浜方式で、これは多分、全国的に一番すばらしいのを一番先にやるのではないかと期待しています。

あと、横浜という都市で病院がこれだけしっかりと高次機能までできる病院があるということが非常に強みだと思うのです。地方ではできない可能性もあります。ですから、1つのモデルケースとして、医師会としても非常に期待しているシステムだと私は思います。

○黒田委員 もう一つ。安定化が図られた上で、ご家族の方とかそういう方とご相談の上で、その後どこに入院するかとかいろいろとそのあたりを検討されると、そういう趣旨ですか。

○竹内委員 おっしゃるとおりです。

○水野委員長 そうすると在宅にいるときに、自分が将来どうなったらどのようにしたいという方針に沿って動くことができるのではないかと感じます。栗原委員、どうですか。

○栗原委員 すごく素晴らしいと思いながら、このドクターカーが来て、例えば在宅療養者の方のところに来て、先生が様子を見て、例えば救急搬送、医療機関に搬送しなくてもいいという判断がされたときに、そのままお家にいることができるという方向もありますか。

○竹内委員 そこに関してですが、私たちとして考えているのは、最初は119番の重症の人にドクターカーが行くのに特化していきだろと。私たちの議論の中でもう一つは、在宅の先生と119番を呼ばない中でどのようにそれを活用するかとか、どのように病院の救急車を活用するかとか、搬送システムをどうするかということがあります。例えば東京の町田とか多摩とか柴又とか、あちらのほうでやっているようなシステムと多分、対になるのではないかとということで、私たちが今ここで想定しているのは、あくまでももう「ぜーぜーは一は一」で意識がなくなってしまうような、だけれどもそれも予想されたような最期の人生の末期ということを想定しています。ですので、そもそも運ばなくていい人は、それは119番を呼ばなくていいような新たなシステムを、同じ2本立てとして、横浜だからこそこできるようなことは考えなくてはならないのではないかと。この中ではあまり踏み込めませんが、そのように思っています。

○黒田委員 わかりました。

○水野委員長 高次救急がもう満杯状態だから、それを何とかしようというのがこのドクターカーの発想なのです。そのような中で、それも含めて市民啓発が一番大事だと思うのですが、私は開業医というか、一般診療所の立場からしますと、市民啓発は何をやるのかということになってくると思います。それで一番問題になるのは、非常にいいアンケートというか、私が見た中で、20ページに「入院が長期化している理由」が書いてあります。それと、22ページの上のところに「転院が円滑に進んでいない理由」も書いてあります。先程、恵比須先生も言いましたが、開業医の立場で言うと、これは病病連携がうまくいっていないという話だと思うのです。ただ、その病病連携が進まない理由のこの回答は、医療機関の回答ですよね。なぜ転院してくれないのだという市民へのアンケートはやっているのですか。

○事務局 こちらにつきましては医療機関へのアンケートになっておりますので、市民に対するアンケートはまだできておりません。

○水野委員長 入院している人に、「転院を勧めたけれど、なぜ転院しないのだ」というアンケートをすることによって、どのように市民啓発をしたらいいかがわかってくるのではないかと思うのです。

○平元委員 救急の立場で言いますと、今、三次救急、救命救急センターはいつも空けて

おいてもらわなければいけない、救える患者さんが満床でとれないことがないようにしていただかなければいけないということで、私は今、昭和大学の藤が丘と話をし、聖マリアンナの救命とも話をし、救命センターに運ばれた、それで例えばある程度処置が終わって、数日後に一般病棟に出すような患者さんを、ある程度救急対応ができる病院に早期に搬送して、急性期急性期連携というものです。ある程度治療が終わりかかったところに、療養型病院とかそういうところをお願いする場合には、まだまだ医療が必要な段階だと、療養型病院は受けてくれないとかと転院のネックになるわけです。ですから、まだ治療とかが必要な段階に、今、例えば今度の地域包括ケアで7方面ありますよね。その地域の中でそういう病院に救命センターから運ぶという形のシステムをつくると、救命センターをいつも空けていられることとなります。それで今、藤が丘や聖マリアンナと、やりませんかという話をしているのです。やりましょうという話にはなっていますが、具体的には進んでいません。ただ、救命センターからその中の病院の一般病床に移すか移さないかの時に、その地域の中核病院に運ぶという形で、救命センターを空けるという流れも1つありではないかと思うので、また検討していただければと思います。

○水野委員長 これは当然だと思います。ただ、21ページの下の表の中で、進んでいないのは救命救急センターと拠点病院Aと拠点病院Bです。この辺があかなければ、救急センターから行かないわけです。いきなり救急センターから輪番のほうに移すという患者さんはいらっしゃいますか。あまりいないと思うのです。

○平元委員 救急センターである程度ファーストタッチの治療が数日間終わった段階だと、あとそれなりの病院で対応できるようになっているはずなのです。

○水野委員長 それなりというのは拠点病院AとかBですか。それとも輪番のほうですか。

○平元委員 それも、その地域の中核病院であればありだと思います。

○水野委員長 そうすると、拠点病院AとかBになるわけですね。

○平元委員 拠点病院Bと輪番でできると思います。

○水野委員長 ですが、Bのほうも約6割少し、いっぱいなわけです。この円滑に進まない理由を病院に聞いていて、ここに長期化している理由とか転院が進まない理由が書いてあって、これは非常にいいと思うのです。ですが、実際移らないのは、患者さん、あるいは患者の家族が納得しないから移らないということがあるので、その辺、何か誤解があって動かない場合もあるのではないかと思います。

○平元委員 動きたくないというよりも、安定した状態でないと療養型病院は受け入れてくれないという状況があります。

○水野委員長 受けてくれないということがあるわけですか。

○平元委員 安定しないと。安定したら送ってくださいという形で、まだ不安定で治療している状況のときには療養型病院は受け入れてくれないというのが現実だと思います。

○水野委員長 では、安定してしまっても動かない人はいないのですか。

○事務局 病病連携があまりうまくいっていないのは、今言った病院側の理由もあります。普通であれば、高度急性期があつて、急性期があつて、回復期があつて、そこをきちんと患者さんが流れるということで地域医療構想ではうたっていますが、そうはいっても病院の間には結構、能力的なギャップが多分あるのだらうと。ですから、高度急性期から送りたいとやりとりをしても、その患者さんの条件だとうちは無理という話があるとは聞いています。ですから、高度急性期から急性期に移すだけでも、結構、病院が選んでしまうということは現実の話としてはあります。これは病院側の理由です。あと患者さん側の理由については、推測するに、話としてよく聞くのは、例えば患者さんは高度急性期の病院に入ったら、そこで最期までいたいというのが基本的には願いというか、それは市民側の望みだと思うのです。それは高度急性期の病院は設備が整っているし、それときれいな病院が多いです。そこの患者さんを、例えば慢性期の病院とかに移そうとすると、病院の施設的なこととか、あるいはスタッフのことを患者さんはかなり心配されるし、費用負担の面についても結構ギャップがあつて、むしろそこで移ると費用負担が高くなることもあると聞いています。

○新納副委員長 私共の病院は療養をやっていますが、送ってくる病院から先生に来てもらいます。一度来てもらって、その患者さんを診てもらっています。そうすると患者さんは、元の病院の先生が来てくれているのだから、安心してうちの病院に移れると。要するに医者が変わる、場所が変わる、医療機能が変わる、そうすると患者は不安なわけです。ところが送った病院の先生が来て1回診てくれると、大丈夫、そのような感じで、人材交流を今図ろうとしています。人材交流を図ることによって上下の流れがよくなるのではないかと。

○水野委員長 そのように患者さんが感じているかどうかを聞いておいたほうがいいと思います。そういう人もいるし、他にも何か隠れているかもしれません。転院が進まない理由は、医療機関の問題と、それから入院が長期化して出てこられない患者さんの問題と両方あると思うのです。それは両方からやっていかないと良い結果に移っていかないとと思うので、私は両方に聞いてみるべきだらうと思うのです。

他に何かありますか。少し長引きましたが、では、これはよろしいでしょうか。

(3) 第8次提言とりまとめの検討

○水野委員長 それでは、次の議題に行きます。では、議事(3)です。「第8次提言とりまとめの検討」について、事務局から説明をお願いします。

○事務局 議事「第8次提言とりまとめの検討」について、資料3を基に説明。

○水野委員長 資料3につきまして、皆様方のご意見を伺いたいと思います。いかがでしょうか。この表題だけだと見にくいですが。

○平元委員 先程も言いましたが、今これだけ拠点病院Bに余力がある状況の中で、それ

をどう使っていくかということ提言の中に入れてほしいと思います。

○水野委員長 また、先程の話ではないですが、なぜ拠点病院Bに余力があるのかということの検証もしなくてはいけなくなってしまいます。間に合いますか。

○事務局 今年も拠点病院Bも含めてヒアリング調査という形で各病院を回らせていただきますので、その際にもう一度確認させていただければと思います。その状況を踏まえまして、盛り込めるようなものがあればそこに落とすしていくと。その辺についてはまた相談させていただければと思います。

○水野委員長 赤と青の差が極端ですね。これほど差があるというのは本当にびっくりするぐらいで、転院がうまくいっていないのかという感じがします。あるいはなぜそれほど余力があるのかという、その余力の原因もしっかりと考えないと、有効な資源活用につながっていかないとしますので、ぜひともその辺、お願いしたいと思います。

他はどうでしょうか。ご意見はないですか。これだけでは少し難しいと思いますが。

それでは、基本的には部会報告書をベースにこの項目構成で第8次提言をまとめていくということで、委員の先生方、よろしいでしょうか。では、賛成ということで、これで決定させていただきます。それでは、事務局は提言案の作成をお願いいたします。

(4) 今後のスケジュール

○水野委員長 では、次の議事の(4)「今後のスケジュール」について説明してください。

○事務局 議事「今後のスケジュール」について、資料4を基に説明。

○水野委員長 今後のスケジュールについて、今、事務局から説明がございましたが、特にご意見はございませんか。よろしいですか。ありがとうございます。

3 その他

○水野委員長 では、最後になりますが、3の「その他」ですが、委員の皆様方からご意見・ご質問はございますか。

○恵比須委員 先程、栗原委員からドクターカーのところで、竹内教授からお話があった在宅の患者さんにつきましては、本来、救急業務検討委員会の内容ですが、今年度、横浜市医師会で会長の了解を得まして、地域医療介護総合確保基金の今年度分の募集に関しまして、病院救急車を使いました在宅患者さんの搬送システムというモデル事業に手を挙げさせていただきました。このシステムが実際に在宅の患者さんを、救急車を使わないで病院に運ぶということになるかと思います。ただ、ハードルが高くて、実際にある程度想定しているのは葛飾区医師会さんがやられている搬送システムですが、葛飾区の人口は大体45万人で、このシステムに参加している医師会に関連した病院が17、有床診療所が3つ、

例えば横浜市18区の中で最大の区が港北区ですが、残念ながら病院の数が桁違いに違います。ですから、在宅の先生方と手を挙げてくださる病院さんというところでハードルが高いのですが、とりあえず神奈川県行政さんの方がこれを取り入れていただければモデル事業としてやりたいと思っております。

○水野委員長 多分通りました。

○恵比須委員 通りましたか。そうですか。

○水野委員長 ですよ。

○事務局 基本的には平成32年度ではないかと思えます。

○水野委員長 県はやりたいということで、横浜市で平成31年度、モデルケースでやることになりました。

○恵比須委員 わかりました。

○水野委員長 在宅の患者さんの受診も含めた搬送というところで、いろいろと出てくると思うのです。本当は在宅の人の救急搬送を主体としてやっていきたいと思うのですが、それだけではなくていろいろなものをくっつけてやっていこうと。また、もうすぐ返事が来るので、来たらやりましょう。

○恵比須委員 わかりました。

○水野委員長 一応、情報提供ということで、そのようになっていますので、よろしくお願ひします。

ほかに何かございますか。事務局から何かありますか。

○事務局 本当にお忙しい中、本日は第8次提言取りまとめに向けた活発なご議論をいただきまして、どうもありがとうございました。本日いただきましたご意見を整理した上で、第8次提言書の案を作成していきたいと考えております。後日、改めまして日程調整をさせていただきますが、次回の検討委員会につきましては、先程スケジュールを述べさせていただきましたが、12月ごろの開催を予定しております。次回については第8次提言書の案についてご確認いただきたいと考えております。どうぞよろしくお願いいたします。

○水野委員長 それでは、本日の議事はこれで終了ということにさせていただきます。皆様のご協力のもと、非常に円滑に進んだと思っております。どうもありがとうございました。では、事務局にお返しします。

4 閉 会

○事務局 水野委員長、どうもありがとうございました。それでは、本日はこれで閉会とさせていただきます。皆様、どうもありがとうございました。