

平成27年度第2回横浜市救急医療検討委員会

平成28年3月29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 定刻となりましたので、平成27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。

本委員会については、平成27年度、28年度の2カ年にわたりまして救急医療の充実に関して議論していただくわけですが、今回はその2回目の集まりとなっております。よろしくお願いたします。以降、座っての進行をお許しいただければと思います。

本委員会の委員は全員で14名でございますが、副委員長の吉井宏委員、新田國夫委員におかれましては、所用のためご欠席というご連絡をいただいております。本日は横浜市救急医療検討委員会運営要綱に基づき、委員の半数以上のご出席をいただいておりますので、会議の定足数を満たしていることから会議の進行を進めさせていただきたいと思っております。

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1点ございます。まず1点目としましては、左とじA4判の「平成27年度第2回横浜市救急医療検討委員次第」と記載のあるものでございます。すべてで48ページございます。加えて、前回第1回でお話の中に出ました、鶴見区医師会による連携ノートをお借りしております。黄色いファイルになっているものでございます。資料等に不備、落丁等がございましたら、近くの係員にお申し出ください。よろしいでしょうか。

続きまして、横浜市救急医療検討委員会の事務的なご連絡になります。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。裏面の6ページの第8条にありますように、本委員会は公開を原則として開催しております。なお、本委員会の議事につきましては、議事録を委員の皆様にご確認、ご承認いただきました後、公開することになっておりますので、よろしくお願いたします。

傍聴される方へのお願いです。傍聴席には「傍聴される方へのお願い」と記した書面が配付されておりますので、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たします。

それではお手元の次第に従いまして進めさせていただきたいと思っております。出席者の確認につきましては、お手元の資料3ページの座席表にてご確認いただくということで、それぞれのご紹介の機会は今回設けておりませんので、ご了承いただければと思います。

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、よろしくお願いたします。

## 議 事

### (1) 報告事項

28年度予算概要について

○白井委員長 白井でございます。よろしくお願ひいたします。それでは次第の2の議事に入ります。議事の(1)「報告事項」について事務局より説明をお願いいたします。

○事務局 まず報告事項、平成28年度の予算概要についてご説明いたします。

まず平成28年度予算概要につきましては、資料7ページのところでございますが、資料1をご確認いただければと思います。こちらの資料につきましては、横浜市医療局の予算概要の抜粋版となっております。

それでは資料をおめくりいただきまして、10ページのところでございます。こちらは横浜市医療局の予算の体系図となっております。こちらの体系図のうち、救急・災害医療担当に関する部分といたしましては、(4)「小児・産科・周産期医療の充実」という部分、あと(6)「救急・災害医療体制の充実・強化」ということで、あわせまして約14億8000万円余りの予算につきまして、救急・災害医療対策として実施しているところでございます。

具体的に申し上げますと、1ページおめくりいただきまして、資料12ページをご覧いただければと思います。今年度の拡充事業といたしましては、アのところでございます。

「初期救急医療対策事業」の中で、今年度1月15日から救急相談センターということで、救急電話相談をこれまでの子供から全年齢ということで拡充してきたところでございますが、こちらにつきましては現状、日中医療機関がやっている部分については対応していなかった部分がございますが、こちらの予算案におきまして24時間化ということで打ち出しているところでございます。また下のエのところでございますが、「救急病院間映像伝送システム導入検討」ということで、大規模事故等による多数傷病者発生時などにおきまして、病院間で救急患者の受け入れの連携が円滑に行われるような、リアルタイムの画像伝送システムの導入につきまして、調査させていただければと考えているところでございます。そのほかの項目につきましては、従前から取り組んでいる内容もございまして、お時間のあるときにお目通しいただければと思っております。

平成28年度予算概要については以上でございます。

○白井委員長 ただいま事務局から予算概要について説明がございました。ご意見・ご質問のある方はいらっしゃいますでしょうか。よろしいですか。特にないようでございます。

## (2) 高齢者の救急医療における課題の検討

○白井委員長 続きまして、議事の(2)「高齢者の救急医療における課題の検討」について、こちらは資料2と3-1～3まで一括してご説明をお願いいたします。

○事務局 引き続きましてご説明いたします。資料は17ページ、資料2でございます。こちらは前回7月29日に本会第1回の救急医療検討委員会ということでご議論いただいた内容を改めてご確認ということでご紹介いたします。

まず「高齢者施設からの救急搬送」というところでございますが、下線部のとおり、高齢者施設といってもいろいろな種別がございます、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、有料老人ホームなどございまして、それぞれに状況が違うというご意見をいただいております。また介護老人保健施設などですと、ドクター・トゥー・ドクターの情報提供ができていたり、特別養護老人ホームなどにおきましても、嘱託医による入居者のカルテがあるなどという状況に加えまして、救急車を呼んだ際にも施設の看護師が同乗しているという状況があります。一方でグループホームさんなどですと、少ないスタッフで運営しているという実情もあることから、救急搬送の際に同乗するのが難しいという状況もあるというところがございます。また連携という視点でいきますと、うまくいっているところは非常にスムーズに情報のやりとりを行っている一方で、できていない施設もあるというところで、その辺はこの委員会を通じてよく流れるようにすべきではないかというご意見もいただきました。

また「自宅からの高齢者救急搬送」というところでございますが、独居の救急搬送というところだと、どこが悪いとか、コミュニケーションの問題があって、時間がかかっているのではないかとこのところもでございます。

また「救急搬送現場滞在時間データの活用の仕方」というところで前回もご紹介いたしました、その際に消防局で持っている施設区分が福祉施設という大きくりのものでございましたので、もう少し細かく分析する必要があるのではないかとこのところもございました。

あと一番下のところ「情報共有ツールについて」でございますが、高齢者の救急で現場滞在時間の短縮という視点で考えた場合には、情報共有の仕方の工夫が必要ではないということで、後ほどご紹介いただく予定ですが、鶴見区の連携ノートなどは情報共有ツールとして好事例ではないかとこのことで、今回ご説明いただくものでございます。

続きまして資料3-1をご説明させていただきます。

まず19ページの上のグラフをご覧いただきたいのですが、こちらは「本市救急車による搬送数予測」でございます。65歳以上の傷病者が急激に増加していき、65歳未満の傷病者はわずかに減少していくことがわかると思います。総数としては、2035年には現在15万件程度から20万件ほどに増加すると予測されています。

続きまして下の図ですが、こちらは「年齢区分別救急搬送における初診時傷病程度の割合」を出させていただいております。こちらをご覧いただきますとわかるとおり、年齢が高くなればなるほど「重症以上」の患者の割合がふえて、「軽傷・その他」の割合が低く

なっていくことがわかると思います。

続きまして20ページの上段でございます。こちらは「傷病程度別救急搬送件数及び平均現場滞在時間」ということですが、初診時傷病程度を中心にご覧いただきますと、どの年代においても重ければ重いほど救急隊の現場滞在時間が短いことが言えると思います。また高齢者を他の年代と比較してみますと、「軽傷・その他」区分において救急隊の現場滞在時間が非常に長くなっており、「中等症」及び「重症」についてはそれほど大きな差は見られないことがわかると思います。こちらですが、高齢者の緊急度が低いと考えられる部分について差が出ているということで、意思疎通がしづらかったり、病歴が確認できないなど、傷病者からの聞き取り等に時間がかかっているのではないかとのご指摘を、前回の委員会で委員の方からご意見をいただいております。

続きまして下の4なのですが、こちらは傷病区分別の割合です。こちらも年代別でとったものなのですが、年代が高くなればなるほど心疾患や脳疾患、脳血管疾患などの循環器系の疾患、または肺炎などの呼吸器系の疾患の割合が顕著に高くなっていることがわかると思います。

続きまして5「要請場所別の救急搬送データ」ということで、こちらは前回委員会の場で要請がありました福祉施設の内訳のデータを、新たにデータとして出ささせていただいております。真ん中に書かせていただいているのですが、消防局所有の救急搬送データの要請場所分類が高齢者施設となった7158件について、要請場所の住所データを入手しまして、またもう一つのほうとして健康福祉局所有の市内高齢者施設一覧の住所と突合し、施設種別を割り出しています。種別が不明となっているものが一部ございますがご了承ください。見ていただきたいところなのですが、前回も出していた資料の上段のところ、病院及び診療所など医療機関からの救急要請時の現場滞在時間は短くなっている。また高齢者施設の中では、今回出させていただいた中段のところなのですが、介護老人保健施設や特別養護老人ホームなど医師や看護師等の体制がとられている施設のほうが現場滞在時間が短い傾向であるということがわかると思います。

次のページでございます。初診時傷病程度別に見てみますと、病院及び診療所の医療機関や、先ほど申し上げた高齢者施設からの要請について、初診時傷病程度、軽傷で運ばれる方が少ないということがわかります。また高齢者施設の中では介護老人保健施設や特別養護老人ホームなど、同じように医師や看護師の体制がとられている施設のほうが初診時傷病程度、軽傷で搬送している例が少ないということがわかります。こちらについては前回もご意見が少しあったところではあるのですが、医療的なケアが確保されているため医療機関と連携しやすいこと、または中等症及び重症以上の方が割合として多いので、緊急度が高い案件が多いために現場滞在時間が医療機関などや介護施設で短くなっているのではないかと考えられるのではないかと思います。また同じく医療機関及び老人保健施設や特別養護老人ホームで初診時傷病程度の軽傷が少なくなっている要因としては、

施設内で医療的なケアがある程度確保されているので、当該施設で軽傷患者などの対応ができていくことが多いこと、または反対に、もともと医療的ケアが必要な方が入所しているなどのケースが多いため、救急搬送する際にほとんど軽傷例はなくて中等症や重症が多いこと、この2つの要素が考えられるのではないかと思います。

続きまして6「家族同乗者の有無別の平均現場滞在時間」ですが、前回の議論で高齢独居の方の搬送に苦難するというご意見があったと思いますので、その部分を類推するといえますか、家族同乗者なしの高齢者の多くが独居であると仮定した場合、意思疎通がしづらかったり、病歴が確認できないなど、家族と連絡してから病院に行くなど、傷病者等からの聞き取り等に時間がかかっているのではないかとご意見があったと思います。データとしては住宅の救急搬送のうち、家族同乗者があるのかないのかというところで、年齢別に現場滞在時間を並べております。特に75歳以上においては、家族同乗者がありとなしの場合で平均現場滞在時間が3分ほど違うという大きな差が出ています。この3分の差が何かといえますと、先ほど申し上げた、家族同乗者なしの高齢者の多くが独居であると仮定すると、意思疎通ができなかったり、病歴の確認ができないなど、傷病者からの聞き取り等に時間が大きくかかっているのではないかとご意見があったと思います。

今申し上げたようなデータの解釈を24ページにまとめさせていただいておまして、これらはデータから拾った予測でございますが、これらについて今後アンケートや調査を行って、上に書かせていただいております予想を明らかにして、それに対して対策を考えていくということを行っていきたくと考えております。

資料3-1の救急搬送データの説明については以上です。

続きまして資料3-2でございます。こちらは「各区が把握している高齢者情報共有ツールのまとめ」ということで、前回の議論において、高齢者救急で早く医療につなぐという観点において患者の情報把握が非常に重要であるというご意見を多数いただいたと思います。そこで横浜市内の取り組み状況について区役所に確認しまして、区役所のほうで把握している高齢者情報共有ツールについてまとめております。25ページ、26ページのA3判の表でございますが、こちらは主たる目的が災害時や緊急時のためのもの、見守りのためのもの、シニアライフノートなどさまざまございますが、高齢者の情報を共有するためのツールとして、こちらに示させていただいている36個の取り組みのご報告をいただいているところでございます。なお、前回議論に上がった、本日お借りして配付させていただいております鶴見区の連携ノートについては、後ほど栗原委員よりご説明いただきますため、本表にはあえて載せておりません。調査の内容として、こちらの情報共有ツールに何が書いてあるかということを入れているのですが、右側の「内容」という、字が小さくて申しわけないのですが、何の記載事項があるかというところでございますが、まず家族など、その方にとってキーパーソンとなる方の連絡先が36取り組み中35個の取り組みで書いています。また、かかりつけ医療機関も36個中34個で記載しているという状況です。また、

既往歴や服薬履歴は約半数のもので記載を行っています。逆にリビングウイルに関しては、36取り組み中1つの取り組みだけが記載する項目があるという回答をいただいています。また「内容」の右の「情報更新」の方法なのですが、こちらは特に定めがないというものが多くて、決まっているものについても余り徹底して情報更新されていないということも伺っています。また最後に、左から6列目の「保管場所」については、決まっているものが多いのですが、冷蔵庫だったり、さまざまな場所に設定されていまして、統一されて、知らない人が患者の方の情報を確認したいときに、共通でどこにあるかというものがすぐわかるような状況ではなさそうということがわかりました。現在行政が把握しているだけでもこれほど多くの取り組みが行われているということもあって、実際にはさらに数多くの取り組みが市内であると想定されます。このような状況で、1つの規格といいますか、様式みたいなものを決めて全市に広げていくのではなく、例えば救急医療という観点からどういった項目が必要なのかとか、情報更新はどのようにしたらいいとか、先ほどばらばらであった保存場所をどのように示したらいいとか、そういったことについてガイドラインを示させていただいて、提言などを示していき、必要な事項について各取り組みに取り入れてもらうということで、こちらの取り組みの充実を図っていきたいと考えております。

資料3-2については以上でございます。

資料3-3でございます。こちらは医療局のほうでそれぞれ二次救急病院のヒアリングを回らせていただいております。今回高齢者救急をテーマに救急医療検討委員会をやっているものですので、特別に高齢者救急についての状況をお伺いしているところでございます。期間につきましては11月～1月にかけてで、市内27病院を回らせていただいたところでございます。その中で、項目が非常にたくさんありますのでかいつまんでご紹介いたしますが、総論としては、高齢者の方は入院が長くなるといった部分や情報がわかりにくいところが問題としてあるということが、27ページの主だったところでございます。

1ページおめくりいただきまして28ページでございますが、救急医療機関の受け入れのほうはそんなに問題ない中で、むしろ出口問題と言われている後方病床の問題とか、あるいは一たん施設から受け取ったものの、またその施設に戻せないというところが結構あるのではないかという部分、あるいは高齢者施設等へ連携病院があるはずなのですが、そちらの病院が救急搬送を受けていないというご意見などもあります。

また28ページの下のところでございますが、「高齢者施設からの搬送」というところでは、問題がないというご意見もある一方で、救急医療が必要でないのに呼ばれているケースもあるのではないかと、あるいは看取りを積極的に頑張っている施設もあるのではないかと、あるいは高齢者施設によってかなりばらつきがあることが予想されるご意見もいただいております。

29ページの在宅医療のかかわりににつきましては、在宅医の先生と家族との話し合いがな

されているとかなり違うのではないかというご意見とか、病院と在宅医の先生との連携は進んでいるというご意見もございました。

また中段のところでございますが、DNR・リビングウイルにつきましては、そういう状況が不明な中で救命で蘇生した後、患者さんとのトラブルになってしまうケース、あるいは本人の希望がどうあれ救命措置をせざるを得ないというご意見、あるいは救命措置をしたけれど本当に必要だったのか疑問が残ってしまうといったご意見もございます。ただ一方で、その辺の判断が現場の医師個人個人にゆだねられている中では、現場というよりは法的整備が必要ではないかといったご意見もございました。

30ページでございますが、奏功事例としては、顔の見える関係づくりに取り組まれている医療機関さんも幾つかございまして、例えば救命センター、二次救急医療施設、介護系の施設、訪問看護ステーション等は一体となって地域で介護を行って上り下りの連携ができるようになってきたとか、近隣の特別養護老人ホームさんと勉強会や会議などを開催することで非常に連携がスムーズになっているといったご意見もございますし、あと地域包括ケア病棟をうまく活用されているといったご意見もございました。

大変長くなって恐縮でしたが、資料2と3の説明としては以上でございます。

**○白井委員長** それでは資料2、3について一括して説明していただきましたが、関連いたしますので、鶴見区の連携ノートの取り組みにつきまして、栗原委員より続けてご説明いただいた後にまとめてご質問・ご意見等を伺いたいと思います。それでは栗原委員よりご説明をお願いいたします。

**○栗原委員** いつもお世話になっています。鶴見区医師会在宅部門で総括責任者をしております栗原です。私からは、鶴見区医師会でのこのつるみ在宅ケアネットワークの連携ノートについて、ご説明をさせていただきます。

まずこのノートをつくるきっかけになったことなのですが、私どもは訪問看護ステーションで20年お仕事をしてきまして、在宅療養者の方が救急搬送される際に鶴見区外の、しかも横浜市外の病院に救急搬送され、在宅で穏やかに生活したい方が遠くの病院に搬送されて、管がたくさんついて最期をお迎えしたケースが何例か続いたときに、果たして地域で患者さんを見るという中でそういうことで本当にいいのかなというところから、鶴見区医師会では平成20年に地域医療を先生方と一緒に考えるということで、地域医療を考えるつるみ在宅ケアネットワークの推進検討委員会を立ち上げました。そこで病病連携、病診連携、診診連携を初め、そこに訪問看護ステーションが入ってどのような形で地域医療を支えていくことができるかというご相談をさせていただきながら、在宅と地域と病院とをつなぐ1つのツールがあつていいのではないかということから、ではそれを患者さんの手元にその情報を置いて、その患者さんがそれを持っていくことが意味のあることなので



はないかということをつくったのがこの連携ノートになっています。なので、この連携ノートは患者さんが何かあったとき、病状が悪化したときとか緊急時とか災害時とか、何かあったときに「私はこういう病気を持っています。こういう薬を飲んでます」ということがどこに行っても、どこの病院に搬送されてもわかるようにということで、このノートをつくっているということでは、ご自身が管理する健康カルテという形でこのノートをおうちに置いていただいているという形になっています。

このノートにつきましては、つくったらよしではなくて、更新が必要だというところでは、今医師会の先生方、病院側の先生、診療所の先生、あとは老健の先生にも入っていただきながら、区役所や消防署の方と、あと私たちという形で連携ノートのこの検討委員会をつくりまして、これを年2回やっていく中で消防署の実際の活用の事例から、こういう情報があったほうがいいよねといったところで内容を検討しながら更新しているところです。

このノート自体は、鶴見区の今は在宅療養者のもとのところにドクターが往診に行く際に、先生から直接渡していただいているノートになっています。このノートをお渡しする際には、先生から診療情報提供書もしくは介護保険の医師意見書を入れていただく形をとっておりまして、介護保険の医師意見書に病名も書いてある、お薬も載っている、最近の状況がわかるというところでは、お忙しくて診療情報提供書を書けない先生方は意見書をここに入れておいて、救急隊が駆けつけたときにこの方がどんな方かということがわかる形でこの情報提供書を入れておいていただくという形になっています。なので、これはふたがついていて、逆さにしても落ちないような形ということで工夫して、高齢者は何でも入れてしまうということもあるので、大事なものが落ちないようにということでふた付ファイルここに1枚挟めているという形になっています。その次にはリビングウイルを入れるようになっていまして、これも主治医の先生からリビングウイルの説明をさせていただいて、説明書がこの次の別紙に載っていますので、これをよく読んで次の往診のときまでに記載できれば記載しておいてねということで、主治医の先生からお話をいただきながらやっているという形になっています。実際このリビングウイルを書いておいて、病院に救急搬送されて、今報告が3事例ほど上がってきておりまして、何もしてほしくないというところにチェックがあって、救急病院のほうは在宅の主治医の確認と、あとは家族の確認もちろんですが、ケアマネジャーや訪問看護師にも「このリビングウイルのとおりでいいかどうか」という確認をしてもらって、本当に救急車で運ばれたのですが、点滴を1本しただけでお看取りしたというケースが3例ほどあったということのご報告が上がってきております。

あとは基本情報のほうは、ここの内容については救急隊の方からの情報や、救急外来の先生から「こういう情報があったほうがいいよ」というお話をいただきながら、常に更新しているところです。その後ろをめくっていただくと連絡先が書いてあります。このノー

トを使う目的というの、入院したらもう退院を考えながら動いていかなければいけないというところでは、在宅の関係機関がすぐわかるようにしておりますので、病院でこのノートを持っていったらすぐケアマネジャーであれ、訪問看護はどこが入っているということがわかるような形でフェースシートをつくっています。患者情報につきましては、在宅側でやった検査結果を入れておいていただくということを医師会の先生方の中で周知していきまして、在宅で検査結果をしたらもうここに入れておくと。なので、何かあったときに病院に搬送されて、病院の検査結果とあわせて見ることができるという形で活用していただいています。薬剤情報につきましても、お薬手帳は皆さんそれぞれ持っているのですが、お薬手帳は患者さんによっては1つの医療機関に1冊みたいな形で管理している高齢者の方が結構いらっしゃる。1人の方に3冊も4冊もお薬手帳があったりするという状況もある中で、「説明書はいつも白いビニール袋に入ったままになっているよね」ということで、「では、説明書はここにしておくようにしましょう」ということで、これはこのノートをつくって一緒にやっている薬剤師会とも協力しながら、居宅療養で薬剤師さんが入ったときに、薬剤師さんがこのお薬の説明書はここに挟んでいただくという形でやりとりをしています。

その次の週間スケジュールにつきましては、これは病院の病棟のナースから「入院されたら、この方が在宅でどんなサービスを受けていたのかが知りたい」という情報もあり、ケアマネジャーがつくるケアプランは、言葉でいろいろと書いてあるケアプランは余り読まないよねというところでは、一番知りたいのは週間のスケジュールだということだったので、ケアマネジャーさんをお願いして、この週間スケジュール表だけはここに挟んでねということをやっています。

メモのところは情報共有のための活用シートという形で、例えば歯医者さんが往診に入って抜歯をしましたとか、そういったところの情報をここに置いておいていただくとかということのやりとりをしています。日々のヘルパーさんの記録とかはここには載せないで、本当に必要な「こういうことをしました」という事実だけを入れるということで、要は余りこのノートが厚くならないように管理して、何かあったときには救急隊に渡せるようにしましょうということをやっております。

なので、一番初めの見開きのところにシールが入っていると思うのですが、これはつるみ在宅ケアネットワークの連携ノートがどこにありますよということを書いて、玄関の内扉に張っておきます。そうすると、例えば救急隊が窓から入ったとしても、出るとき必ず玄関から出るというところでは、このノートがあるよねということがわかれば、その保管場所からそのノートを持ってくれば情報がわかるという形になっていますので、このノートを活用して搬送先の病院に情報を伝えて、スムーズに搬送できるということも聞いております。このシールは再剥離ができる、跡が残らないシールを使っていますので、玄関の内扉に張っても大丈夫だよということにしています。

これらのデータはCDかUSBか、先生方のお好みで選んでいただいて、データをお渡しするという形でやりとりをさせていただいているのですが、今は在宅ケアネットワークのホームページに全部この書式がダウンロードできるようにアップしてありますので、そこで使っていらっしゃる先生もいらっしゃいます。現在鶴見区では今、見本のノート以外に1600冊を各医療機関に配布しているということで、約60カ所の医療機関にこの連携ノートが配布されているという形になっています。来年度には、もう4月からなのですが、この連携ノートが、A4サイズで大きいノートは在宅療養者向けで往診のときに先生が持っていくという形になっていますが、これからは高齢世帯だったり、独居の高齢者がふえるということでは、通院している患者さんにおいても連携ノートを持っていたほうがいいよねという方にはお渡ししましょうということで、来年度はこのA4サイズが半分に折って入れられるような縮小版のA5サイズの連携ノートをつくって各医療機関に配布し、通院している患者さんにも先生から配布していただくという形で今動いているところでございます。

この連携ノートにつきましては、実際いつも「幾らぐらいかかるのですか」と聞かれるのですが、全部入れて、中身のこのファイルを入れて、シールも入れて、大体700円弱となっています。ただ、これをつくるのは全部、スタッフがシールを張ったり挟んだりということで、スタッフの人件費を考えるとそれ相応なのだろうなどは思うのですが、これを今、在宅療養者さんのところに、必要と思われる方には無料で配布しているという形になっています。

私からは以上です。

**○白井委員長** どうもありがとうございました。それでは皆様、初めに資料2の「第1回救急医療検討委員会のまとめ」に基づきまして、事務局のほうで資料3-1から3-3までを取りまとめいただきました。高齢者救急搬送の状況についてのお話がありました。またその後には、各区が把握している高齢者情報共有ツールのまとめ、そして平成27年度二次救急病院のヒアリング、高齢者救急に関する部分まとめということのご説明があったと思います。ただいまよりそれぞれにつきましてご議論いただきたいと思いますが、本日は高齢者福祉施設、介護関係の皆様方に多数ご出席いただいておりますので、特に高齢者施設における救急等のデータも事細かく第1回目の会を受けて出ております。それでは何かご質問等ある方はいらっしゃいますでしょうか。では飯田先生、どうぞ。

**○飯田委員** 確認なのですが、20ページなのですが、この中に悪性腫瘍と書いていないのですが、これは「その他の内因性傷病」の中に含まれているということでもいいのですか。高齢者になると悪性が多いと思うのですが。

○事務局 そのとおりです。

○白井委員長 ほかにどなたかいらっしゃいますか。特にご質問・ご意見等ございませんでしょうか。それでは栗原委員よりご説明いただきましたイエローノートも含めて、ご質問のある方はいらっしゃいますか。黒田委員、どうぞ。

○黒田委員 この鶴見の連携ノートはとてもいいシステムだと思うのですが、私のリビングウイル、事前の意思表示、これを作成する時点はいつになるのかということと、その時点で本人にいわゆる意思能力、自分の意思を表明するということ、それが間違いない本人の意思であるかどうかという確認はどのような形でなされるのかをお伺いしたかったのです。

○白井委員長 では栗原委員からよろしいですか。

○栗原委員 このリビングウイルにつきましては、ご本人の意思表示ができるときに行うという形になっていますので、この連携ノートをお渡しするときにあわせて先生から説明していただくという形になっています。なので、ご本人の意思を尊重してというところでやる形にはなっています。

○黒田委員 その時点というのは具体的に言うと、ごめんなさい、私が先ほど聞き落したかもしれないのですが、これを渡されるのは往診のときと。希望されるときに渡されるということですか。

○栗原委員 先生の訪問診療が始まった時点でお渡しするという形になっています。それは主治医の先生が、このおうちにはこれが必要だという方のところにお渡しされているという形になっています。

○黒田委員 その時点では本人の意思確認は、主治医の先生が、いわゆる認知症であるかどうかとか、そういうのは把握されていることを前提で、ご本人の意思に間違いないということがその主治医によって確認されると、そういうことなのですか。

○森村委員 森村でございます。今私も全く同じ質問をしようと思っていたのですが、これは法的な話なのですが、問題ない時期に書きましたということに関する証明は特には必要ないのでしょうか。要するに、法曹家の人に聞こうと思っていたのですが、本人証明で同意を、印鑑をついている、それが自分でしっかりとされているので、読んでいるからこれでオーケーと、そういうふうを考えてよろしいのですよね。

○黒田委員 恐らくその時点でご証明、捺印されればいいのだと思うのですが、私がいなかったのは、その時点での意思能力についての判断を主治医の先生がなさるといことなのですが、主治医の先生が何科なのかということでも違いも出てくるかなと思ったのです。内科系であれば、長谷川式のようなものをなさって、それで特に問題ないということであれば、その時点で恐らくご本人の意思であることは間違いないということなのでしょうけれども、長谷川式で例えば点数が余りよくなかったりという状況だとすると、ご本人の意思が十分に確認できていたのかどうかはわからなくなったりということがあってはないかと。そういう疑問があったのですが、最初の訪問診療のときにおっしゃっていたので、その時点で認知症とかそういうものがある方の場合も含まれるのか、それとも全くそういうものがないのか、その辺の状況が私にはよくわからないものですから、それで質問させていただいたのです。

○森村委員 よろしいでしょうか。質問の意図は同じで、訪問診療を開始するということは何らかの症状があったり、既に病状があると考えたとすると、この試みは必要だと私は思うのですが、これを書く時期というのはもっと前なのかなと思って、この書式で本当に足りるのか。そうでないならば、今言ったようなもっと医学的に、これは大丈夫だということを書かなければいけないような気がしたものですから、それでご質問したのです。

○白井委員長 リビングウイルのことをこの会で話し合っ結論が出るかというのは、黒田先生、難しいですよ。ただ、このイエローノートに載っているのは、「判断能力を有する成人が」と1行目に書いてあるところが、先生方がご心配していることをここで全部担保しているのではないかと解釈できるのではないかと思います。それからもう一つこのポイントは、いつでも何度でも修正・撤回できるということもしっかりとうたっいらっしやるので、黒田委員、そういうところでいかがですか。

○黒田委員 確かに修正できるとか、そういうことはよくわかるのですが、先ほどの疑問がまだ残ってしまうのですが。修正した時期に、例えばもう認知症が開始していたり、認知症が進んでいたというこもあって、先ほどおっしゃっておられたようにもうちょっと前、だから本当に本人の意思が間違いなく確認できる時期に書かれたものと、その後修正したときに、では今度認知症が進んでいて、それでそのときになったら前とは違う考えを持っていたけれども、意思能力がきちんとないような時期だった場合はどうするのかという問題が出てきたり。その辺がどうなのかなというのがあって、本人がリビングウイルを、意思表示をした段階で、全く意思能力に問題がないということを主治医の先生が証明するような診断書であるとか、そういうものが添付されていることが一番必要なのではな

いかと思うのです。ですから、そのあたりをどういうふうに現在の運用としてなさっているのかというのを伺いたかったのです。

○白井委員長 平元委員、どうぞ。

○平元委員 これは別に法的に絶対にどうだというものではなくて、こういうような意向であるということがわかればいいのではないかと思うのです。実際患者さんで普通のリビングウイルのあれを持ってこられる方もいらっしゃいますよね。家族の人に「本人の意向はどうでしたか」と言うと、「こういうような考えのリビングウイルがありました」という形で見られると、そのときの状況でこういうことを考えられたのだと。最終的にはどうするかということに関しては、例えばゆっくりと悪くなってきて衰弱するような老衰の流れになってきた方と、突然ばたっと、例えば心筋梗塞なんかのときは違いますから、それはそういう意向があるという意味で、一応ご家族のサインもありますから、患者さんとご家族がこんな考えだったというものがある程度わかるということで、法律としてこれを生かすというものではないような気がします。

それともう一つですが、これは救急搬送という観点から考えると、こういう患者さんはこのイエローノートが鶴見区ではどのぐらいの数持っておられるのですか。

○栗原委員 今どのぐらい患者さんの手元に行っているかというのは、正確な数字はわからないのですが、ただ1600冊は各医療機関に配布されていて、その医療機関から先生方が往診のときに配布しているという形で、足りなくなったらまた何冊と言われて持っていくという形になっていますので、1000冊以上は多分お手元に行っていると思います。

○平元委員 鶴見区の救急隊がこれを見て実際に、例えばこれで搬送時間の短縮になったとか、そういうことを言っているケースは結構あるのですか。

○事務局 具体的に、例えばイエローノートを持っていて搬送が短縮されたという報告は、私のほうには直接は上がっておりません。ただ、そういうことではなくて、先ほどのDNARの希望のところ、2番の項目の中で、高度救命措置を望まないということについては、それは救急隊としてそういう状況の中で心臓マッサージだけでとか、AEDをやらずにとか、そういったことの実態は現実としてはございません。

○森村委員 森村ですが、委員長の言うとおりで、ここはリビングウイルの話をする議論の場所ではないと思いますが、もう一回確認なのですが、今平元先生は、これは法的でないとおっしゃいましたが、明確にこれが書いてあって、やらないと書いてある意識の人

にやらなかった場合には、これは関係してくると。我々も関係しますし、救急隊員にも、これをもとにやっていいですかという話を、例えば横浜市の場合は、救急の指導医がいいですよと言ったり、行政の条例とかそういったところで指示しなければいけないので、全く切り離して考えるわけにはいかない事案なのです。そういう意味で、さっきから黒田委員が言われているように、私はこの試みはすごく大事なことだと思うのですが、もう少し何らかの診断書と言われるような、あるいはもうちょっと前段階のことが今後検討されていくとより普及されやすいのではないかと聞いた次第でございます。今は特に問題ないのだとは思いますが。

**○白井委員長** 黒田委員、限られた時間でこのリビングウイルとか尊厳死だ、いろいろな話が、私たちはそれこそ専門でもないし、先生のお考えのような議論についていけないと思いますので、ここに載っているのは、実際の臨床の場で患者さんが考えていることを現場で少しでも理解しておきたいと、そういう意味もあるので、法的なところまでは考えていないということで栗原委員、よろしいですか。これに沿って必ずやるわけではないというようにお話だったと思うのですが。

**○黒田委員** 確かにおっしゃるように、今その議論をする場ではないと思いますので、余り詳しくお話をするというところではないと思うのですが、将来的な問題としてお医者様のほうも、あるいは救急隊員のほうも「ここに記載されているから、それに従ってやれば違法性はない」とか「法的な責任が生じないのだ」と言えるのかどうかというところは、もっと議論していかなければならないところだと思うのです。そのことは法律で決まっている部分ではないので、刑法上の問題もありますし、放置して例えば保護責任者遺棄になるかどうかとか、不作為の殺人になるかどうか、そういう話も絡んでくるところなので、法的な問題とものごく絡むところだと思うのです。ただ、恐らく現状ではそこまで考えずに、救急隊の方もこれを見て参考にされて、それで救急の医療をやるのか、それとも病院に運ぶのか、病院のほうでもこれを見た上で、本人の意思があればということでやっていらっしゃるのが現状なのかなと思います。ただ自己決定権の問題とか、それから先ほど申し上げました違法の問題であるとか、そういうのが絡んでくることは間違いないものだと思うので、将来的には高齢化社会ですので、その辺をどうしていくかというのは、これは横浜市だけの問題ではなくて、もっと国なり、全体で考えていかなければならないところだとは思いますが。

**○白井委員長** ありがとうございます。それでは、こういう問題もあるということをお私たちも認識しながら仕事をしなければいけないのだなという。実際のところは弁護士の先生方と違って、医療の現場というのはかなりファジーなところもございますので、それに対

して刑事罰とか、そういうことを恐れていたりしては仕事が進まないところもぜひご理解いただきながら、ここは一応進めさせていただきたいと思います。

それではほかにどなたかご質問等ある方、いらっしゃいますか。飯田委員、どうぞ。

○飯田委員 薬剤情報の話なのですが、多分、これは30日で切っていらっしゃるのですか。短いスパンで出す薬もあるし、軟膏とかもあると思うのですが、私もこういうのは救急外来でよく見るのですが、お薬手帳を見るとすごくいっぱい書いてあるのですが、どうやって選択されているのですか。30日以上はここに入れるとか、そういう規約はあるのでしょうか。

○栗原委員 お薬に関しては特に決まりはなくて、この説明書がとにかく来たら、今まで入っていなかったらここに入れておこうという形での管理なので、例えば1週間風邪薬などが出たら、1週間たって飲んでいなければ破棄しましょうという形で、そのときに飲んでいるお薬の情報はここに入っているし、軟膏類も今使っている軟膏の種類はここに入れておくという形でやっています。

○飯田委員 一般的にはお薬手帳はどの患者さんも渡されると思うのですが、それではダメなのですか。

○栗原委員 さっきも言ったように、お薬手帳を2冊、3冊持っているご利用様が高齢者の方は結構多くて、そうするとお薬手帳が病院の診察券と一緒に1冊ずつになっているお宅も結構あるので、そうではなくて、この説明書だったら全部一括でできるというところでは、管理が1つにできるという部分でこのようにしました。

○飯田委員 ありがとうございます。

○白井委員長 ほかにどなたかいらっしゃいますか。よろしいでしょうか。それでは実際にこのイエローノートは運用されていて、患者さんとかかりつけの在宅医との間でうまくいっているということで、一例でございますので、こちらはご理解いただきたいと思います。

ほかにイエローノート以外についてのご質問・ご意見等ある方はいらっしゃいますでしょうか。ありませんか。

情報共有ツールの件につきましては、先ほど事務局より36通りでしたか、地区によって、また実施主体によって統一されていないと。それから置かれる場所についてもばらばらであって、これを横浜市行政のほうで統一して、救急隊がどこに駆けつけても、どこにある



かというような仕組みにしていきたいというお話がございましたが、その辺についても何かご意見・ご質問ございますでしょうか。よろしいですか。そうすると、記載して、これからどうやってつくっていくかという内容についての検討というのは、またどこかで行政が議論されるのでしょうか。

○事務局 後ほど提言の要素というところでもご相談させていただければと思いますが、こういう内容で今載せているところがある中でいろいろと、こういうのは必須だよという意見などをこの会でもいただければ、それも含めてぜひ検討していきたいと思っております。

○白井委員長 ありがとうございます。それでは全体を通しましてよろしいでしょうか。24ページの「救急搬送データの解釈（案）」というところもございましたが、こちらについても皆さん、特にご意見等はないでしょうか。

○飯田委員 高齢者の情報共有ツールというのは、対象はどこまで広げて、どこまで狭めるのでしょうか。支援介護とかあると思うのですが、どういう人に対してこれをやっていくかという決め事はつくってあるのですよね。

○事務局 今の段階では特に特定はしていませんので、逆にどういったところまで対象とすべきか、ご意見があればお伺いしたいと思います。

○飯田委員 看取りとかもあると、要支援など、もっと下まで広げないと、逆にいけないのかなという感じがするのですが、それはいろいろと、経費とかそういうのもあるでしょうが、どんなものなのでしょうか。

○白井委員長 お願いします。

○事務局 後ほど資料4に基づいた議論の中で少し触れようかと思っていたのですが、今回対象としているのが、高齢者施設も1つターゲットには置けていますが、一方で、高齢者が過ごしていらっしゃる場所としては自宅が非常に多いことから考えると、自宅に住まれている高齢者もターゲットにして、今後議論を展開していきたいと思っております。

○白井委員長 ありがとうございます。それでは皆さん、次の議論を望んでいるようでございますので、ただいままでのところにつきましては、特にほかにはないと認めさせていただきます、時間の関係もございますので、31ページの資料4「高齢者救急医療の課題

と解決に向けた施策提言の要素（案）」の説明をお願いいたします。

○事務局 それでは資料の31ページをご覧くださいと思います。〈現状と課題〉につきましては、高齢化が進んでいる中でますます救急搬送もふえていくという背景を書かせていただいているところでございます。それに対して当救急医療検討委員会でどのような提言に進めていくかということで、今回その方向性を事務局としてご提案させていただくものでございます。

中段のところ、まず（1）でございます。「高齢者の情報共有ツールの有効活用」というところでございます。こちらは先ほどご紹介いただいたとおり、鶴見の連携ノートも含めて、各地区においてさまざまな取り組みがなされております。こういったものが既にあるいろいろな形で動いている中で、救急医療で特に必要とされる項目がすべて網羅されているのかどうか、あるいはツール自体が必要なときに使えないとしようがないので、先ほど鶴見の例では玄関の内側に掲示するといったところもありますが、こちらにつきましてガイドラインという形で示すのはどうかと考えております。あわせてリビングウイルの議論もございましたが、この辺は難しい部分もございますので、まとめとしましては、国での検討の状況とか社会的コンセンサスの醸成などを見ていくという形でまとめるのはいかがかと考えております。

また（2）でございますが、「救急相談センターの活用」というところで、本当に重症度や緊急度がわからなくて、実態としてちょっと困ってしまって119番で救急車を呼んでしまう場合、あるいはむしろ本当は救急車を呼んでもいいような状況にもかかわらずためらっていて、結果として潜在的な救急患者さんが重症化して、本当ににっちもさっちもいなくなってしまう救急車を呼ぶといった状況もあろうかと思っております。こうしたものにつきましては、救急相談センターを周知・広報していくことで、活用していただけることによって結果として重症化する前に日勤帯に受診していただくなど、時間外受診の抑制や重症化する前の受診なども図ることができるのではないかと考えております。

また32ページのところでございますが、先ほどの救急医療機関でのヒアリングのご意見にもございましたが、一部連携が不十分なケースも見受けられているのも事実でございます。これらにつきましては、確実に連携するような機能というところで必要なのかなと考えているところでございます。そのやり方の中では、例えば奏功事例としてご紹介いたしましたとおり、連携とか勉強会の開催など、顔の見える関係にできたらいいのかなと思っています。

またその下の提言の要素イメージということで、これはベースとしましては地域包括ケアシステムの図をちょっとモディファイしているところでございますが、真ん中の日ごろお住まいになっているところから、例えば下のほうの救急相談センターにご相談する、あるいは通常のかかりつけの先生とのやりとりとか救急医療機関との連携、あるいは施設・

居住系サービス、在宅系サービスという介護の分野との連携ということが必要になってくるのかなというところでございます。先ほど黒岩からも申し上げたとおり、この中では今一番大きなボリュームとして、住まいという部分で施設系の分析が多い状況ではございますが、こちらにつきましては、例えば救急相談センターの相談状況なども抜き出して議論を深めていければと考えているところでございます。

説明としては以上でございます。

○白井委員長 それでは、ただいま資料4について説明をいただきましたが、こちらにつきましてご意見・ご質問等ございますでしょうか。黒田委員、どうぞ。

○黒田委員 今の内容というよりも、さっきのに戻ってしまうのですが、12ページに「救急病院間映像伝送システム導入検討」というところがあるのですが、救急搬送するときに、例えば救急車の中から映像を送るというような、いわゆる今スカイプとかがございますよね、そういうのを活用するという部分はあるのかどうか。さっき聞き漏らしてしまったので、そのような予定とか、あるいはそういう方向で考える部分があるのかどうか。病院側に映像を送ることで判断してもらうということは非常に有用ではないかと思うのです。そこを確認したかったのです。戻ってしまって済みません。

○白井委員長 それでは12ページのエのところですが、そちらの説明をお願いいたします。

○事務局 こちらは平成28年度予算として計上させていただきました検討経費ということになります。なので、中身については、細かくはこれからの検討になるわけですが、ここで想定していますのは、横浜市内にある8の救命救急センターを映像伝送できるような仕組みによってつないで、横浜市の三次救急医療というものを面で支えていくことを想定した検討になります。なので、その延長線上によっては当然高齢者の方も対象になると思うのですが、事務局の想定としてはまだ救急車内の映像とか消防車の映像とかということではなくて、あくまでも救命救急センターの病院間をつなぐという意味合いを持っております。

○白井委員長 黒田委員、よろしいですか。ほかにどなたかご質問のある方はいらっしゃいますでしょうか。それでは特にございませんので、次に参りたいと思います。

続きまして33ページ、資料5「高齢者救急に係るアンケート調査について」をお願いいたします。

○事務局 資料の33ページでございます。先ほど救急搬送データのご紹介等もございまし

たが、それらを裏づける意味でも関係する機関のアンケートを実施したいと考えているところでございます。例えば救急医療機関におきましては患者さんを、具体の項目につきましては35ページをご覧いただければと思いますが、それぞれの医療機関の属性とか、あるいは病棟の状況、あるいは高齢者の受け入れ状況のスタンス、それとか高齢者施設等の連携というのが大きなポイントになってくると思います。ですので、それらの連携施設があるのかどうかとか、それらの受け入れが常にできているのか、受け入れるのが難しいのか。あるいは搬送手段として、病院の救急車で迎えに行ったり、施設の車で送っていただいたり、あるいは119の公的な救急車を使うとか、高齢者施設との連携をしているのかといった視点で行っていきたいと思います。また自宅で過ごされている単身の高齢者などの受け入れの際にどういう情報がなくて困っているとか、そういう課題なども聞いていきたいと思っております。

高齢者施設につきましては、37ページでございますが、施設の種別によってどういう状況か、あるいは医療の状況がどうなっているかということで、医師の出勤状況とか、急変時にどういう対応をしていただけるのか、あるいは看護師の状況はどうなのか。2番のところで、提携している医療機関のあるなし、あるいはどのぐらいの数あるのかとか、あと属性とかもわかれば聞きたいと思っております。あるいは、高齢者施設側から見た受け入れの状況とか、あと施設側ではだれがどういう判断をして救急を呼ぶのかとか、その辺の判断も聞きたいと考えております。また患者さんの情報の把握ということで、常に情報を共有できているのか、あるいは時間帯によって施設長がいないとわからないみたいな話もヒアリングでは聞こえてきたこともありますので、そういう状況はどうなのか。あるいは消防局のほうで各施設に向けて、こういう様式があるといいですよということでご案内しておりますので、その辺の利用状況はどうなのか。あるいは先ほどのリビングウイルについても聞いているかどうかとか、その辺の活用の状況とかも聞きたいと思っております。また4番のところで、項目も少しふやさなければいけないかと思っておりますが、看取りの状況についても聞いていきたいと思っております。

39ページは救急隊に対してでございますが、高齢者の救急搬送についてどういう状況にあるのか、あるいは高齢者施設から救急搬送される場合の課題とか、自宅からの救急搬送の課題、あるいは高齢者の搬送先の選定について苦慮している点とか、こういった項目で聞いていきたいと思っております。これ以外にもいろいろな視点があろうかと思っておりますので、その辺ご意見を賜れば反映して、アンケートを実施していきたいと考えております。説明は以上でございます。

○白井委員長 ありがとうございます。このアンケートはいつぐらいにやる予定でしたか。

○事務局 アンケートは次回開催に向けて調査をやっていききたいと思っております。

ございます。

○**白井委員長** そうしますと、今35ページから医療機関向け、高齢者施設向け等々、案が示されましたが、きょうこれを持ち帰っていただいて、案をまた出していただくということでしょうか。

○**事務局** 補足させていただきます。今回はこういったことを考えているということでご承知おきいただければ、後ほど、項目もまだ少し荒いものがございますので、改めて次の会の前にこのアンケート案についてはメールなりでご確認させていただいた上でアンケートを実施したいと思います。今回は、アンケートをこのような趣旨で実施するというところをご承知おきいただけるかどうかということで議題に付したいと思います。

○**白井委員長** そのようなことでございますので、委員の先生方はお持ち帰りいただいて、せっかくアンケートをとりますので、いろいろご意見をいただければと思います。それではただいままでの説明についてよろしいでしょうか。特にご意見・ご質問はないようでございますので、続きまして41ページの資料6、検討スケジュールの案について説明をお願いいたします。

○**事務局** 41ページをご覧いただければと思います。今網かけになっているところ、3月でございますが、第2回救急医療検討委員会ということで、課題の整理とか大枠の検討、次年度のスケジュールというところがございます。この後、先ほど申し上げたとおり、アンケートの調査等を進めさせていただきまして、7月に翌年度の第1回救急医療検討委員会で提言案の検討をさらに深めていただきまして、9月に最終確認といった形で、10月を目途に第7次提言ということでまとめさせていただければと考えております。

以上です。

○**白井委員長** それではスケジュール案について説明をいただきましたが、こちらはよろしいですね。特に反対の方はいらっしゃいますか。いらっしゃらないですね。それではお認めいただいたようですので、次に参りたいと思います。

(3) 救急電話相談専門部会の報告及び横浜市救急相談センターの開設後の状況について

○**白井委員長** 今度は議事の(3)に進みます。「救急電話相談専門部会の報告及び横浜市救急相談センターの開設後の状況について」でございますが、専門部会の部会長をしていただきました森村委員よりご説明をお願いいたします。

○森村委員 それでは説明させていただきます。資料7をご覧ください。まず本委員会の下にあります、専門部会としまして救急電話相談専門部会が置かれまして、そこにおきましてこのような資料7に書かれたようなことを検討いたしました。具体的には本年1月15日からスタートいたしましたダイヤルナンバー、#7119、すべての年齢に対する看護師による救急電話相談センターの運営にかかわるプロトコル、事前に決めた緊急の判定のシステムに関して外部からも有識者を集めまして、2番に書かれたような委員の方々とともにプロトコルを策定しております。プロトコルの概略につきましては4番を見ていただきたいのですが、これは先行しております東京都あるいは総務省の電話相談プロトコルのバージョン1.0がありますので、これをベースに横浜市と最も運用形態が近かった札幌市のものを多く参考に取り入れながら、このような形でプロトコルを策定しております。

裏面をご覧ください。実際に運用部会の仕事はここまでございまして、その後1月15日から実際に運営が開始されることになりましたので、45ページの図を横浜市で見ながら見ていただくとわかりやすいかと思いますが、左上のボックスに横浜市の救急医療検討委員会という当委員会が書かれております。この下に、これはプロトコル部会とって現在は名前を変えておりますが、これが基本的には救急電話相談部会というところの前身となるかと思っております。この救急医療検討委員会から提言を受けて、横浜市医療局が指定管理として救急電話相談センターを横浜市医師会の皆様のご尽力によって受託事業者並びに相談看護師、そしてドクターとともに現在運用しているということになります。実際の運用はこの救急相談センターで回っているのですが、この中の具体的な日々のいろいろな事案に対応しているのが、救急相談事業運用部会というのがありまして、これはデイリーカンファレンスのようなものを主体に日々の問題について検討しているのですが、もう一つその右上の大きな枠に救急相談事業運営協議会というのがあります。これは全体のこの事業の運営の方向性を提案していくもので、医療局、消防局、いわゆるこの母体になっている事務局と、最終的なセーフティーネットになっている救急車の担い手を有する消防局、そして実の運用部隊の主たる横浜市医師会、病院協会、プロトコル、アルゴリズムにかかわった救急医療に関する専門医といったところから運営協議会が成り立っています。

これらの運営協議会で今回、左側の44ページに戻りますと、6番の運営状況についての検討がなされております。簡単にお話ししますと、大体2カ月たちましたが、日に大体、傷病の判断に迷う市民からの電話は二通りあるのですが、医療機関がわからないので紹介してくださいということで、いわゆる医療機関案内の数が大体全体の6割、実際に看護師さんと相談して傷病の緊急性を問いたいという方が4割になります。後者の救急電話相談の4割は日計算でいきますと、日に大体300件弱となりますが、これは驚異的な数字でありまして、先行している他の自治体5地域と比べても、東京が今まで一番多かったのですが、東京ですら現在350件/日ですので、人口を3倍有している東京と同じぐらいあると

ということになります。つまりユーザーとしては3倍いっちゃうということが現在わかっているという、順調と言っていいかどうかはわかりませんが、そういう滑り出しであります。

それから一番下から2行目を見ていただきたいのですが、ある一定の確率で救急車へ転送することになるということは事前にいろいろなところからわかっていたのですが、今回私たちのデータでは5%の方が実際に119番に搬送されております。これはちなみに全国的には10%~12%ぐらいを推移する地域が多くて、東京はオーバーぎみで16.6%ぐらいが最新の値です。一番辛いところが大阪の3.7%ぐらいで、ほとんど救急車を出さないような形なのですが、横浜市は決して出さないというのではなくて、プロトコルどおりお願いしたらこのようになっているということです。今、実は運営協議会ではかなり解釈に悩んでおりまして、横浜市の方々はもともと軽傷例の方がご相談に来られているのか、多分それが一番可能性としては高いと。東京と同様なので、すなわち高齢者の方の利用が実は少ないのです。これは年次水準を見ていきますと、ほかの地域も#7119が普及すればするほど、その普及した地域は救急車の軽傷利用が少なくなっていくことがわかってきています。ところがどの地域も非高齢者の方によく周知されているということもわかってきています。横浜もその例に漏れていないので、医療局さんのほうも先ほど提言の中に書かれていましたが、高齢者の方々へのこういったサービスの周知というものも示唆される結果ではございました。

雑駁ではございますが、以上でございます。

○白井委員長 どうもありがとうございました。それでは森村委員からのご説明に対して、どなたかご質問のある方はいらっしゃいますでしょうか。よろしいですか。

## その他

○白井委員長 特にないようでございますので、続きまして次第の3「その他」について事務局よりお願いいたします。

○事務局 事務局としまして「その他」という項目で特にご用意したものはございませんので、例えば会の進行とか、もしくはスケジュールについては先ほどご説明したとおりですが、何かご意見があれば承りたいと思います。いかがでしょうか。

あと、今回先ほどのスケジュールで言いましたようなスケジュールでやらせていただきます。特にありませんので、白井委員長にお返ししたいと思います。

## 閉 会

○**白井委員長** それでは本日の議事はこれで終了させていただきます。長い時間、委員の皆様方、円滑な議事の進行にご協力いただきましてありがとうございます。

○**事務局** 白井委員長、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、ありがとうございました。