

平成 29・30 年度 横浜市救急医療検討委員会
第 3 回 高齢者救急専門部会 議事録

日 時	平成 30 年 7 月 9 日(月) 19 時 00 分から 21 時 00 分まで
開催場所	横浜市医療局 会議室 (横浜市中区尾上町 1-8 関内新井ビル 4 階)
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 議事 ・ 部会報告書とりまとめについて 3 その他 4 閉会
議 事	<p>1 開会 (事務局)</p> <p>それでは、定刻となりましたので、第 3 回高齢者救急専門部会を始めたいと思います。 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>今年の 3 月に開催した部会では、部会報告書の方向性についてご意見をいただき、議論を深めることができました。改めてお礼申し上げます。</p> <p>本日は、3 回目の会合となっておりますが、これまでの議論の内容を集約し、部会報告書を取りまと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。</p> <p>続きまして、改め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、委員の皆様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> <p>2 議事 (事務局)</p> <p>それでは、次第に従いまして進めさせていただきます。</p> <p>次第の 2、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。</p> <p>(部会長)</p> <p>改めましてこんばんは。今、課長から話があったように、昨年この部会で、今後の方向性について、特に 2025 年の高齢化社会に向けて、どうやって新しい枠組みを作っていけばいいのかという議論をしていただきました。この委員会は 2 年単位ということで、</p>

最終答申に向けて、いよいよ方向性を弾き出さなくてはなりません。昨年度は自由に大局的な観点からディスカッションをしていただきましたが、今日からの目標は、報告書の案をどうやって仕上げていくのかということになるだろうと思います。今までの議論、昨年度の議論を踏まえまして、予算も絡む面もありますので、事務局と僕の方で何回か打合せをしたりしながら、まず今この段階での案をたたき台として出させていただきます。そのうえで委員の先生方からご意見等、修正点等を伺いながら進めていきたいと考えています。

それでは、このたたき台の案について事務局の方からご説明をお願いいたします。

(事務局)

議事「部会報告書とりまとめ」について、
資料1を基に説明。

(部会長)

昨年度話し合った内容を踏まえて、もう一つアンケートのことを踏まえて、横浜市の実情と課題ということで、この救急医療検討委員会の答申の方向性の案を示してくれましたが、全体を通して、ここからはフリーのディスカッションとなりますが、委員の先生方からいかがでしょうか。

(山崎委員)

政策として目玉の部分は何なのかというところだと思いますが、アンケートを見た感じだと、色々なアイデアが出た中で現実的なものは、27頁にある輪番病院の平日の機能強化と、あと救急医療体制そのものに後方支援機能も組み込むといったところでしょう。ほとんどの自治体では、救急車や患者をファーストタッチで受け取ることに對して補助金などを出していて、医療機関からの転院や転送も救急医療体制に組み込んでそこに補助金などを出すという自治体はおそらくほとんどない、あまり聞いたことがないです。ここまで踏み込んでやるということは、とても画期的だと思いますので、ここは今回の提言にしっかり組み込んでいただいていると思います。

あとはやはり、アンケートを見て少し思ったのは5頁のところ、拠点病院Aがウォークインに對して、ほぼすでに受入無理と言っているように受け取れます。ここまではっきりと余力が無いとなっていると、拠点病院Aのウォークインを少しでも減らすような施策を考えざるを得ないと思います。高齢者対策はなかなか難しいし、実際のウォークイン患者のほとんどが小児や普通の成人にはなるとは思いますが、やはりこれを拠点病院Bや輪番病院、休日夜間診療所にどう流していくのかということは、何かしら政策で考えていかなければいけないと思います。

(部会長)

まず先生がおっしゃっている27頁の新しい横浜の体制づくりは画期的な話であるというのはそのとおりだと思います。後方の場で支援をするということと、そこに対してお金をある程度つける。この27頁のインセンティブをどうするか。ここは医療局の中でも

お金がかかることに関しては、やはりここだけで決められることではないのですが、非常にここまで踏み込むことができました。特に後方の転院化する流れを作るというのは、先生がおっしゃるとおり、なかなかないでしょうから、その点ではこの2年間の方向性としても非常に大きな意義があることなのだろうと思います。昨年度の議論を踏まえたうえで、ここまでしっかり文章としてまとめられたというのは、ある意味、横浜でしかないのではないかと思うところはあります。

もう1点の、拠点病院Aのウォークイン患者をどのようにして流すかということに関してはなかなか難しいですね。この専門部会が高齢者救急専門部会ということもありまして、確かにウォークイン患者で結構多いのは小児なのです。

(山崎委員)

休日夜間診療所を病院の前や、病院のところを一つ挟んだ目の前の敷地に置いて、そこで医師会などにやっていただくというのは、いくつかの自治体でやっています。

(部会長)

根本的な改善はそこですよ。そこに関してはお金が莫大にかかることがあって、なかなかそこまで。

(山崎委員)

拠点病院の建て替えなどのタイミングで合わせて、休日夜間診療所の場所もそういう風にするとか。

(部会長)

そこもやはり今回のアンケートの結果から明らかになったわけです。今後も続くわけです。2年間は終わりますけど、次の検討委員会の一つのターゲットになるかもしれません。

(山崎委員)

喫緊だなと思いました。こんなに余力がないのだと、とても驚いたアンケート結果だなと思いました。

(部会長)

そこはやはり、アンケートをやったことで一つ浮かびあがってきた拠点病院Aの実情ということですね。確かに今後につながることで、どこかに入れるのは大事かもしれません。

(豊田委員)

横浜市の枠組みというか、三次と二次のAとの境がはっきりしていない。そもそもの疲弊というか、二次のAが疲れているというのは、おそらくそれを兼ねて両方やっている人たちがたくさんいるということでしょう。

(山崎委員)

三次だけのところで二次を兼ねていないのは、センター病院と西部病院が多少そうです。ほとんどは二次Aを兼ねています。

(部会長)

両方やっている。

(豊田委員)

結局、両方やっているわけです。

(山崎委員)

そこにさらにウォークインが来ると、きついということなのかもしれません。

(部会長)

やはり、ウォークインをどうさばいていくかということは、もちろん高齢者にも関わって、今のシステムがこのままではダメなのだろう。どこかに介入しなくてはいけない。今あるものを潰れさせないための一つ大事な点です。

(豊田委員)

やはり三次は三次でやらなければならない仕事がある程度きちっとある。それで、今のショックのプロトコルで、元々状態の悪い高齢者の人たちがそこに乗っかって救命センターに運ばれていくような流れはやはりおかしいと思います。

(部会長)

ショックプロトコルでどうしても行かざるを得ない。少し改善して、かかりつけがあるときは指導医の判断に、とはなってきましたが、なかなか、やはり電話だけなので。

(豊田委員)

本当は高齢者向けの救命センターみたいなものがあって、その仕事をどこがやるかというところだと思います。二次のBの人たちが、どれくらい余力があるかということなのかもしれないですけど。

(部会長)

その一つの答申が、26 頁でワークステーション型ドクターカーをやるということになっていますが、三次がそのままでは疲弊して倒れてしまうのではないかと、高齢者がたくさん運ばれてきている実情とやはり消防のワンポイントの重症度からすると、いくら心不全で長く手術をしないとなった90歳の方でも、サチュレーションが70%だとしたら重症ととるのは当然で、救命センターに運ばざるを得ないといった今のシステムの限界があります。それを前倒しにして、ワークステーション型ドクターカーの医師が現場へ行ってそこで安定化処置、挿管だけでもしてしまえば、それは時間経過も考えられて、それを二次病院に運んでいくと。

今の日本のドクターカーは全部が急性期の患者をターゲットにしていますので、そういった安定化処置をしたうえで二次や輪番病院に運ぶというのは、ケースバイケースですが、画期的で日本のどこでもできていない。今のままでは絶対に潰れるということはどこも危機意識を持っている中で、新たな横浜ならではの取り組みになるのではないかと思います。

(豊田委員)

他所の地方では、医師会が救急車みたいなものを運営していて、自分たちの施設の患者をどこかの病院に動かすことについて、消防を介さないような動かし方をしているところもあります。

(部会長)

それが町田であり八王子であり、これと対になる話です。これは今、救急医療検討委員会なのですが、もう一つ、消防が中心となって事務局をやっている救急業務検討委員会があって、そちらの方で議論がされています。

ちょっと消防局から説明をお願いします。

(消防局)

今、町田あるいは八王子といったところで、病院救急車を活用した搬送体制が構築されています。そもそもは医師会の方から、皆さんおっしゃるのは、医師会のリーダーシップを得てという言い方をされていますが、県の再生基金をまず活用して、病院救急車を運用するにあたっての費用を負担しながら、傷病者・高齢者が在宅医療にかかっているのが前提なのですが、高齢者の方の具合が悪くなった時に、在宅医が往診あるいは電話でのやり取りで、そこで病院に入院した方がいい、検査をした方がいいという状況が生まれた時には、在宅医がその救急車を運用している病院に連絡をして、その病院の救急車が自宅に迎えに来て、自分のところに連れて帰る場合もありますし、別の病院に搬送する場合があります。このような在宅医が指定した病院に搬送するというシステムを東京都でも3か所くらい、町田も含めてやっております。それを今、部会長がおっしゃったように、救急業務検討委員会の中で検討しているというのが現状です。

(部会長)

そちらの救急業務検討委員会の方も同じ2年スパンで動いています。こちらの方はドクターカーで医師が現場に行く、ワークステーションをくっつけた形で一個の交通整理をして、もう一個は、救急業務検討委員会の方でも先生がおっしゃったような新しい枠組みのものが横浜で行われる。そうすると高齢化社会に向けて、一つだけやっても無理でしょうから、両方行われるということは横浜市の今後の方向性という意味でも非常に有意義ではないかと思います。

(豊田委員)

八王子などは一つの市ですけど、横浜の場合は区があります。頑張っている区があれば、全然機能しないような区もある。差が激しいですね。そこをどうやっていくのかなと思います。

(部会長)

赤羽先生も消防の救急業務検討委員会にいらっしゃいますが、先生から何か、全体を通してありませんか。

(赤羽委員)

あまり把握していませんが、八王子市は人口50万人くらいでしょうか。なので、おそらく動きやすいのでしょうか。横浜で考えると2区ぐらいの大きさでしょうか。

(部会長)

町田も40万人くらいです。

(赤羽委員)

その辺があって、あまり同じことはできないのではないかと思います。

(部会長)

あともう一個、救急業務検討委員会ではCPAについて検討に上がっています。延命を望まない患者さんの119番通報があったときに、全部が全部三次救急に行ってしまうことをどうやって止めるかということ大きな議題として検討しています。臨床救急医学会でも出ましたが、なかなか個別にやるのは難しいところで、救急業務検討委員会のもう一個、大きな話題はその話です。DNARを元々書面で持っている人に対する119番通報で、救急隊員が現場に行ったときにどうするかが課題です。そこは医師会の先生方とも、かかりつけの先生方ともタイアップしなければならない。だから、この会とそちらの会が対になっているという面が、結構大きいかもしれません。

どうでしょうか。全体を通してありませんか。

(荏原委員)

ドクターカーについて、横浜市の医師会員数の正確な人数がわかりませんが、私も医師会員で、眼科であったり皮膚科であったり開業されている先生方は確かに多いかもしれませんが、ドクターカーを運用するにあたって、在宅をしている先生、でも在宅している先生もいろいろなタイプの先生がいる、また、面積と人口のことを考えると、横浜市に見合った在宅とこれをやったださる、救急にも慣れていらっしゃる、みんなで協力できる医師がどれぐらいいるのかなと思います。

(部会長)

まず始めに予算をとれるかどうかということで、こういう報告書になっています。ただ、それを実際に誰がやるのかという問題になった時に、まず大きな条件は、不安定な患者で今消防だけが見たら全部三次救急に行ってしまう人を、ある程度安定化しないことには考えられないわけなので、この安定化処置ができる人が絶対条件になると思います。どうやって条件をつけるか、今は全部三次救急に行っちゃっているわけなので、その処置に慣れているのは救急医であるというのは一つのキーワードになります。救急医でも、横浜消防の指導医やっているような13病院の医者なのか、あるいは救急専門医の医者なのかということは、そこは全然決まっています。

あとは、メディカルコントロール協議会との兼ね合いや、ワークステーションは消防局の事業ですから横浜消防との兼ね合い、横浜市民病院との兼ね合いなど、色々なものがたくさん組み合わさっているので、なかなか一つのこの答申だけでは突っ走れないところがちょっと歯切れを悪くしています。

おそらく、湯浅先生が一番話に出てくるのですが、湯浅先生は救急専門医ですね。だから、そのスキルは十分あるので絡んでいただいた方がいいのではないかと。ただ、一方で13病院の今の枠組みで考えると、けいゆう病院は入ってない。固有名詞で申し訳ないですが、他の会でもやはり湯浅先生の固有名詞が出てきたりするので、シンボリックに入っていないじゃないかと。おそらくそういう先生が他にもいるのではないかと、医師会の先生にもいるのではないかと、元々どこかでやられていて、今はという感じの先生もいるのではないかと思います。

オール横浜で施策としてやっていく以上は、声をかけて一緒にやっていくことが今後

の横浜にとって必要なのではないかという話がMCの中でも出ていました。だから、誰にやっていただくということはまだまだこれから、ここである程度方針を出して具体論の話をしていく必要があります。ここだけではなかなか完結はしづらいですね。

(湯浅委員)

具体的にドクターカーのイメージとして、どのあたりの病院から出すとか、何科の医者が行くとか、まだあまりイメージされていないのでしょうか。

(部会長)

あくまでも個人的なイメージですが、やはり救命センターは救急医をたくさん抱えていますので、そこに協力していただけない限り成功はないのではないかと思います。そのためには、三次救急の負担軽減をやはりこの中に入れたい。高齢化社会の中でこれからますます増えていくので、ほとんどの人が三次救急に行ってしまうところを何とかしたいと思っています。

もう一個は、二次救急についても、やはりこのアンケートからもわかるとおり、専門外・処置困難で受け入れられないということに関して、ドクターカーで現場に医者が入って、一回交通整理することによって受け取りやすくする。市民の方からしても、今この病院も抱えているのは、家族も本人も「おいおい三次救急なんて思ってなかった」というところが、三次に行かざるを得なくなっている。そこで皆がちぐはぐな思いをしているというのも改善できるのではないか。

あともう一つが、消防局のドクターカーは、やはり研修から始まっているので、救急救命士の研修を絶対に考えなくてはいけない。その面でも。やはりその人員に関しては救命救急センターが協力できる体制を作らなければ、人の確保は難しい。正直そこは思います。個人的に打診をしながらも、各救命センター長にこういうことが万が一できた場合にどうでしょうかと、個別にお伺いする中で仮定の仮定の話をしています。

(湯浅委員)

ドクターカーの案は非常にいいと思うのですが、今までの我々救急医のイメージするドクターカーとちょっと目的を分けて考える必要があります。バリバリやりたい中堅や若い医者が行って処置をして救命センターに連れて帰る、もしくは外傷センターに送る、というのはもちろん今も必要なのですけれど、それと、ある程度経験のある医者が行って救命センターに運ばなくてもいいような人たちをそこで死亡診断する、あるいは輪番病院や拠点病院Bに運ぶ。この会としては、おそらく後者の方だと思います。最初にその部分を決めておかないと、救命センターの若い先生が来た場合にモチベーションが違ってくると思います。

(部会長)

まさしく、その概念でやっているドクターカーはないと思います。

医者に関しては、やるべきことの判断が多いのでレベルは高くせざるを得ないのではないかと思います。レベルを高くすればするほど人が少なくなるといったジレンマに陥るのは目に見えています。

もう一個あるのは、医者を集める以上、予算の確保ができないと話にならない。そこ

は医療局の中でもいろいろな意見があるでしょうし、予算は医療局だけではなく財政局との折衝もある。そういう点では、この答申、報告書というのは今後予算を獲得していく中で一つの材料になります。

(湯浅委員)

アンケートから見ても、今ある医療資源を有効に使うことを考えると、比較的余力があるのは昼間の拠点病院Bと輪番病院なので、そこに昼間のうちに運ぶということを主眼において、診断に応じて可能であればドクターカーもあるし、救急隊であってもそちらに運ぶということになれば非常にいいと思います。

(部会長)

入口と出口の問題の両方にこの答申を持っていけるのは、意義のあることだと思います。昨年の議論を踏まえた上で、どちらかだけではダメなのだろうと、根本的に入口出口を両方改善しないと、2025年の問題に太刀打ちできないという意見がだいぶ反映できてきたのではないかと個人的には思います。

(山崎委員)

議論としては、ドクターカーの概念として2種類あって、従来からある「ひたすら救命」で一刻も早く行って処置をするっていうドクターカーが一般的なドクターカーですが、フィールドに出て行ってある程度のトリアージをしてひたすら救命の場合もあるけど、そうではない人にはそうではない対応をするというドクターカーも考えないといけない。もう一つ、地域救急車的なものは一刻も早く行くというよりは、予約をして使うといったものですが、このような地域で使う新たな搬送手段を作る必要があるとなると、3つで考えることになりませんか。

(部会長)

在宅の先生が呼ぶような、サイレンを鳴らさなくていいような場合でも、今は全部救急車が出ています。横浜では救急隊が77隊で一回ストップなので、これ以上は救急車が右肩上がりに増えないとなると、今ある資源をどう配分していくか考える必要があります。3つあればだいぶバランスが取れてくると考えられます。

(建持委員)

機能に応じて救急車を変えるというのはとてもいいと思います。どちらかというと、うちは最後、うちの病院は在宅の患者さんを中心にとってるので、そういった機能になるのかと思います。今うちの病院でも月に40~50台の救急車が来ていますが、1/3在宅、1/3がナイーブな患者さん、1/3かかりつけという状況で、きれいに1/3ずつということになっています。地域の患者さんは、1回はうちで診ようということでやっていますが、来てみたらやはりちょっとうちで対応困難だということがあります。

あと、輪番病院で心配なのは、日中は検査できるが夜検査ができなくなってしまう輪番病院に、日中、割と重症な方が運び込まれた場合、うちの病院でもよくあるのが夜急変というのが結構あります。その辺を多少考慮しないと長続きしないと思います。

(部会長)

夜はやはり高次の医療機関はマンパワーがあるというところが大きいでしょう。それは医者だけではなく看護師などの体制含めて。そういうところで、セーフティネットとしては、マンパワーがあるからこそ輪番病院の方も昼間に患者を受け取れるのだということもやはり考えておかないといけません。

(豊田委員)

高齢者の人たちも、皆同じ医療をするのかというところはちょっと違うと思います。「もうここまで来たからこれでいいですよ」というような、在宅の先生が関わってきているような話を、途中で受け入れる先生方が、どれだけの時間でそういう信頼関係を作れるかわかりませんが、かかりつけであればそれを夜急変だと捉えなくてもいいような、そういう方向に持っていけないかなと個人的には思うのですが。どうでしょう。

(建持委員)

やはり、かかりつけの強みはそこに一番あると思います。あとは在宅の患者さんは、普通の患者さんよりもそこは意識が強いと思います。それで、1/3、1/3、1/3のうちの本当にナイーブな1/3を、うちの病院の救急外来だけで本当に「もうこのぐらいでいいよね」というところまで持っていけるかどうかは難しい問題で、うちとしても全ての患者さんに慎重にならざるを得ないところがあります。在宅の患者さんで、ものすごく家族の方が一生懸命やっている方の場合、初めて会った救急の医者にいきなりそんなことを言われても受け入れられないという方が少しいたりします。現場にドクターと一緒に乗って行って、年齢的な構成や、ADL的なもので病院を選別していくような、感覚的なものにならなければいいのかなと思います。

(山崎委員)

建持先生に聞きたいのですが、1/3は在宅から消防救急車で来ているということですが、それは先程から出ている例えば地域救急車のように一刻を争わない車両でも、たいていは大丈夫なのでしょうか。それともやはり消防救急車のように一刻も早く現場に行くべきだった患者さんなののでしょうか。

(建持委員)

実は地域性がすごくあるのではないかと思います。うちの病院で登録医になっていただいては先生方はとても意識が高く、前もって情報をかなりいただいています。前日に「この人、明日行くかもしれない」といったファックスを割といただいています。それと、うちの地域の強化型の先生方は、少し調子悪くなったら事前に処置をしてくれているので、翌日本当にまずい状態で運ばれてくる方は、実はそんなにいない。ですので、介護タクシーなどでもいいのではと思う方も多少含まれています。

(部会長)

その議論の内容は、救急業務検討委員会の方に話が出たことを伝えるようにします。今は全部が消防の119番しかないという状況ですね。そこは高齢化社会に向けて、色々な選択肢を増やしていくといった方向性でやっていきたいと思います、急性期の受け皿も考えていきたいと思いますと伝えます。

(山崎委員)

従来の 119 番と組み合わせて、今 119 番するとコールトリアージでABCなどとやっ
ていて、命に関わらなければCとかC+と判定されますよね。そうすると、例えばCや
C+と判定されて、かつ、ドクターとかそういったところからの要請であれば消防救急
ではなくて地域の救急車をディスパッチさせるとか、そのような消防の 119 番との組み
合わせは将来面白いのではないのでしょうか。

(部会長)

そうですね。次の課題でしょうね。

(豊田委員)

#7119 もそうです。

(山崎委員)

それも近いでしょうね。

(部会長)

日本の現場では、1 件何か悪いことが起こってしまうと、もう全部がひっくり返っ
てしまうリスクがあるので、やはり消防としても色々なセーフティネットを入れておかな
いと、おそらくやること自体はほとんどうまくいくのでしょうけど、1 件何かあると全
部終わってしまうので、広がるのは難しいでしょう。ただ、根本的にそういうことやっ
ていかざるを得ないし、やれるのがやはり横浜市なのではないかと思います。

先程のDNARでも同じような問題を抱えています。なかなか他地域では踏み込めな
いところがありますが、横浜では少しずつでもやらないといけない、本人の意思を尊重
しようと、救急業務検討委員会では弁護士の先生も入ってディスカッションをしてそ
ういう方向に、新しい枠組みを作っていこうとやっています。

(湯浅委員)

先程の 1/3 の在宅から来る患者さんについて、結構、密に連絡しているのであれば、
例えば「明日行くかもしれませんよ」といった際に、連絡があった時点で「消防の救急
車を呼ばないで介護タクシーで来なさいよ」とか、「病院の救急車で迎えに行きますよ」
とか、そういう余地はありますか。

(建持委員)

もちろんあると思います。うちは救急車を持っていないので、状況としてさほどひど
い状況でなければ、介護タクシーでという話はしています。

(部会長)

救急車がないとおっしゃられましたが、救急業務検討委員会でも出ていますが、やは
り病院としていきなり箱で 2,000 万円、医療機器を入れたら 3,000 万円のものをいきな
り買うのは厳しい。一方でランニングコストを毎年負担するのはそれほど大変ではない。
最初の初期投資の 2,000 万円の新車を買うこと自体が非常に大変。

今の時点で横浜市では色々な問題があって、払い下げはしていないらしいのです。東
南アジアとか発展途上国に車両自体を更新したものを 7 年、20 万キロ弱くらいで渡して
いるらしいのですが、それを病院の方に、もちろん前提としてそんなにいいものではな

いし、走行距離は長いし、見た目だけはピカピカですが、ランニングコストや修理費用がかかる前提のもとに、病院に対して下せないか。

実際、小田原市立病院でもそのようにやっているし、相模原などでも相模原消防のお下がりやを安く譲り渡しています。そういった枠組みがあると、病院側の方で持つとか、更新するときにやはり一つの選択肢になります。もちろん新車を買えるところはそれが理想ですが、今のご時世なかなか2000万を出すのは難しいところが多いです。

(湯浅委員)

けいゆう病院もありますし、病院救急車を持っているところはおそらく何か所かあると思うので、それを有効活用するといいたろうということと、あと、横浜消防がうちのところにいます。前は横浜労災病院でしたが、試験的にやっていますけれども、見ていると、しょっちゅう出ているわけではないので、例えばそれをドクターカー代わりにして出動するというように有効利用してもいいのかなと思います。高齢者であったりかかりつけだったりしたら、それで行って場合によってはそこで死亡診断する、あるいは病院に連れて帰るということをしていれば、むやみに救急車を呼んで救命センターに運ばなくても済むという印象があります。

(部会長)

今横浜で議論として出てくるのは、こんなに広い中で一つのワークステーションでいいのかという話があります。横浜医療センターでやっているものをどう組み合わせていくか。YMA Tとどうやって発展的に一緒にするか、それとも並列でやるのか。けいゆうや労災でやっている出張所的なものや、あるいは今は循環器内科がメインですが、東部病院のドクターカーを横浜医療センターのように現場に出していくのか。

この一個の円だけでは、一つだけでは無理かもしれません。市民病院のワークステーションが2020年4月からスタートということは一応決まってはいますが、検証をやることによって、もうちょっと広げていくかどうかについて考えられるかもしれません。

一応この答申でも、今後の方向性について考えるべきだろうとなっていて、これは医療局からも強い要望があって、今後の方向性はフレキシブルに考えられるような答申となっています。

(山崎委員)

先程の救急車の払い下げについてですが、やっている自治体はありますよね。でも、私が聞いた話だと三次とか一線級の救急病院に払い下げるといったイメージで、二次や輪番病院などの中小病院に払い下げるとするのは、あまり聞いたことがないのですが、実際、むしろ今後はそういったところに需要があるのでしょうかね。

(部会長)

ただ、今の時点では横浜市としてはOKということにはなっていないのです。救急業務検討委員会の一委員として、それを是非挙げていきたいと思うのですが、それを横浜市側でどう考えるか。私は先生と全く同感であって、三次救急だけでなく、いろんな病院で活用するチャンスがあるでしょうし、何とかそういうことを考えていただきたいと思います。今の時点では、横浜市としては東南アジアの方の発展途上国に贈る・寄贈す

るのが原則であるというのが現状ということですね。

(消防局)

その件について、竹内先生からお話があった消防救急車のことについては、今横浜市消防局としても検討している最中で、まだ具体的にどうするというのは全く出ていません。ただ、そういったご意向があるということ踏まえて、前向きに検討はしているところです。結果はどうか分かりませんが、各都市の状況なども聞きながら精査しているとご認識いただければと思います。

(部会長)

力があるところは新車を買えばベストなのですが、なかなかどこも難しくなっている中で、そういった選択肢が一個でもあると、77 隊で頭打ちとなった救急車を何とか補完するといった点で、これもまた横浜ならではの取り組みとして一つの柱に、先程先生もおっしゃっていた3つの柱、最後のところの新たな枠組みになると思います。しかも、在宅の先生や医師会の先生がしっかり絡んでいただけたらすると、八王子や町田以上に先進的な取り組みになるのではないかと思います。

(消防局)

確認ですが、先程のドクターカーの話の中で、湯浅先生から今までのドクターカーは救命ありきのドクターカーという話がありました。これから竹内先生始め、MCの先生方と運用基準について確定していかなければならない話なのですが、現状で横浜市にドクターカーの要請基準がありまして、その中にも、高リスク受傷機転を含めて、胸痛や背部痛など重篤な循環器疾患を疑わせる病態とか、それから意識障害や強い頭痛など重篤な中枢神経疾患、脳出血とか脳梗塞とかを疑わせる病態というのが要請基準になっています。そういった事例にバンバン出ていくとすれば、その中にこういった高齢者の傷病者も含まれてくる。そうすると、本来救命センターに運ばなければならない傷病者と、安定化処置をして二次に運ぶ患者さんと、その辺をうまく仕切れるのかなと思います。出た状況で、結果として、救命センターに行くのか、安定化措置をして二次病院へ運ぶのかというのは、運営基準のエリアだとかそういったものも関係してくると思います。例えば、市民病院を中心にして半径10キロ圏内はドクターカー全部出ましよう。そうするとだいたい鶴見・港北は全部含まれて、南の方だと上大岡あたりまでクリアできる。そこでまず検証してみて、やってみて、もっとこちらの部分、金沢・磯子の方にも必要だとなれば、そこに方面別に配置していくというような、そういった検証はできるのかなと思っています。ですからまずは、市民病院に配置するドクターカー、研修車両についてどこまで出場させるか、ただ、緊急な傷病者に対して横浜市全域をカバーするのはなかなか難しいと思います。大規模災害とかそういった部分であれば、あるいはYMA Tとかであれば市内全域も考えられると思いますが。

(部会長)

西川課長がおっしゃるように、出動基準をどうするかというのは非常に難しい問題だと思います。確かに、急性期についてはある程度は円を描かざるを得ないと思うのですが、ただ、救急医療検討委員会は公的なものであり、横浜市の諮問機関である以上は、

最初からこの円だけを引いて外れる人が出るのは好ましくないでしょうから、急性期の疾患はその円があるにしても、やはり今おっしゃったみたいに、他の大規模な災害や負傷者事案については横浜全土に行くということを担保しないと、行政で新たにやっていく、予算をつけることは難しい。実情は確かにおっしゃるとおりだと思いますが、市民全体のためになるという視点も入れていかないといけない。一部の人だけのドクターカーではいけないというスタンスになります。

(湯浅委員)

確かに、デリケートな問題ではありますが、救急車を要請した段階である程度はわかるのではないですか。明らかに家族からの要請で、もういつどうなってもおかしくないのだけれども、どうしていいかわからず救急車を呼んだということがわかると思います。その時点でわかるのだから、そちらの方を目的としたドクターカーでいい。それであれば、多少広域であっても、時間がかかっても問題ないような気がします。やはり病態のところである程度分けていかないといけないのではないのでしょうか。

(消防局)

指令センターで 119 番を受信するにあたって、A+、A、B、C、C+とありますけれども、そのランクをある程度オートマチックに運用して出場させないとミスのもとになってしまいます。

指令センターから出場に対してのミスを一個起こしてしまうと、それこそ先程、竹内先生がおっしゃったように、1つのミスがすべてをダメにしてしまう可能性があると思います。

ですから、ある程度しっかり基準を定めておいて、そこでまず運用してみて、それから先のことについて考えていく方がいいのかなと思います。医療局の報告を見ても、市民病院のドクターカーが中心になるのかもしれませんが、そこから外れる部分についても、今後段階的に増強しカバーしていくといった報告書になっています。ですから、例えば、2～3年で全部終わらせようとするのではなく、5年、6年、10年という形の中で、どんどん広げていけば、横浜市全域に広がっていくのかなという気がいたします。

(部会長)

これは今後の方向性の最初のステップであるということで、報告書の案として事務局の方で良くまとめていただいたと思うのですが、他に何か全体を通してありますでしょうか。どこか追加をすとか。

(豊田委員)

救命センターではないという判定を受けて安定化させた人を、今度それをどこが受けるかということに関しては、基本的には余力のある拠点病院Bか輪番病院に昼間のうちに運ぶという形で、そういう方向でいいのでしょうか。

(部会長)

24時間でやるのか、それとも夜間に関しては医師確保と予算確保の問題があるので、昼間だけにするのか。それはこれから、他の会議体や部局との調整が必要になりますが、負担軽減という意味では、二次の拠点病院Bや輪番病院にお願いしていきたいと考えて

います。

(豊田委員)

在宅の先生にそれこそ、そのままそこにいてもらって、医者同士で引き継ぐということも考えられますよね。

(部会長)

医者同士で引き継ぐというのは、それは医者同士だからできるのであって、今の日本の法律の枠組み上は、救急救命士だけでは全部を三次救急に運ばざるを得ないということになっている。そこにくさびを打ち込むというのは、横浜でしかできない画期的なことだと思います。

その他全体を通していかがですか。事務局から何か迷った点やここで諮りたい点はありますか。

(事務局)

先程、先生方の意見で出ました、例えば東部病院や横浜医療センターのドクターカーや救急車の話、あと湯浅先生から出た、横浜労災病院やけいゆう病院で、試行でやらせていただいている、消防で日勤救急車と呼ばれているもの、そういったものを含めてドクターカーの在り方というものは多様なケースがあるのだなと思いました。その辺を含めて、市としてドクターカーシステムという形がまとまって整理をつけられれば、市民にとって本当にいい仕組みができると思いました。ありがとうございました。

(部会長)

色々な話が出ましたが、ここだけに落とし込めないこと、大きなことがありますので、医療局の方でも、次の年度の救急医療検討委員会の議題をこれから考えていく時期でしょうから、その一つの材料に消防の方もそうですけれども、救急業務検討委員会も新しい年度に向けてテーマを考える上で、こういうディスカッションの内容を是非活かしていただけるとありがたいです。

(事務局)

実際にドクターカーを運用していくにあたっては、やはり救急隊との連携や救命活動も絡んでくると思いますので、そういう意味では、メディカルコントロール協議会が中心となって、そういったところを調整する必要があるのかなと思います。

(部会長)

そうですね。そこの連携がなくては始まりません。あとは研修を仕切る消防局の考えなど、色々なところでやはりまだまだ、特に各論に関して整理していかなければなりません。そこは非常に大きな問題で、これから練らないといけない。ただ、2020年の4月に一応市民病院のワークステーションは建ちます。そこは、研修機能がメインであるので、どうやって機能を付け加えていくか、今ある意味ギリギリのタイムリミットなのでしょうし、ある程度方向性をもって考えていきたいです。

(山崎委員)

一つだけ懸念材料があって、ドクターカーを運用するときに、患者側はドクターカーを要請していないのです。119番を要請している。ですが、ドクターカーは、普通は往診

料と救急搬送診療料を請求するということになるので、無料であるはずの 119 番が有料になるということが起こるのです。

(部会長)

そこは、他のところのドクターカーでは確かにやっていますけれども、YMATは患者に対しての請求はしていないですよ。横浜市はとっていないですよ。

(事務局)

とっていないです。

(山崎委員)

そこがドクターカーになってどうなるのかというところ。今までは特に重傷であるし普通の救命士では対応できないから、やむを得ないという解釈が成り立ちますが、今回のように、ある意味それほど救命措置がいない人が有料になった場合、市民からしたら、そこでお金を払うのかというように、つっこまれるかなど。

(部会長)

ただ、東京消防庁はとっていないのですよ。東京消防庁としては、やはり 119 番は無料なのでそこに医者が勝手にやってきてお金をとるわけにいかないということであって、いない。

(山崎委員)

それは、病院は請求していないのですか。

(部会長)

していません。最初から請求するならば、東京消防庁が要請をかけない。

(山崎委員)

東京消防庁は確立立場としては、単なる情報提供であって、行くなら勝手に行ってくださいというスタンスで、行けとは言っていないですよ。そこを単なる情報提供でなく、市ぐるみでやっていこうとなったときに、ちょっとどうしたものかと。

(部会長)

そこはおそらく患者側からしたら、無料のものを呼んだはずなのになぜ請求書が回ってくるのだという反発は絶対起きるでしょう。

(山崎委員)

それは整理をしておいた方がいいのかなと思います。

(部会長)

そうですね。大きな問題ですね。

(消防局)

その点に関して、仮に消防のドクターカー、ワークステーションの車で考えると、市民病院の先生が乗っていくわけではなくて、先生おっしゃっているように、いろいろな病院の先生方が研修の指導医として来ていただいて、そこにドクターカーとしても運用していただくことになれば、その先生のいるポジションというのは病院から行くということにはなりません。そうすると、そこで先生個人が診療費をとるわけにいかないでしょうし、病院が請求するとなると、この場合、その病院が存在しないことになるのか

なと思います。

(部会長)

全部のドクターカーもドクターヘリも、病院の分院から現場に行っているという流れでやっているの、医療費は正規の緊急往診料などを全部普通にとりましょうということでやっています。

(消防局)

藤沢市民病院のドクターカーは市民病院のドクターが乗っているのですが、往診料などを請求しています。ただ、それはあくまでも消防とは全く切り離して、病院と患者さんのやり取りの中で請求をしている。ですから、一切消防は関わっていないのです。苦情も全て病院が受けていただくということでやっていると聞いています。これはあくまでも情報ですので、うちがそうしてくれという話ではありません。

(部会長)

緊急往診料や処置料、エコーをやったりすると 30,000 円くらいはかかってしまう。30,000 円の 3 割負担で 9,000 円とした時に、ドクターヘリで 9000 円なら安いなと思いますが、「救急車は無料なのに、ドクターカーなんて呼んでない」と、やはり色々なところで苦情になるかもしれません。確かにお金のことは今まで考えていなかったですね。

(消防局)

先程、湯浅先生からお話しいただいた、けいゆう病院と横浜労災病院に配置している日勤救急、これについてはまだ完全に試行です。逆に来年度継続できるかどうかかわからない。そういう状況の車だということをご理解いただきたいと思います。

(部会長)

それは 77 隊の中に入っていますか。

(消防局)

入っていないです。別枠です。2030 年に救急出場件数が 24 万件を超えるだろうという中で、77 隊で対応ができるのかということが視点としてまず 1 点、あとは職員の働き方改革、この 2 本柱で試行をしまして、来年度以降、継続するかしないかは全く白紙の状況です。ですので、今ここで日勤救急の方は継続性がないものなので、ドクターカーの枠の中からは外していただいた方がいいと思います。

(部会長)

その他、全体通していかがでしょうか。

(荏原委員)

ドクターカーとは違いますが、5 頁のアンケート結果で私の感想なのですが、うちは輪番病院で、なかなか夜間はマンパワーのこともあって受けるのは無理だけれども、日中は頑張りたいというのは、このアンケートのとおりなのです。やはり私たちも入院してくれる患者さんはほしい。自分たちの身の丈に合った患者さんは入院患者さんなのです。それで、少し意外だったのが、拠点病院 B がこんなにも余裕があるというところです。拠点病院 A と B をきっぱり線引きすることはできないし、3 次救急と 2 次救急もきっぱり線引きすることはできないけれど、これをもうちょっと均す工夫をする必要があ

ると思います。システムや、いわゆる診断基準、クライテリアをどう変えていくか。ここをうまく均せないかなと思います。

(部会長)

そこはMCとも関係しています。拠点病院Aは疲弊感満載なのに、拠点病院Bは疲弊がない。

(荏原委員)

うまく流れていない。

(部会長)

そういうことですね。もっと運んでくれという裏返しなのです。

(山崎委員)

先程、豊田先生がおっしゃったように、二次Aは実質三次もやっちゃっているから疲弊しているのかもしれない。あとは、二次Aと二次Bはほとんど要件に変わりがない、唯一変わってくるのが、CPAを受けるかどうかと、MCに人を出すかどうかというところ。MCの会議に人を出すのはそれほどすごい負担ではないと思います。

(豊田委員)

CPAを受けることも、それほど負担ではないと思います。

(山崎委員)

そうすると、三次と二次が一緒なのが一番の原因なのでしょうか。

CPAは二次Bには運ばれないですよ。だから、それを負担と思うのか、どっちなのかなと考えると、CPAをやっていること自体はそんなに大きな負担ではないですかね。

(豊田委員)

負担ではないと思います。

(山崎委員)

例えば、湯浅先生のところはCPAあまり運ばれないですよ。それがCPA行くということになると途端に負担が増えますか。

(湯浅委員)

いや、そんなことはないと思います。

(山崎委員)

やはり、三次をやるかやらないかで、すごく負担感の差が出るのですかね。

(豊田委員)

1件何時間もかかる治療をやるとなると、それは負担かもしれませんが。

(部会長)

ショックとかは大変ですけど、CPAのほとんどの症例は決着が早いです。

(山崎委員)

CPAの受入について、二次BもOKにしてしまうのも1つですね。

(部会長)

確かにそこも大きい話ですけれども、今までの枠組みがそのままいいのかということが、このアンケートから見えてきますね。今までの歴史と伝統と、今までの調整の結果なわけなので、なかなかすぐいじるわけにもいきませんが、今までのやり方ではいけないのかもしれない、もう少し枠組みを変えなくてはいけないということが、このアンケートから非常によくわかると思います。

(豊田委員)

それこそウィットネスがないようなCPAは二次のBに流すとか。

(部会長)

実際、大和市などはそのようにしています。目撃がないものは全部地元の輪番病院に運んで、目撃のあった救命事案は全部遠くの三次の救命センターに運ぶというように徹しています。

(山崎委員)

平塚市に聞いたら、平塚市は平塚市民病院だけが三次で残りは全部二次なのですが、CPAの大半は二次に行くと言っていました。

(部会長)

おそらく、地域によってはそういうところがあって、相模原なんかは同じように全部が救命センターに行くしかないというやり方をしている。やはり地域差とか温度差とか、色々な今までの歴史があるのでしょうか。横浜が果たしてこのままでいいのか、このままでいくのか、ある程度変えるのか。今後のディスカッションの大きな1つのポイントになると思います。

(山崎委員)

拠点BがCPAをほしいと思っているかどうかわかりませんが。

(豊田委員)

思っていないかもしれない。

(湯浅委員)

うちは研修医の教育上、来てもらったほうが嬉しいです。

(部会長)

教育上や経営上など、色々な判断があっで一筋縄ではいかないでしょうが、このアンケートをやったことで、様々なことが見えてきました。

(山崎委員)

こんなに差があるとは確かに思っていなかったです。すごい差があるなど。

(部会長)

重要な指摘があると思います。この点について、今度親会があるので伝える必要があります。そこは私の役割、事務局の役割ですが、両者と一緒に相談しながら、どうやって報告するか具体的に詰めて、先生方の意見をしっかり伝えさせていただきたいと思います。

他に何かありますか。

(赤羽委員)

横浜市医師会の会員が 3,800 人そのうち開業医が 2,200 人、去年の 9 月のアンケートで、この 2,200 人のうち訪問診療をやっている人が 500 人いました。ただ、一人だけとか外来に来ていた人のところに行っているというのがほとんどで、新規で受けるとか今までかかりつけ医がいない人を受けるといった人は、かなり少なくなってきました。やはり、看取りまでちゃんとやっているという比率は少ないかなど。現場の僕らの印象は、だいたい 1 区に 10 人くらい。ちゃんと最後まで看取りをしてくれる医師だと思えるのはだいたい 10 人くらいです。

在宅の医師たちが救急問題を自分たちの視点ではなく、逆に救急の問題から見ているのかなというところが、少しくまわっていません。こういう人達にきちんとした情報を伝えていくことが大事です。去年の 9 月のアンケートなので、今年 7 月にもう一回、全く同じ内容のものをやっていますので、去年から今年でどれくらい増えたか、近いうちにお知らせできればと思います。もう少し情報の伝え方を工夫して、在宅医をきちんとした形で誘導していけば、質感が上がっていく気がします。

(部会長)

では、一応、1 時間半経ちましたので、基本的な方向性としてはこの案を進めてよろしいでしょうか。あとは親会がありますので、そこで今日の議論を伝えさせていただきます。親会から色々な要望があるかもしれませんが、そこは答えられる範囲で、ここで出た議論については私が責任をもって親会に説明したいと思います。

あとは今後のスケジュールを事務局の方からお願いいたします。

(事務局)

今後のスケジュールについて、
資料 2 を基に説明。

3 その他

(部会長)

ありがとうございます。では、最後の議事のところでその他ですが、皆さんからご意見等ありますでしょうか。

(消防局)

西日本豪雨の被災地支援について、
消防局から報告。

(部会長)

医療の方は、準備はしていましたが、今回は地元が中心でできていますので DMA T は出てなくて、あと県警の方で P-R E X が 36 人くらい昨日から出て、それは広島に入っています。それと県警ヘリの方は昨日の時点で岐阜に向かっていますので、県警

と消防は別口でやっています。
その他にありますでしょうか。
それでは、事務局に進行をお返しします。

4 閉会

(事務局)

委員の皆様方におかれましては、昨年12月から、お忙しいところタイトなスケジュールの中で、貴重なご意見をいただきまして、誠にありがとうございました。

報告書につきましては、本日の委員の皆さまのご意見も踏まえまして、部会長とももう一度確認させていただきながら、8月に控えております横浜市救急医療検討委員会で報告させていただきたいと思っております。

最後に、部会報告書のとりまとめに、ご尽力いただきましたことを、改めて深くお礼申し上げます。ありがとうございました。竹内部会長につきましては、これまで議事進行していただきまして、本当にありがとうございました。

今回、竹内部会長と豊田委員につきましては、親会の方にも参加していただくこととなりますけれども、今日これまでご議論いただいた内容を親会の方にも報告をさせていただきながら、先程のスケジュールに沿って進めてまいります。8次の提言として来年、年明けになるかと思っておりますけれども、市長に報告する形となります。本当にいろいろとご議論いただきましてありがとうございました。

本日はこれにて閉会させていただきます。

以上