

平成 29 年度 第 2 回 横浜市救急業務検討委員会 会議録	
日 時	平成 29 年 12 月 6 日 (水) 19 時 00 分～20 時 45 分
開 催 場 所	横浜市健康福祉総合センター 6 階 会議室 (横浜市中区桜木町 1-1)
出 席 者	赤羽重樹、恵比須享、河村朋子、小山朝子、佐藤英仁、高井佳江子、竹内一郎、武田英子、新納憲司、新田國男、平元周、水野恭一、三角隆彦、吉井涼子
欠 席 者	栗原美穂子、島本洋一
開 催 形 態	公開 (傍聴者なし)
議 題	超高齢社会における救急広報のあり方
決 定 事 項	
議 事	<p>(事務局)</p> <p>ただ今から、横浜市救急業務検討委員会を開催させていただきます。</p> <p>まず、本日の会議の出席状況をお伝えします。本日は、委員総数16名のうち、栗原委員と島本委員の2名がご欠席、平元委員からは30分ほど遅れるとのご連絡をいただいておりますが、現時点で、委員総数の半数以上のご出席となっておりますので、横浜市救急業務検討委員会運営要綱第7条第2項の規定のとおり、会議は成立しておりますことをご報告します。</p> <p>それでは、議事に入ります前に、資料の確認をさせていただきます。</p> <p>(資料の確認)</p> <p>それでは、以降の議事進行につきまして、水野委員長にお願いいたします。</p> <p>(水野委員長)</p> <p>それでは、次第に沿って議事進行を務めさせていただきます。</p> <p>早速、議事に入ります。前回の議事録について、事務局から説明をお願いいたします。</p> <p>(事務局)</p> <p>(資料1「第1回横浜市救急業務検討委員会まとめ」について説明)</p> <p>(水野委員長)</p> <p>議事録というより、意見のまとめですが、これについて何か御意見はありますか。</p> <p>(竹内委員)</p> <p>最後の2行の病院救急車を活用した救急搬送の仕組みということですが、今後の救急需要を考えると横浜市の消防の救急車では賄えなくなるからという考えは賛成なのですが、一点だけ、病院でどのように車両を用意するのかという問題があります。救急車は1台2千～3千万円するので、それを民間の病院で購入するのは、なかなか難しい実情があります。横浜消防の救急車も更新する中で、走行距離は20万キロを超えているかもしれませんが、見た目は新しい。現時点で、海外に輸送したりする仕組みはありますが、民間の病院に譲渡する仕組みはありません。消防としては、使い古した救急車なので、病院に譲り渡すというのはなかなか抵抗があるか</p>

もしれませんが、病院からすると、2千万円の車両を購入するのは難しいです。格安で譲っていただき、ランニングコストを足した方が病院としては維持しやすいと思います。今後、病院救急車を活用していくのであれば、病院側に譲ることも検討していただければと思います。

(新納副委員長)

今の問題ですが、自分の病院に搬送するときに病院救急車を使うということですか。

(竹内委員)

その場合もそうですし、転院搬送や災害のときにも使えると思います。

(新納副委員長)

病院では、消防の救急車の代わりはできないと思います。

(竹内委員)

前回の会議では、転院搬送や老人保健施設からの搬送などで医師がそれほど緊急ではないと判断したものについて使用したいとのことでした。

(新納副委員長)

自分の病院以外の病院に搬送するのは、なかなか難しい。どこの病院の医師や看護師が同乗するのかなど、いろいろな問題があります。病院協会の中では、それは無理だろうという話になりました。この議事録では「賛成」と書いてありますが、前回の会議でそのような意見が本当にあったのですか。

(三角委員)

私が前回の会議で、自分の病院としては、広い意味を含めてですが、私の三次救急の病院ではドクターカーを使っているので、逆に言えば、そのドクターカーに相当するものを、もう少し敷居を低くして使用するのは賛成と言いました。結局は、自分の病院に搬送するイメージですが。全体として賛成なのかどうかというのは、確かに疑問かなと思います。

(新納副委員長)

ミニドクターカーみたいな感じですね。それは、賛成しかねます。三次救急の病院はいいですが、一般病院では、転院搬送などはできても、消防救急車の代わりとして運用することはできません。病院協会としては保留とさせていただきたいと思います。

(水野委員長)

その辺は、誤解のないように書いてください。

(事務局)

説明が不足したかもしれませんが、病院救急車の活用は、決して救急隊の代わりにという趣旨ではございません。非常に救急需要が増大している中で、例えば病院間の搬送などに病院の救急車を使うことを検討していきたいという趣旨です。これは、厚生労働省や総務省消防庁からも通知が出ています。それに沿った形で、横浜市の形として、皆さん方の御意見も踏まえて何かできないかという趣旨です。

(新納副委員長)

自院の患者の病院間の搬送は、これまでもやっています。他の病院へ患者を搬送するのは、病院協会としては、まだ保留にさせてほしい。病院協会の中で話し合った結果、東京都がやっているような病院救急車を活用した搬送システムは無理ではないかとのことでした。

(事務局)

ありがとうございました。本日はそこまで具体的な議論は予定しておりませんので、次回以降、整理をさせていただきたいと思います。

(水野委員長)

他に何かありますか。それでは、前回の会議で、事務局にアンケートをお願いしましたので、事務局から各種報告事項について説明をお願いします。

(事務局)

(資料2「訪問診療医における救急車利用に関するアンケート調査結果」、資料2-2「訪問看護師に対する救急車利用に関するアンケート調査結果」、資料2-3「介護施設等における救急車利用に関するアンケート調査結果」について説明)

(水野委員長)

ありがとうございました。ただいま報告していただきました内容について、この結果だけについて確認しておくべき事項がございましたら、ご発言をお願いします。

(平元委員)

だいぶ回答率が低いと思うのですが、これで判断していいのかという問題があると思います。意識的にやっているところは回答していると思うのですが、そうでないところは回答していない可能性があるもので、これで全体像を検討するのはいかがかと思いますが、その点についてはどうでしょうか。

(事務局)

調査期間が短かったということもあり、回答率も約20%と低いですが、消防局としては、個々の御意見もいただけたと思っております。

(平元委員)

施設に対しては、年間何件の看取りを行っているかということも調査しなければいけないと思います。60%の施設が看取りができるという結果ですが、年間の看取りが何件かを聞いた方がよかったことと、回答を催促しなければいけなかったのではないかと思います。

(水野委員長)

おっしゃるとおりだと思います。前回の会議結果を受けてのアンケートですので、結果についてだけ御質問をお願いします。議題の方で、このアンケート結果に基づいて、今後、どのように取り組んでいくべきか、そのあたりは、この後で議論していきたいと思います。

次に、資料3について、事務局から説明をお願いします。

(事務局)

(資料3「横浜市メディカルコントロール協議会執行体制について」  
について説明)

(水野委員長)

これについては、竹内委員からメディカルコントロール協議会の進捗について報告をお願いします。

(竹内委員)

全国でメディカルコントロール協議会が設置されていますが、救急隊の現場の活動を医師の代表が参画する会議体で決定していくもので、プロトコルの策定や現場活動の検証など、横浜は日本全国の中でも進んでいると思います。いくつかのワーキンググループが設けられていますが、ここで審議されたことをメディカルコントロール協議会(親会)に報告をし、そこで集約したものをこの委員会でお伝えしていきますので、齟齬がないように進めさせていただければと思います。

資料3-2、3-3ですが、日本臨床救急医学会が日本全体でこれからの高齢化社会に向けて蘇生を希望しないような人が、救急車を要請した際の対応について検討していて、今年の5月に答申が出ました。しかし、どうしても法的に問題があるのかといったところまで踏み込まず、全国統一の基準を策定できなかったという実情があります。横浜市の特徴は、司令センターに医師が常駐していますので、そこで医師の権限と、すぐに救急隊が医師に連絡できるという体制の中で新たな方向性を出せないかということ協が進んでいます。救急隊が現場に到着して、傷病者が蘇生を望まない方だった場合は、かかりつけ医に連絡がつけば指示をもらい、連絡がつかない場合は、その代行を司令センターにいる医師(メディカルコントロール協議会の救命指導医)ができないか協議をしています。

(水野委員長)

ワーキンググループの委員であります、赤羽委員と恵比須委員から何かありますか？

(赤羽委員)

これを基にして、具体的な場面を想定して法的な部分も含めて判断できないのですが、練って作っているところです。

(恵比須委員)

補足させていただきますと、いちばん問題になるのは資料3-3にあります「心肺蘇生等に関する医師の指示書」です。これは、ある程度共通化したもの、なおかつ簡略化したものを次回のワーキングで検討し、メディカルコントロール協議会に報告する予定です。

(水野委員長)

それでは、まだプロトコルは決定ではないということですね。

これに関して、何かご質問はありますか。それでは、メディカルコント

ロール協議会で引き続き検討をお願いいたします。

次に、議題の「超高齢社会における救急広報のあり方」について、アンケート結果を基に議論を進めたいと思います。資料4について、事務局から説明をお願いします。

(事務局)

(資料4「議題「超高齢社会における救急広報のあり方について」、資料4-2「市民公開シンポジウムちらし」、資料4-3「消防局の救急広報の取組事例」について説明)

(水野委員長)

ただいま趣旨説明がありましたが、議題を分けて進めたいと思います。まずは、「救急車利用に関するアンケート調査結果を踏まえ、今後、在宅医療関係者や介護サービス関係者向けに広報をすべきポイント及びその手法について」ということですので、同業者でも介護施設の方針によってだいぶ違ってきてしまうと思いますが、吉井委員から何か御意見をいただけますか。

(吉井委員)

アンケート結果は、数は少ないですが、思ったとおりの結果だと思いました。具体的には、急変のときに、在宅医は医師又は訪問看護に連絡をしてくださいと指導し、訪問看護師も急変時には訪問看護に連絡をしてくださいと指導しているところが多く、プラス、訪問看護が入っていないときはケアマネが24時間担っています。介護職の方と一緒に働いていて思うのは、「死」に対する考え方が医療職、介護職と全く違うということです。介護職の方の方が「死」に対して不安とかかわいそうだと思う気持ちが強く、医療職は比較的ドライに考えるのだと思います。以前経験したことなのですが、医師と看護師がご家族と話し合いをして在宅で看取ろうと決めていたのですが、そのことが介護職の方まで伝わってなくて、患者さんが急変した時に救急車を呼んでしまったことがあります。こういったことから、チームとして介護職も含めてどのようにしていくか理解をさせていただかなければいけないと思います。そういう意味では、広報や教育として介護職を巻き込んで周知をしていった方がいいと思います。

(水野委員長)

確かに職業によって考え方が異なると思います。同じく訪問看護の河村さんどうですか。

(河村委員)

在宅の関係では、在宅医と訪問看護が主導になればいいのですが、おそらく在宅医がいない場合の方が多いと思います。病院の先生が主治医だと「何かあったら病院に来てください」となるので、病院に行かざるを得ません。そここのところの病院の対応はどうなっているか、もう少しアンケートで聞いてみたかったと思います。在宅の場合、在宅医、訪問看護師、介護職が連携を図れば可能かなと思いますが、病院の主治医に指示書をもら

っている方も多いと思うので、そういうことも考えていかなければいけないと思いました。

(水野委員長)

病院を主治医としている方になぜ病院を主治医にしているのか尋ねると、「いつでも入院させてもらえるから」と言う方が結構いらっしゃいます。平元委員はいかがですか。

(平元委員)

在宅や施設でしっかりしているところは、救急車は使わないと思いますので、それ以外のところが問題だと思います。在宅の先生でも「何かあったら病院に行きなさい」と指導している先生もいるわけです。その中には「看取りまでやらない」と言っている先生もいますし、実際に、私もかかりつけの患者さんはうちの病院で受け入れています。この前の会議でも言いましたが、現在は心肺停止の患者さんは三次救急に搬送されてしまうので、かかりつけの病院に搬送する体制があってもいいと思います。

(水野委員長)

三角委員の病院はいかがですか。

(三角委員)

中核病院が関わっている患者さんというのは、それなりの必要性があるわけで、「何かあった時には病院へ来てください」と言っていて、その時には救急車で搬送されることもあると思います。

(水野委員長)

施設関係で、グループホームの武田委員はいかがですか。

(武田委員)

グループホームは、夜勤ではユニットに1人なので、急変した時に相談者がいないという状況ですので、マニュアルが行き渡っていないとあわてて救急車を要請してしまうことがあります。職員教育が必要だと思っています。

(水野委員長)

医師会の方で、在宅をやっていて、看取りまではやらないということに関してはいかがですか。

(赤羽委員)

看取りまでやらないという医師は、延命を希望しない患者さんが徐々に衰えていく中で、亡くなる前に主治医が交代になると思います。急変した場合はまた別ですが。

(水野委員長)

上手く連携が取ればいいのですが、これは、今後の医師会の課題でもあると思います。その他に何か御意見ありますか。

(赤羽委員)

一番の議題ですが、“救急車利用に関する”というところで、救急隊がどれくらい疲弊しているのかということは何となくマスコミが報道して

いるということしか一般の方は分からないのではないかと思います。横浜市には救急隊が何隊あって、出場件数が何件あるのか、今後どれくらい件数が増加するのか、そして救急隊がどれくらい足りなくなるのかということなどを数字で公表していくことも必要だと思います。それから、訪問診療医に対するアンケートで、5ページの一番上の4ですが、これは延命処置を希望しない患者さんが心肺停止になってしまったときに、「基本的には看取りを行っているが、自分が駆けつけられないときは、家族等に救急車を要請するように指示している」と回答した医療機関があるんですね。これは、これから医師会で強化型の連携診療所になっていたり、主治医の交代ということをやっていくので、この23件は減らせるのかなと思います。それと、介護施設に対するアンケートで、26ページですが、「常時看取りが可能」と回答している施設が193件あるのですが、施設形態ごとの数字も必要になるかと思います。ここをもう少し分析すると看取りができる施設とできない施設が分かってくるのかなと思います。

(水野委員)

特養、老健、その他グループホームいろいろと形態がありますので、それぞれ分析することは大事だと思います。

(平元委員)

アンケートに、例えば、「年間何件くらい看取っていますか。」という質問を入れると、数多く看取っているところはしっかり体制もできていると思いますので、より実態把握ができるかと思います。

(水野委員長)

広報すべきポイントや手法について、いろいろと御意見をいただきましたが、これに関して何か御意見ありますか。

(新納副委員長)

神奈川新聞社さんの方でどのように広報すれば良いかなど、何かありますか。

(佐藤委員)

議題の2番になってしまうかもしれませんが、いろいろな専門家の方のお話を聞いていると、医療や介護に詳しい方は言うまでもないことでも、一般の人にどう伝えるか、ターゲットによって分けた方がいいと思いました。介護関係の施設の中でも教育が大事だというお話も出ていましたが、死に対してこれが不安とかマイナスなのではなく、「人生のいい終え方」というプラスのイメージを全体的に持たせることが大事なのかなと思います。記者もマイナスイメージを持って記事を書くとマイナス的になりますので、まずは、横浜市は「いいこと」を積極的に全国のモデルとしてやろうとしているというイメージを持つことが大事だと思います。その上で救急車の利用がこれだけ増加していて、救える命があるということもちゃんと伝え、だからこそ医師、看護師、介護職の方たちは有効に救急車を使える、有効に最期を迎える、そういうことをやるんだということを理解し

てもらえるような教育、伝え方などが大事になるかと思えます。

(水野委員長)

竹内委員はアンケート結果から何か見えましたか。

(竹内委員)

横浜市メディカルコントロール協議会の体制としても、本来、患者さん自身が蘇生を希望していない場合は、その意思に反することなく、救命センターに搬送されないようなシステムが必要だと思います。横浜市ならではの司令センターに医師が常駐しているという取組で少しずつ進めていくことができるかなと思っています。

(水野委員長)

吉井委員はいかがですか。

(吉井委員)

アンケートの結果に戻りますが、資料26ページの7番で、延命処置を希望しない意思があることが事前に分かっているにも関わらず、救急車を要請しているという理由はどういうところにあるのでしょうか。

(水野委員長)

実態的には、救急要請してしまう施設はあるんですよね。そこが、どういう理由で救急車を要請してしまったのかというところは、もう少しアンケートをとる必要があったのかなと思います。今回のアンケートだけでは結果は出せませんが、意図を理解していないと慌ててしまって救急車を呼んでしまう、感情論に走ってしまうのかなという気がします。

高井委員はいかがですか。

(高井委員)

広報は、超高齢者の場合は、ご本人が救急要請をするというよりは介護施設の方やご家族が要請することがほとんどだと思います。以前、道路関係の広報に携わったことがあります。広報よこはまやちらしを配付してもまったく効果がありませんでした。現在、消防では介護施設、幼稚園等様々な場所に消防職員が出向いて啓発広報を実施しているようですが、そのように少人数で地域の方を集めて、講座や説明会をやるのが一番浸透する感じがします。道路関係の広報のときも、そのような活動をしたらようやくご意見が出てきました。町内会や家族を介護している人を対象にしてもいいでしょうし、そういったところで救急隊が疲弊していることとか、救急車の適正利用といった出前講座など、地道に活動するといいと思います。

(平元委員)

市民公開講座は、かなりの人が来ます。大変だとは思いますが、各区で「人生の最終段階をどうするのか」といったテーマで講座を実施すると、結構人が集まってくれると思います。

(水野委員長)

小山さんはいかがですか。



(小山委員)

私もメディアの人間ですので、一般の方への広報ということで言いますと、「心肺蘇生等に関する医師の指示書」を見て感じたのは、おそらく代諾の方でも大丈夫という体裁はとっておられると思うのですが、認知症の方が増えていて、人生のラストステージで自分の判断ができない方が増えていることを考えますと、元気なうちからどこでどのように暮らすか、看取られるか、ということ是一般市民が考える必要があるということをお伝えしていく必要があると思います。それには、やはり公開講座も有用だと思いますし、今はエンディングノートみたいなものがあるのですが、そのような自分が使えるノートを使って、自分が救急車を呼ぶときのこと、そして自分の意思などを書けるようなツールがあると有用だと思います。

(水野委員長)

新田委員、議題2も含めてご意見ありますか。

(新田委員)

在宅の患者さんの59%が85歳以上を占め、施設と特養等ではほとんどが80歳以上です。その人たちが、「どのような状況で具合が悪くなったり、救急医療が必要となるのか」、また、先ほど、佐藤委員が言ったように、救急車を呼ばないということではなく、「救急車を呼ぶということはどういう状況なのか」、「救急車利用について、在宅や施設の要介護3、4、5の方たちが救急車を呼ぶということはどういうことなのか」、市民にとっては、救急隊が大変だから呼ぶのをやめようという話をしているわけではないと思います。市民目線で見ると必要があると思います。例えば、東京都では看取り支援事業として市民公開講座、他職種向けのワーキング、医師向けのワーキングの3つに分けて行っており、今年二年目になりますが、その中で、要介護の人たちが急変ではなく、病状の変化や看取りでは救急車はいらないだろうという話になるだろうと思います。しかし、10%程度は本当に急変となるわけで、いわゆる軽度の人たちが救急車を呼ぶわけです。この方たちが病院で救急医療を受けた後、どういう状態になるのかということも含めて市民層が分からなければいけないところです。例えば、胃ろうが必要になってしまったなどいろいろな状況や疾患がありますが、本人がそういう状況になりたくないということであれば、救急車は呼ばないと判断するだろうと思います。アンケートは回収率19%でも、いいアンケートだと私は評価いたします。

(水野委員長)

確かに急変というものは意味が広いし、急変と判断した人の能力や経験によって違ってくることですね。

(新納副委員長)

回復するのかもしれないのかについての判断はできないので、そういった場合は医療に頼らないといけません。では、誰が判断するのか。医師でも判断できない場合がありますので、救急隊も大事なツールだと思います。それ

を一概に救急車を利用してはだめと言うのではなく、そこについてよく考えないといけません。とにかく救急車を呼ばないと心肺蘇生をしないと、まず延命と心肺蘇生は違うので、よく検討しないとイケないと思います。

(水野委員長)

だいぶ時間も経過してきているところですので、議題2について進みたいと思います。「人生の最終段階における傷病者の意思に沿った心肺停止傷病者に対する救急隊の応急処置のあり方」については、いかがでしょうか。

(平元委員)

人生の最終段階における傷病者の対応について、横浜市内でもグリーンノートやイエローノートというものがありますが、各区バラバラですね。さらに中身についてもあまりにも莫大な量があります。ノートの一部を見れば救急隊が判断できるものに統一していくことが大事かと思います。

(新田委員)

先ほど、赤羽先生がおっしゃった心肺蘇生等に関する医師の指示書について、臨床救急医学会のものもそうですが、「代諾者の署名」とありますが、患者にとって代諾者の決定ってとても難しいと思います。ここには2つ書いてあり、これだと何を言っているかが良く分かりません。プロトコルについては良くできていると思いますが、書面については、家族等が混乱するのではないかと思います。傷病者にとって一番適切な代諾者とは誰なのかという問題になります。もう一つは医師の指示書とありますが、指示書によって心肺蘇生をするのかしないのかと考えると、もう少しやわらかいPOLST(ポルスト)のような話の方が市民受けすると思います。

(竹内委員)

ただいまメディカルコントロール協議会としては、作業部会でお願いしているところで、全体のプロトコルは審議できていない状況です。

(水野委員長)

代諾者というのは、主たる介護者ですか。

(新田委員)

そうではないです。代諾者というものについて、本人の代行権というものは誰にもなり得ないです。子供であっても利益相反者になる可能性があるということです。そうなると、誰が代諾者として決定するのかという問題になってきます。もちろん成年後見人がいれば、成年後見人が行うことになるかもしれませんが、これについて、日本においてもまだできていない部分だと思います。

(高井委員)

病院での治療に関して同意権は、成年後見人ですらもっていません。ましてや心肺蘇生を行わなければ、命を失うようなことを理解した上で、他人が決めることができないわけです。だから、代筆者というのであれば

わかります。本人の目が見えない場合や判断はできるが手が動かないなどの理由が必要になると思いますが、代筆するなら分かります。しかし、人の命について決めるうえで代諾ということ自体があり得ないと思います。

(赤羽委員)

この書類は、実は日本臨床救急医学会から参考にさせてもらっているのですが、私たちもとても困っている。これを書いてしまうと、見捨てられてしまうという書類になると感じている。これにサインしてくださいと言うことになると脅迫的な感じになると思います。これは、本人が望んでいないということを引き出す紙であって、これにサインすると救急車を呼んではいけないということになるといけないと思っています。

(新田委員)

補足ですが、これは医師の指示書ではなく、本人の意思決定を前面に打ち出し、横浜の救急隊は、傷病者が心肺停止の場合には、「本人の指示書はこうであった」そして、「かかりつけ医も含めて、それを認めた」、「もしかかりつけ医がいなければ、メディカルコーディネーターが判断する」そんなようなことであれば、いいかなと思います。

(赤羽委員)

医師の署名欄はあくまでも、これはご本人の意思表示であり、かかりつけ医や在宅医がいるならば、救急隊到着時に、「本当にそうなのか」を確認する。またはかかりつけ医に連絡が取れようにするためのスペースと考えています。

(新田委員)

それでは、指示書はやめた方がいいですね。

(平元委員)

救急隊が、患者さんの指示書があった場合、何もしないで黙って見ているというのは、どうなのかなと思います。やはり、心肺蘇生を試みて、どの段階で中止の判断をするのかをメディカルコントロールで決めていく中で、明確にしていく必要があると思います。より中止が早まるというような流れにしていく方がいいと思います。

(赤羽委員)

我々が作っているプロトコルは、臨床救急医学会のものより少し複雑になっています。まず、救急隊到着時には蘇生はするようにしていて、この書類が見つかった場合に、主治医に連絡を取る。主治医に連絡が取れて、主治医から「蘇生は行わないでくれ」という指示があったら、そこで中止する、というものを考えています。

(水野委員長)

人生の終末期とはいつからなのか。グループホームとかはどうですか。私もグループホームを見ておりますが、ほとんどが認知症で、突然具合が悪くなります。例えば、便秘して、病院で診てもらったら、がんが見つかり、もう手術もできずに突然ターミナルになってしまう。そういう時に、

家族を呼んで、段階を見て2～3回に分けて、最期はどうされたいかについて話をするのですが、なかなか理解してもらうのは難しいです。こういう場合はどうですか。まず看取りは行っていますか。

(武田委員)

うちのグループホームでは行っています。実際、認知症だとがんになると自覚症状が出てくるのにすごく時間がかかって、こういう状態になるまでに気付かなかったのかと言われることはあります。実際に認知症になってグループホームに入所される方には、ご親戚がお亡くなりになるなど死を身近に感じた時などを機会に、お元気だったときの意思を確認しながらご家族の間で意思統一をしていただくために、看取りというのは亡くなるまでの時間を待つのではなく、最期まで本人らしく生きるためにはどう支えるのか、私たちは医療ではなく介護職なので、医療と連携しながら最期まで支える方法を考えていきたいと思いますということを案内しています。やはり、家族は不安なので、認知症の方が急変した時に、救急車を利用しても救急搬送された先で、例えば、人工呼吸器や検査途中で具合が悪くなったらどうされますかといくつか質問されて、「それはいいりません、それもいいりません。」となった時に、「病院側からなんで来たのか」という話になって、病院に搬送されて初めて「次回からは救急車は呼びません」となったことが何回もありました。そういう段階を経て気づいていくのだと思います。

(新納副委員長)

先月の24日に、日本医師会と埼玉県医師会ですとシンポジウムを開いていますが、そこで、6千人のアンケートをとり、76%の人が「回復の見込みのない延命治療はほらない」、70歳以上の人は92%が「ほらない」と答えています。でも、回復するかしらないかについては、誰にも分かりません。救急病院に行って、ご家族が医師から「こういった治療をするかどうか」など聞かれても、患者さんの生死がわからない段階で、家族は答えようがなく、医師が「じゃあ何で来たのですか」と聞くのは大変失礼な話だと思います。これは、看取り、延命、蘇生、容態の急変をどのように理解し、解決していかないとなかなか難しいと思います。

(河村委員)

私達も在宅をやっている、誤嚥性肺炎で何回も入院を繰り返す人がいます。誤嚥性肺炎と言うと病気なので治るかもしれないと思うのかもしれませんが、実は老衰による場合もあります。誤嚥性肺炎だと、病院に行っても抗生物質を飲んで、食べずに一週間で帰れるわけです。そこで、帰ってきてても吸引器が必要になり、ADL(日常動作)も落ちるし、一週間食べなければ食べることもできなくなっていますので、やはり老衰の場合があるので、そこを家族がどう納得できるかを医療者が主導しないとけないと思います。これについては、回復する方もいらっしゃるの、全てが最終段階とは言えません。先日、日本看護学会で、入院を繰り返す人は、

ちゃんと看護の質をもって地域に繋げれば、入院を繰り返していくことはないと言っていた看護師さんがいたのですが、これは質の問題で、病院で抗生物質を使って一週間治療して在宅に戻せばいいということになると、また繰り返し起こってきます。在宅でいかに亡くなっていくのかを医師と看護師がきちんと市民に教育していけば、こういう例はもっと減っていくのではないかと思います。ただし、元気だった人が急変したときは治療が必要ですが、寝たきりになってしまった人に対しては、もう少し在宅医療の医師や看護師の質を上げなければいけないのかなと思いました。

(水野委員長)

確かに、これは本音の話で、ご家族は入院となると申し訳ないと思うわけですが、でも家族は、同時に延命を望んでいます。ところが、二回三回と入院を繰り返していると、ADLも落ちるし、「病院で治療していること自体がこの患者さんの望んでいることでしょうか」と聞くと、「最後に最低限の治療だけで」と家族は納得してくれます。それを何回かやらないと、家族が納得してくれないと思います。それに関して、本人の意思が全くありません。本人が判断できないから。治療されることを本人が望んでいるかどうか分からない。だからこそ、一回二回と入院を繰り返して、家族もそうなんだと納得されるんだと思います。

(新納副会長)

そこに関しては本人の意思なのか、家族の意思なのか、どちらでしょうか。

(水野委員長)

ほとんど、施設に入ってくる認知症のある方は、100%に近い割合で、家族の意思や主の介護者の意見で、それは周りの親戚や兄弟から文句を言われたいよとということをやっていると思います。しかし、法的には難しいところですね。

(平元委員)

私は脳外科ですが、認知症や誤嚥性肺炎の人とかが多くなっています。90歳以上の方が脳出血になって、家族の人から「もう延命治療は望みません」と言われても何もしないわけにはいきません。本人にそういう意思があっても何もしないというのは、日本ではまだ許されないことであって、点滴だけでも生き延びている方もいます。そういう方は、そのあと施設にも入れないし、結局療養型に入るしかありません。延命治療がどういうものなのか分からない方もいますので、どれが延命治療なのか、終末期になったらこういう形になるのか伝えなければいけないと思います。

(佐藤委員)

皆さんの大変な現場の話を、聞けば聞くほど、簡単に新聞で書くということの怖さを感じます。新聞に載せるということがどれくらい情報を捨てるかということと100聞いたら99捨てるくらいなんです。通常の記事は、文字で言うと300字くらいしかなくて、そこで延命や蘇生について、全部説明

するのはほぼ難しいので、本当に新聞でやるなら連載とかでやらなければいけないし、一番いいのは最終的にはテレビでストーリーとかもあって、ちゃんとした長い尺の中でやらないと、新聞で簡単に端折って伝えたら、かえって間違った情報を伝えかねないので、ちゃんと伝えなければいけないと思います。

(小山委員)

メディアによって伝え方があると思います。今はネットの時代ですし、動画を使うとかはありますが、高齢者の方や老々介護の当事者などは、文字、特に小さい文字を読むのが億劫で、回覧板を読むのですら負担になっている方もいるようです。ちなみに、私も横浜市民ですが、横浜市はゴミ収集の際の分別が結構きっちりしていて、「ごみと資源物の分け方・出し方」という冊子があり、私はこれを見ながら毎回出しているのですが、なにか手元に大きな字で、例えば救急においても、救急車を呼ぶほどではないけれど医師の診察を受けたいときはここに連絡するといった、分かりやすいツールがあるといいと思いました。

(水野委員長)

今回の意見をプロトコルにどう持っていったらいいのか、ご発言いただけますか。

(竹内委員)

今後、メディカルコントロール協議会で話し合わなければいけないことは、現在は、延命を望んでない方も今のシステムでは、ほとんどが救命センターに搬送されることになっていて、救命センターの医者も救急隊も患者さん本人も家族にもおかしいことが行われていると思います。そこは是正しないといけないと思います。そこは日本人の理解を求めていくべきところで、ある程度のリスクも伴ったりするので、なかなか打ち出せませんが、横浜はだいぶ先が見えてきているので進みつつあると思います。ですから本人が延命を望まないことがルーチンになっていることを是正していきたい。それが本人の意思を尊重することに繋がるのだと思います。

(水野委員長)

最後に恵比須委員いかがでしょうか。

(恵比須委員)

先ほど、ワーキングで検討していることを伝えましたが、今月、最後のワーキンググループを行う中で、一番の問題となった指示書の問題を持ち帰らせていただき、そこを訂正させていただきます。私が一番気になっているのは、非常に医療従事者と介護従事者の意識の違いがあって、それから介護施設については、質の違いがあって、施設として非常に質の高い介護医療従事者がいるところと、残念ながら質の低い施設もまだまだあって、ある特養さんからMRSAの保菌者を搬送するときのマニュアルが横浜市にはあると思います。保菌だけでは別に治療する必要はなくて、リスクの高い方や発病している方は治療しなければいけないのですが、すべて治

	<p>療してからでないの特養に入所させてくれないというような施設もあります。救急車利用に関しても、そこに難しい問題があって、やはり、施設の啓蒙や教育をしなければいけないという気がします。</p> <p>(水野委員長)</p> <p>ありがとうございました。今日の議題について、何かありますでしょうか。</p> <p>(事務局)</p> <p>(資料5「横浜市の救急需要予測に関する研究結果について」、及び資料6「住宅へ救急出場したがすでに死亡していたため搬送しなかった高齢者数」について情報提供)</p> <p>(水野委員長)</p> <p>これについて何か指摘や質問はありますか。</p> <p>(新田委員)</p> <p>この資料の中で、80歳以上85歳以上の高齢者について一緒にされていますが、今ここで議論しているのは超高齢者の救急についてですので、もしこれだけの研究をやるのであれば、もう少し中身をとらえてやられてはいいかなと思います。</p> <p>(新納副委員長)</p> <p>このようなデータはいいのですが、なんとも年寄りが悪いというような感じに受け取れます。国だって医療費がかさむのは高齢者のせいだと、取られる部分もあるわけです。今まで、若いときに貢献してきて、高齢者になったら病気になるのは当たり前だと思います。それを独居者が多くなったとかを見ると悲しくなります。</p> <p>(水野委員長)</p> <p>やはり、高齢者を中心として救急需要が高まるということが、分かりましたので、委員会でこれからも議論をしていきたいと思います。ここで、議事進行を事務局にお返しします。</p> <p>(事務局)</p> <p>以上を持ちまして、平成29年度第2回横浜市救急業務検討委員会を終了いたします。</p>
<p>資 料</p> <p>・</p> <p>特 記 事 項</p>	<p>資料</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・【資料1】第1回横浜市救急業務検討委員会まとめ</li> <li>・【資料2】訪問診療医に対する救急車利用に関するアンケート調査結果</li> <li>・【資料2-2】訪問看護師に対する救急車利用に関するアンケート調査結果</li> <li>・【資料2-3】介護施設等における救急車利用に関するアンケート調査結果</li> <li>・【資料3】横浜市メディカルコントロール協議会執行体制について</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>・【資料 3 - 2】標準的活動プロトコル（日本救急医学会報告書より抜粋）</li><li>・【資料 3 - 3】心肺蘇生等に関する医師の指示書（例）（日本救急医学会報告書より抜粋）</li><li>・【資料 4】議題「超高齢社会における救急広報のあり方」について</li><li>・【資料 4 - 2】市民公開シンポジウムちらし</li><li>・【資料 4 - 3】消防局の救急広報の取組事例</li><li>・【資料 5】横浜市の救急需要予測に関する研究結果について</li><li>・【資料 6】住宅へ救急出場したがすでに死亡していたため搬送しなかった高齢者数</li></ul>
--	--