

平成 29 年度 第 1 回 横浜市救急業務検討委員会 会議録	
日 時	平成 29 年 8 月 1 日 (火) 19 時 00 分～20 時 40 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、栗原美穂子、小山朝子、佐藤英仁、島本洋一、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	
開 催 形 態	公開 (傍聴者なし)
議 題	1 今期の検討事項 2 スケジュールについて
決 定 事 項	1 横浜市メディカルコントロール協議会において、日本臨床救急医学会の指針を受けた「終末期の心肺停止傷病者に対する救急隊の応急処置要領」について検討する。 2 在宅医療関係者、介護施設に対し、救急車の利用に関するアンケート調査を実施する。
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。まずは、開催に先立ちまして、横浜市消防局警防部救急担当部長の山田から挨拶を申し上げます。</p> <p>(救急担当部長)</p> <p>本年 4 月に、消防局に新たに設けられました、救急担当部長を拝命しております、山田でございます。本日はお忙しい中、また、市内の一部地域に避難勧告が出るなど、雨が強く、お足元の悪い中、横浜市救急業務検討委員会にご出席を賜り、厚く御礼申し上げます。</p> <p>また、平素より横浜市の救急行政の推進にご理解とご協力を賜り、この場をお借りし、御礼申し上げます。</p> <p>さて、今期の救急業務検討委員会の開催にあたり、一言、ご挨拶を申し上げます。今期の検討テーマは、近年、増加が続いております高齢者に関する救急問題とさせていただきます。恐れ入りますが、お手元の資料 1 の 24 ページをご覧ください。これは、去る 6 月 9 日に閣議決定されました、国の、いわゆる骨太方針の一部ですが、閣議の直前に資料下の赤字部分「高齢化の進展等に伴う救急需要の増加への対応を検討する」という一文が追加されたと聞いております。</p> <p>これから始まる、国における高齢者救急対策の検討と軌を一にしながら、私どもといたしましては、実際の救急現場を有する自治体の立場から高齢者救急の課題となっている事項について、皆様方にご審議をお願いする次第でございます。</p> <p>市民の皆様の安全・安心に寄与する施策を実行するための委員会でございます。今年度と来年度と 2 か年に渡り、大変お世話になりますが、どう</p>

ぞよろしくお願ひ申し上げます。

簡単ではありますが、ご挨拶とさせていただきます。どうぞよろしくお願ひいたします。

(事務局)

続きまして、委嘱状の確認をさせていただきます。皆様のお手元の横浜市長からの委嘱状にもありますように、本日お集まりいただきました各委員の方々につきましては、本日から2か年度、平成31年3月31日までよろしくお願ひいたします。

なお、本委員会につきまは、市の『附属機関設置条例』に基づき設置された委員会でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

次に、議事の前に委員の皆様のご紹介をさせていただきたいと存じます。ご紹介は委員名簿に基づき、事務局からお名前を読み上げさせていただきますので、よろしくお願ひいたします。

(委員を順次紹介)

以上でご紹介を終わります。

ここで、本日の会議の出席状況をお伝えさせていただきます。

ただ今、委員のご紹介をさせていただきましたとおり、委員総数16名、全員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、半数以上の出席となり会議は成立しておりますことをご報告いたします。

次に、事務局として参加している横浜市職員係長級以上の紹介をさせていただきたいと思ひます。

(事務局を順次紹介)

以上で紹介を終わります。

本委員会につきましては、横浜市救急業務検討委員会運営要綱第8条の規定により、原則公開となりますので、ご了承をお願ひいたします。

それでは、次第に沿って議事を進めさせていただきます。今年度は、新たな委員による第1回目の委員会ですので、次第の「2 委員長・副委員長の選出」を行いたいと存じます。

横浜市救急業務検討委員会運営要綱第4条・第5条の規定により、委員長・副委員長は委員の互選により選出することとなっております。恐縮ですが、どなたかご推薦等いただけますでしょうか。よろしくお願ひいたします。

(高井委員)

僭越ではございますが、提案をさせていただきます。

22年にわたり、救急業務検討委員会を導いていただいている方々がおられますので、例年同様、委員長は医師会会長、副委員長は病院協会会長といった体制での運営がよろしいのではないかと考え、提案させていただきます。

(事務局)

ただ今、高井委員から委員長には横浜市医師会長の水野委員、副委員長には横浜市病院協会会長の新納委員というご推薦をいただきましたが、委員の皆様いかがでし

ようか。

(拍手・各委員異議なし)

ありがとうございました。それでは、委員長に水野委員、副委員長に新納委員にお願いしたいと存じます。水野委員長、新納副委員長、恐れ入りますが、それぞれ委員長、副委員長席へのご移動をお願いいたします。

(委員長、副委員長移動)

それでは、委員長、副委員長からそれぞれご挨拶を頂戴したいと存じます。まず、水野委員長よりよろしくをお願いいたします。

(水野委員長)

みなさん、こんばんは。只今、委員長に推薦されました、横浜市医師会会長の水野でございます。本委員会ではこれまで様々な課題について検討されていて、施策に反映されてきております。昨今の救急需要は超高齢社会の進展に伴い、高齢者搬送が増加傾向にあり、今後もその傾向が続いていくものと予測されると聞いております。様々な課題に直面している救急について、皆様と共に課題の解決について検討していきたいと思っております。

医師会からも今回の委員として、地域医療だけでなく、高齢福祉担当、それから訪問看護ステーションからも委員として2名参画しております。救急行政の発展のために、皆様から忌憚のないご意見を賜り、施策を考えて行く委員会としたいと考えておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

(新納副委員長)

只今、副委員長に推薦されました、横浜市病院協会の新納です。委員長からもお話がありましたが、これから高齢者の救急搬送が増えて大変だと思っておりますので、皆様から忌憚のないご意見を伺いながら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。

(事務局)

委員長、副委員長、ありがとうございました。

それでは、以降の議事進行については、水野委員長にお願いしたいと思います。よろしくをお願いいたします。

(水野委員長)

それでは、次第に沿って議事進行をしていきたいと思っております。円滑な議事進行にご協力をお願いいたします。

それでは、議題1「今期の検討事項について」事務局から説明をお願いします。

(事務局)

それでは、今期の検討事項について説明させていただきます。資料1の1ページをご覧ください。

今期における検討事項ですが、テーマとしては「超高齢社会における救急業務のあり方について」と考えております。資料の冒頭に記載のとおり、高齢者の救急搬送が増加しています。

超高齢社会の進展に伴い、今後もこの傾向が続くことは確実と言えます。救急需要の増加により出場中の最寄りの救急隊に代わって、遠方の救急隊が出場するケースが常態化し、救急隊の到着が遅れるばかりか、いずれ救急隊の対応能力を超えてしまうことが懸念されています。

また、終末期の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、社会の関心が高まりつつあります。これらを踏まえ、事務局が提案させていただきます検討事項は、(1)～(3)の3点です。

まず、(1)に記載の「終末期の心肺機能停止傷病者に対する救急隊の応急処置のあり方」についてです。日本臨床救急医学会が本年4月に「人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生のあり方に関する提言」をまとめ公表しています。この提言は「傷病者が心肺蘇生等を希望していない場合の基本的な対応手順」等を示したものです。

現時点で、提言を受けた国の対応は特になく、今後の動向を注視する必要がありますが、本市としては、提言をもとに市内の実情を考慮した救急隊の応急処置要領についてご検討をいただきたいと考えています。

また、実際の運用開始前には、在宅医療や介護施設の関係者等を中心とした市民への丁寧な説明が不可欠であるとも考えています。そこで具体的にどのような機会を通じて、どのような方法で説明していくことが効果的であるのか、その周知普及の方策についてご議論をお願いしたいと考えています。

次に(2)ですが、超高齢社会における救急広報のあり方についてです。そもそも消防法に定める救急業務は「医療機関に迅速に搬送するための適当な手段がなく、緊急に搬送する必要があるもの」とされています。さらに、救急搬送にあたっては、「医師の管理下に置かれるまでの間、応急手当を行うことを含む」とされており、「救急要請イコール救命活動を求める」といった理解がなされている必要があります。

このことから、人生の最終段階にある傷病者の意思を表明する「リビングウィル」や延命治療の中止を指示する「DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) 指示書」等のある傷病者については、本来であれば救急要請されないことが、理想と言えるのではないかと考えられます。そこで、在宅医療や介護施設の関係者に「慌てて救急要請することがないよう」また、「救急要請イコール救命活動を求める」という救急要請の意義や限りある資源としての救急車の有効活用など、具体的な広報内容、広報要領等について、ご議論をいただきたいと考えています。

次に(3)「救急車以外の搬送資源を活用した救急搬送の仕組みと整備促進のあり方」についてです。地域包括ケアシステムの整備推進に伴い、在宅医療を受ける高齢者や介護施設入所者の増加が予想され、それと連動して、高齢者の救急搬送もさらに増加することが予想されます。そのすべての事案が必ずしも救急業務に該当するとは言い難いところでもあります。こうしたことから、他都市が先行実施している病院救急車を活用した地域内搬送システムを参考に、病院救急車に限らず、様々な視点から本市の地域事情を考慮した横浜型搬送システムの検討をお願いしたいと考えています。その上で、事業化に向けた今後の進め方についてもご議論いただ

ければと考えています。

ぜひ、この3点についてご議論をいただきたいと考えておりますので、よろしくお願いたします。なお、引き続き、ご議論をいただく上での参考として「現状と課題」について、資料を基にご説明をさせていただきます。

(資料1について説明)

現状と課題についての説明は以上になります。

(水野委員長)

ありがとうございました。只今、事務局から説明のありました検討課題と現状と課題について検討に入る前に、確認や質問はありますか。なければ、検討に移りたいと思います。

本日は第1回目の委員会ですので、それぞれの検討テーマについて各委員のお立場で思うところをご発言いただければと思います。

まずは、横浜市メディカルコントロール協議会の竹内委員から終末期における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、学会からの提言等も含めご意見をいただきたいと思います。

(竹内委員)

横浜市立大学附属市民総合医療センターの竹内です。13病院のメディカルコントロール協議会としての現状を報告しますが、我々医療側としても高齢化に伴って、延命を望まない方でも救急隊が心肺蘇生をしながら搬送される事案は増えていると思います。

そういった背景があり、日本臨床救急医学会から提言が出ました。最初は、心肺蘇生を中止する判断基準が出されるのではないかという話もありましたが、結果的には、119番で救急車が要請された以上は、心肺蘇生の中止は慎重にならざるを得ないということで、まずは、現場に着いた救急隊は胸骨圧迫心臓マッサージを実施することになります。

その後のステップとして、もしかかりつけ医に連絡が取れば心肺蘇生を中止することができる。あるいは、横浜市の場合は、司令センターに医師が常駐していますので、その医師と協議の上で中止することができることとして、一つのモデルケースとして示されました。

これに関して、横浜市メディカルコントロール協議会としては、これから検討する段階ですので、この委員会においてその進捗状況は随時報告させていただきますと思っています。

(水野委員長)

ありがとうございます。今、竹内委員から救急隊の応急処置のあり方については、横浜市メディカルコントロール協議会で検討していくとのことがありました。メディカルコントロール協議会は、救急隊の活動の質を保証するため、救急医の皆さんで構成されます。これに関してお任せしてもよいかと思いますが、いかがでしょうか。

医師会から赤羽先生いかがでしょうか。

(赤羽委員)

私が訪問診療を担当している中で、自分の受け持つ患者さんが救急車を要請することはありませんが、実際に救急隊が主治医に連絡を取ることはあるのでしょうか。

(事務局)

統計は取れていませんが、患者さんの申告に基づいてかかりつけ医に連絡することはあると思います。ただ、なかなか連絡がつかないこともあるかと思います。

(赤羽委員)

極論ですが、訪問診療をしっかりやろうとしている医師として、私は、「容態が急変したら救急車は要請せずに私に連絡するように」と、家族に話をしています。それでもパニックになって救急車を要請してしまうケースはあると思いますが、基本的には医師または看護師に連絡することは、自分の周りでは徹底していると思います。

そうではないケースがあるということですから、かかりつけ医に連絡がつかない場合はどうしたら良いのか、ということが課題だと思います。

また、施設の場合は分けて考えたほうが良いと思います。在宅で、かかりつけ医に連絡がつかない場合はどれくらいあって、どういう場合に連絡がつかないのかということ进行分析できれば、ある程度解決に近づくのではないかと思います。

(新納委員)

高齢者の救急搬送が増えているということですが、行政では、かかりつけ医や施設または介護をしている人がどういう状況で救急車を要請したか、患者さんの急変時はどのように対応しているのか、アンケートを取ったことはありますか。

現状がよく分からないので、そのようなアンケートを取ってはいかがでしょうか。

(水野委員長)

赤羽委員から在宅のお話がありましたので、在宅を訪問されている磯子区訪問看護ステーションの河村委員から、現場のお話をお願いします。

(河村委員)

患者さんが延命を希望していないという引き継ぎや話し合いができていなくて、救急車を要請してしまう場合はあると思います。また、認知症の方がパニックになって救急車を要請してしまうということは多いように感じます。

「終末期」に関して言えば、例えば、がんの末期の方でも在宅の主治医が決まっていなくて病院に搬送するしかありません。訪問看護が入った場合は、必ず在宅医につなげるのですが、病院側から訪問看護も在宅医も依頼がなく、ただ家にいて容態が急変するがんの末期の方も多いため、病院と在宅がちゃんと話し合うことと、市民の方も在宅では訪問看護と在宅医を持つことについて理解することが必要だと思います。

先日も、がんの末期の方で病院を受診して帰宅したのですが、病院の看護師から「様子がおかしかった」と訪問看護に連絡があり、お宅にうかがったところ、やはり容態が急変する可能性がある状態だったので、すぐに往診医の先生に入ってもらい、一週間で看取ったことがありましたが、病院の医師からは終末期の話はありませんでした。そういったことが茶飯事なので、病院と在宅が連携して対応していければいいと思います。

(水野委員長)

ありがとうございました。同じ現場から都筑区訪問看護ステーションの吉井委員をお願いします。

(吉井委員)

終末期のがんターミナルで、これからお看取りするという覚悟の下で始まるケースは、ほとんど救急車は要請しないということを全員が共有している状況ですが、今、河村委員がおっしゃったように、まだそこまで症状が悪くない方やどうしても助けたいという家族はいて、その場合は、何か容態が急変したら救急車を呼ぶしかないという認識をする場合もあります。それは私たちの一存では決められません。

それと、まだまだケアマネージャーたちは訪問看護はよほど医療依存度が高く医療指示がないと入れてくださらないというケースが多いようです。在宅医プラス訪問看護が入った時に、どのように環境を整えていくかということがもっと広まっていけば、救急車の要請件数は随分と減るのではないかと感じます。

(水野委員長)

私も、何年か前に在宅の方に「何か容態が急変したら訪問看護を呼ぶように」という話をして、訪問看護師が駆けつけた後に私に連絡があったケースはありました。

それでは、栗原委員はどうですか？

(栗原委員)

在宅には、地域、施設などに看護師がいますが、その看護師が困っているのは、いざ何かあったときに一人で判断しなければいけないということです。在宅でいつでも病院の主治医や在宅の主治医と連携が取れる関係性を確保できているということが一番大事だと思います。

また、ヘルパーやケアマネージャーさんが「何かあったとき、訪問看護や在宅医の方がついていない場合は、救急車を呼んだ方がいいですよ」と言っているのを聞くと、やはり救急車を呼ぶ可能性があるのであれば訪問看護を入れた方がいいですし、介護職の方に対する啓蒙活動も大事だと思います。多職種の中で、救急搬送についても情報共有が大事なのではないのでしょうか。

(水野委員長)

在宅の委員からご意見を伺いましたので、今度は施設の委員の方からご意見を伺いたいと思います。

まずは、グループホームの武田委員よろしく申し上げます。

(武田委員)

グループホームは、立ち上がった20年くらい前はお元気な高齢者の方が入所されていたのですが、ここ10年くらい前からは看取りを視野に入れるという動きがあり、看取りを行うグループホームも増えてきています。

延命はしないとご家族で計画が整っていて、同意が取れている場合は、ほとんど救急車は要請しません。そして、グループホームごとに提携医療機関の医師がいらっしゃって夜も対応してくれますので、看護師は、救急車を要請する前に主治医に相談して、終わりが近いのであれば家族に来ていただいて看取りをしています。

グループホームは認知症の施設なので、誤嚥や予期せぬ転倒による骨折などで、救急車を要請することは多いと思います。併せて、昨今、人材確保がなかなか難しく、グループホームで看取りまでできないところもありますので、そういったところではご家族の同意を得て救急搬送する場合があります。

他の施設ですと、特別養護老人ホームなどは計画の中で看取りまですることになっているところは、ほとんど救急要請はしませんし、ショートステイなどでは救急要請をするということは聞いたことがあります。

(水野委員長)

グループホームは当初は要介護1の方が入所していましたが、介護保険が看取り加算などでいろいろ変わってきたことがあって救急要請が増えてきたということはあるかもしれません。

同じく施設として、老人保健施設も経営されている恵比須委員よろしくお願いたします。

(恵比須委員)

私は、戸塚区と泉区で老人保健施設をやっていますので、その経験を踏まえてお話をさせていただきます。

入所されたとき、ご家族や本人にあらかじめ急変時の対応を聞くと、中にはどんなことをしても助けてほしいと言う方もいらっしゃいます。そういう方は急変したら救急要請しなければなりません。

それと、老人保健施設では、日勤帯は施設長がいますので救急要請をすることが少ないのですが、夜勤帯は医師が不在になるので、急変したときは看護師が心肺蘇生をして救急車を要請することになってしまいます。

看取り以外の方が心肺停止になった場合、施設の中で亡くなると警察の異常死ということで死体検案が入ってしまいます。そうなると、老人保健施設に限らず、どこの施設でも、それが病院到着した段階でDOA (Dead on arrival: 来院時心肺停止) だと分かっているにもかかわらず、救急車を要請して病院へ搬送するケースが多いのではないかと思います。

(水野委員長)

ありがとうございます。それでは、患者さんが搬入される立場として、

平元委員よろしくお願ひいたします。

(平元委員)

高齢者の院外心肺停止の場合は、目撃があったときでなければ、なかなか救命できません。救急隊には私の病院にかかりつけの方が心肺停止になった場合、看取るために搬送してきて構わないと言っています。それでも、横浜市メディカルコントロールの場合は、心肺停止の場合13病院へ搬送することになってしまいます。

救急救命士が患者さんに接触した場合、救えるか救えないかある程度の判断はつくと思うので、心肺停止の場合でも13病院以外のかかりつけの病院に搬送できる仕組みがあってもいいと思います。

以前、うちの病院にかかりつけの患者さんが心肺停止で三次医療機関に搬送されて死亡が確認されましたが、その場合、三次医療機関が警察に連絡しますので、連絡を受けた警察からうちの病院に連絡がありました。そして、警察の方がうちの病院にご遺体を搬送し、私が死亡診断書を書きました。そのへんがもう少しフレキシブルにならないと大変ではないかと思ひます。

(水野委員長)

同じく中核病院の三角委員、よろしくお願ひいたします。

(三角委員)

中核病院、そして三次救急の救命救急センターとして発言させていただくと、平元先生が言われたように、三次救急というのは、心肺停止傷病者が搬送されてくると、何人もの医師と何人もの看護師が集まって、一斉に処置をします。これは、全ての症例のセオリーで、救命するためには必死で救命処置を行うというのが大原則です。ですから、心肺停止で救命処置が行われて搬送されてきた症例は、病院で処置を中止することは絶対にできません。処置をしている間にいろいろな情報が入ってきて、ある程度で中止することは十分あり得ますが。もし病院に搬送された段階で救命処置をしないのであれば、三次救急以外の医療機関に搬送するとか、搬送の段階で救命処置をしないということをやっていたか限りは難しいと思ひます。

それに関連して、横浜市消防局にご質問ですが、19頁の心肺停止傷病者が13医療機関に搬送された症例についてです。救命処置をしたか、しなかったかというグラフがありますが、13医療機関に搬送したにも関わらず処置をしなかったという症例が28%で、結構多いという印象を受けました。どのような理由で救命処置をしなかったのか分かりましたら教えていただきたいのですが。

(事務局)

現時点では、そこまで詳細なデータが取れていません。今後、データの整理をした上で、また、アンケートなどから、そういった詳細を出していければと思ひます。

(三角委員)

おそらく、救急隊が救命処置をしないで搬送してきた症例に関しては、救命救急センターでも何も処置しないと思います。

(事務局)

補足ですが、「救命処置をしなかった」というのは、あくまでも「特定行為を実施しなかった」というだけで、基本的な胸骨圧迫心臓マッサージや人工呼吸は実施をしています。中には、例えば、救命指導医が救急隊から「DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) の傷病者です。」と伝えられると、「それでは、最小限の救命処置のみ実施して搬送してください。」と指示する場合がありますので、それが、こういったことに繋がっているのかと思います。

(水野委員長)

ありがとうございます。ただ今、救急車を利用する方と傷病者を受け入れる医療機関の方の話を伺いましたが、家族の立場の話もあるだろうと思いますので、介護ジャーナリストの小山さん、御意見いただければと思います。

(小山委員)

私は、祖母を在宅で約10年介護しました。気管切開、胃ろうなどをしていて、要介護5で、つきっきりで介護しなければなりません。本来なら救急車を要請すべきではないのかもしれませんが、患者としては、何かあったら救急車という意識がありました。在宅の先生の「私が診る」というフォローがあれば、大丈夫だという安心感がありますが、在宅の先生にも温度差があります。

あとは、訪問看護の方も、在宅医や病院と連携が取れていれば安心感があるのですが、やはり、現場ではそのような体制がなかなか不十分なところもあると思います。

我が家の場合、リフト付きの救急車でないと病院へ行けませんでした。病院を超えた先に、患者がそこに行くまでにどのような苦労があるのということがなかなか理解できない部分もあると思います。ですので、その連携の部分と在宅医の温度差も、また一つ課題になってくると思います。

(水野委員長)

ありがとうございます。神奈川新聞の佐藤委員はどう思いますか。

(佐藤委員)

私はこの中で、最も医療に疎い人間です。私は20年間記者をやっていて、今回は少し違う趣旨になりますが、こういった問題が起きているということ、小山委員のように介護を経験した方でなくても、どんな人でも起こり得るということ、どんな人でも分かるように伝える、あるいは間違えないように、ちゃんと伝えるということが非常に重要だと思っていますので、今日の段階では意見を言うのはやめようかなと思っています。みなさんのいろいろな話を聞いた上で、どのように広報したらいいかなど、意

見を言えたらいいと考えています。

(水野委員長)

ありがとうございました。それでは、社会福祉協議会の立場から島本委員いかがですか。

(島本委員)

社会福祉協議会の島本です。福祉従事者は、いかに救急車の適正利用について理解を深めるかという部分の必要性について、とても痛感しているところです。ただ、現場の方のマニュアルなどを見ると、緊急対応の際の最終のゴールが救急車要請に結ばれているという話もありますので、いかに適正利用について理解しているかは細かく検討して、丁寧に見ていく必要があると感じています。

(水野委員長)

ありがとうございます。それでは、少し立場を変えて、日本臨床倫理学会理事長の新田委員から、ご意見をお願いします。

(新田委員)

最初の1ページ目にあります「終末期の心肺停止傷病患者」という言葉ですが、従来、終末期という定義はがん患者に使われています。約6か月未満の余命という意味合いになっていて、現在、「人生の最終段階」の定義に「終末期」から変化しています。人生の最終段階にある意思決定のあり方について、決めた方がいいという話があります。これはこの委員会で検討していただければいいと思うのですが、人生の最終段階における患者さんにとって、その意思決定について、どこでどう行うか、いつ作成するのかが、大きな問題です。

特別養護老人ホームなどの施設でも、要介護3～5で、意思決定や支援は誰がやるのか。現状では、施設長だったり、その時によって違うと思います。グループホームでも、認知症の方がどの段階で意思決定するのかは、なかなか難しい話です。そうすると、市民への普及啓発が重要な話になるだろうと思います。

あとは、急変時の救急の話ですが、例えば、7ページの資料を見ると、軽症が半数以上を占めています。これは医療のあり方の問題で、特別養護老人ホーム等も含め、何でも救急車を要請してしまうと、救急隊がいくらあっても足りないと思います。その点、在宅はかかりつけ医がいます。先ほど、小山委員が在宅医も個人差があると言われましたが、在宅から救急搬送する場合、かかりつけ医が救命の可否などを判断しますので、さらに充実させていただければいいのではないかと思います。

もう一つ、高齢者の救急のうち19%は骨折など突然起こったもので、あと80%は、病態依存の変化です。病態依存の変化は在宅でかかりつけ医がいれば、救急車は必要ないということが明確になっていますので、そのあたりで救急車の出場を防ぐことができるだろうと思います。

また、先ほど質問がありましたいわゆる心肺蘇生の中止ですが、この段

階の救急搬送について同意をどうやって取ればいいのか、この委員会で考えていければと思います。

(水野委員長)

ありがとうございました。では弁護士の立場から何かありましたら、高井委員お願いします。

(高井委員)

先ほどからお話を聞いていて、新田委員の意見を伺うと、「終末期」という言葉の概念が統一されていないような気がしました。「終末期」の概念が心肺停止傷病者と同じような意味で使われているとすると、臨床救急医学会の提言と意味が異なるので、どのように考えるのか疑問に思いながら聞いていました。

そして、「終末期」の概念がある程度はっきりしたときに、患者さんに「あなたは終末期なんだ」ということが説明されるのかどうか、疑問に思いました。仮に説明されて、ご本人が「救急車は呼ばないでほしい」と、はっきり判断能力がある段階で意思表示されれば、それは、それに則った対応をすればいいと思いますが、概念がはっきりしていないと、先ほど三角委員がおっしゃったのと同じで、助かるのだったら助けないと、周りの者は落ち度になってしまいます。特に高齢者福祉施設だと、預かっている以上は、安全配慮義務がありますから、容態が急変したときに救急車を呼ばなかったら、それだけで損害賠償の問題が出てくる可能性があります。ですから、高齢者福祉施設では、そういうことにならないように、家族が「延命処置はしなくていい、救急車は呼ばないでほしい」と意思表示をしない限りは、施設は救急車を呼ばざるを得ないだろうと思います。

臨床救急医学会の提言の中の「基本的な手順①」に、「心肺蘇生等を希望しない旨が医師の指示書等の書面で提示されたとしても、まずは救急隊が心肺蘇生法を行う」とありますが、これは本人が心肺蘇生等を希望しないという意味を医師が提示するという意味ですか。

(新田委員)

そのとおりです。

(高井委員)

本人が心肺蘇生等を希望しないという意思表示して、医師が指示書を持っていた場合ということですね。本人の意思がはっきりしていて、家族も本人の意思を了解した上で「救急車は呼ばなくてもいい」ということにならないと、なかなか救急車の要請件数は減らないだろうと思います。

そして、やはり、救急隊は心肺蘇生処置をやらざるを得ないのではないかなと思います。特に、はっきりした意思表示がされていないのに心肺蘇生処置をやらなければ、法律的に言うと損害賠償の問題になります。そのへんの、いろいろな状況や部署での意思統一や共通認識ができないと、なかなか救急車の要請件数は減らないと感じています。

(水野委員長)

ありがとうございました。では、新納副委員長いかがでしょうか
(新納副委員長)

なかなか難しい問題ですが、臨床救急医学会の提言を広い意味で解釈してしまったり、本人の意思を本当に確認したかどうか分からないということが起こったり、救命できるのに、心肺蘇生処置をしないで亡くなってしまふということは、最近増えているのではないかと心配になります。

(竹内委員)

メディカルコントロールの救命指導医に関しても、苦悩があると思います。個人では、おそらく心肺蘇生処置はやらない方がいいのではないかと思いながらも、本人の意思がはっきりしていない可能性がある場合、救急隊から電話で救命処置の指示を求められた時には、やはり、言葉は悪いですが、事なかれ主義的に心肺蘇生を中止させようという判断は、なかなかできません。特に、急性期に自分が診ていない患者さんに関しては難しいだろうと思います。これは、救急救命士にも言えることです。

救急業務検討委員会のような場で、ある程度の方向性を示していただければ、メディカルコントロールの救命指導医に関しても非常にこれはありがたいことです。現在は、コンセンサスがない中で、救命指導医が個人の判断で救急救命士に指示を出すには、あまりにリスクが大きすぎるというのは、多分一般的な考えかなと思います。

この委員会で、議論し方向性を出していけば、これは日本のモデルケースになるのではないかと思います。

(新納副委員長)

救急車の要請件数を減らすために、このような議論をするのではなく、患者さんのことをしっかりと考えた上で、救急車を要請する回数が減るといふのならいいと思います。さっきの話だと、何とかして救急車の要請回数を減らそうじゃないかというのが、先にきてしまっている感じがします。高齢者福祉施設で言えば、入所者が心肺停止になったときや容態が急変したときは、どういう対応をしたらいいか、施設の方々はどのように考えているか、先ほども申し上げましたが、アンケートを取ってみて第2回、第3回目の委員会で議論できればと思います。

(水野委員長)

皆さんにひと通りご意見をいただきまして、副委員長から施設などにアンケートを取った方がいいというご意見がありました。それに関しては、皆さん合意ということで、よろしいですか。

(異議なし)

それでは、アンケートは実施するという方向で。それでは、先ほど手を挙げていましたので、新田委員お願いします。

(新田委員)

先ほどの、高井委員のお話ですが、2000年にリバプールで、死亡兆候が4項目を満たしたときは死亡（救命できない、医療は施さない）と判断す

る「Death on pass」というのが全世界に広まりました。ところが、その4項目を満たしていても、生き残る人が出てきたため、客観的に見た場合、人生の最終段階かどうかを判断するのが難しかったということがあります。

また、オランダでも「Death on pass」で生き残る人が出てきました。もっと言うと、日本では、二十数年前に、末期と見なしたら医療は行わないでおこうという考えがありました。しかし、脱水の場合、点滴をすれば救命できたのに、それすらも行わなかったことについて議論になったことがあります。今は超高齢社会で、そのときの状況とは違いますので、もう一度考え直すことが重要だと思います。

(平元委員)

先ほど、介護施設などからの救急搬送が多いというお話がありました。私のところでは、特別養護老人ホームなど老人福祉施設を持っていますが、全て私の病院で管理しています。行政で作った老人ホーム以外は、県外の事業者も老人ホームを作って運営している状況なので、そういう施設は病院との連携ができていません。地域の老人施設と地域の病院がしっかりと連携をとって何かあったときには病院がしっかりとバックアップする体制を取れば、救急車の要請も減るのではないかと思います。

それと、健康なときにリビングウィルと書面に書いたとしても、自分が突然病気になったときに少し治療をすれば良くなる場合もあります。リビングウィルを持っているから何も治療しないということではなく、そのときの医師の判断というか、ターミナルに向かっていくような人のリビングウィルならいいのですが、そのへんは少し別で考えなければいけないと思います。救える命を救わないというのは、医療従事者として問題だと思います。

(水野委員長)

それでは、赤羽委員お願いします。

(赤羽委員)

意思確認の話ですが、本人及びご家族に「救急車を要請しなくていい」と確約を取るとするのは、ご家族が救急車を要請したことで影響があるかないかで大きく違いますので、なかなか難しいことです。例えば、家族が救急車を要請しないということは、そのご家族は患者さんを見捨てた、それによって死を選んでしまったということにつながり、本人が亡くなった後もずっとその思いを抱えて生きていかなければなりません。ですから、「救急車を要請しない」という決断をさせるのは非常に難しいことなのですが、過去に経験がある方は自信を持って「救急車は要請せずに看取ります」と言えると思います。

それは、家族の経験によって判断が異なると思いますので、やはり啓蒙することが必要で、大きく左右するのではないかと思います

(水野委員長)

だいぶ活発なご議論をいただきました。他にはよろしいですか。

他にないようでしたら、事務局については、本日の意見を踏まえて、施設等にアンケートを実施するというところでよろしいでしょうか。

(事務局)

在宅医療、介護施設の関係者の方々に対して実態調査のアンケートを実施することとさせていただきます。アンケートの内容につきましては、委員長等とご相談させていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

(水野委員長)

以上でよろしいですか。

(新納副委員長)

病院救急車の活用について、議論しなくていいですか。

(水野委員長)

それでは、議論をさせていただきます。

病院救急車を保有されている三角委員をお願いします。

(三角委員)

市内で独自の救急車を保有している病院はいくつかあると思いますが、率直に言って、賛成です。行政として、消防の救急車の上限が77隊でいいのかという思いはありますが、それで十分に賄えないのであれば、既存の救急車を利用するのは賛成です。

私どもの病院は、救急車を2台保有していますが、7年前から迅速に心臓治療を行うための救急車を導入しました。救急車には医師と看護師が乗車して、救急車の中で治療を行いながら病院へ搬送し、その間に病院では治療のための準備をするという運用をしています。

一番多い時で月に約20回出動しましたが、最近は月に2～3回です。24時間、そのために医師と看護師の当番を決めているほか、運転手の確保が非効率になっています。やり方はいろいろあると思いますが、基本的な考え方として、出動の頻度がもっと高くなれば、スタンバイしている意味があります。横浜市で実施するとしたら、それなりの高度な医療機関がたくさんありますから、二次医療機関に搬送するというよりは、むしろ救命救急センターに搬送するような症例に病院救急車を活用したらいいのではないのでしょうか。

また、すぐに出動できなければ意味がないので、たとえば、運転手を常に確保できるような方法をサポートしていただくとありがたいと思います。

(水野委員長)

ありがとうございます。事務局では、病院救急車を保有している病院と救急車の台数は把握していますか。

(事務局)

医療局の所管ですが、今年の2月現在、33台あると伺っています。

(水野委員長)

平元委員の病院でも保有されていますか。

(平元委員)

うちの病院にもありますが、ほとんど病院間の搬送などに使用しています。また、うちは地域の中核病院なので、開業医の先生が救急車を要請する場合、自分で受け入れ先の病院を探して救急車を要請しなければなりません。また、患者さんの情報用紙も記入しなければなりませんので、そこで時間を要してしまいます。ですから、24時間体制は難しいですが、開業医の先生と連携をとって病院へ搬送するというやり方はあるかと思えます。

(水野委員長)

体制を維持がすることが大変で、また、日勤帯だけ対応するなど、病院救急車を保有している病院の考えを聞かないと難しいかと思いますが、これはいい発想ですので、市内33台ある病院救急車の活用について個々で検討していくのが重要だと思います。

それでは、他に意見はありますか。

(事務局)

一点、確認をさせていただきたいと思います。人生の最終段階にある傷病者における救急隊の活動手順については、メディカルコントロール協議会で検討し、策定することによってよろしいでしょうか。

(水野委員長)

それは、メディカルコントロール協議会でやっていただかないとできないと思います。それでよろしいですか。

(異議なし)

(事務局)

竹内委員、それでよろしいですか。

(竹内委員)

はい。メディカルコントロール協議会で検討し、策定させていただき、横浜市救急業務検討委員会に諮っていきたいと思います。それでよろしいですか。

(事務局)

ありがとうございます。

救急隊の活動手順については、横浜市メディカルコントロール協議会で策定していただけるということですので、皆様には、その後運用するときの市民への周知方法について、ご検討をお願いしたいと思います。

(水野委員長)

ありがとうございます。

それでは、検討事項について終了したいと思います。

続きまして、2のスケジュールについて事務局からお願いします。

(事務局)

	<p>(資料25ページ「今後のスケジュール」について説明)</p> <p>(水野委員長)</p> <p>何かご意見はありますか。</p> <p>最後に全体を通して、ご意見があればお願いします。</p> <p>以上で議題はすべて終了しましたので、事務局にお返しします。</p> <p>(事務局)</p> <p>本日は大変熱心なご議論、ご提言をいただきありがとうございました。</p> <p>以上を持ちまして、平成29年度第1回横浜市救急業務検討委員会を終了させていただきます。ありがとうございました。</p>
<p>資 料</p> <p>・</p> <p>特 記 事 項</p>	<p>資料</p> <ul style="list-style-type: none"> ・【資料1】平成29年度第1回横浜市救急業務検討委員会 説明資料 ・【別添】日本臨床救急医学会提言(概要) ・【資料2】平成28年中火災・救急概況(速報) ・【資料3】平成29年上半期火災・救急概況(速報)