

平成28年度第1回横浜市救急医療検討委員会

平成28年12月20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 それでは、改めましてこんばんは。定刻前ではございますが、皆様もうお集まりということで、会を進行させていただきたいと思っております。平成28年度第1回横浜市救急医療検討委員会ということで開催させていただきたいと思っております。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黒岩でございます。どうぞよろしくお願いいたします。以降の進行は座っての形でご容赦いただければと思います。

本委員会につきましては、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ご議論をいただいていた、また今後もいただくということで本日、第3回目の委員会となっておりますので、よろしくお願いいたします。また、本委員会の委員は全員で14名となっておりますけれども、本日につきましては栗原委員と平元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。また、横浜市救急医療検討委員会運営要綱に基づきまして、今ご紹介したご参加をいただいておりますので、委員の半数以上ということになります。会議の定足数を満たしていることから、会議を正式に開催という運びにさせていただきたいと思っております。

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たいと思っております。資料は1点でございます。左とじA4判、「平成28年度第1回横浜市救急医療検討委員会次第」と表紙に書いてある資料で、全部で51ページでございます。資料に落丁等がございましたら近くの係員に申しつけていただければ対応させていただきたいと思っております。

続きまして、本委員会の事務的なご説明になりますけれども、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となっております、申しわけありませんが裏面6ページの第8条をご確認いただきますと、公開を原則として開催する旨、記載がございます。なお、本委員会の議事につきましては、議事録を事務局で作成し、委員の皆様にご承認いただきました後、ホームページで公開するという運びになりますので、ご了承いただければと思います。続きまして、傍聴される方へのお願いとなります。傍聴席に「傍聴されている方へのお願い」と記しました書面が配付されておりますので、恐れ入りますが、記載の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。

議事に入る前に、今回初めてご出席をいただいている委員の先生方がいらっしゃいますので、一言ずつ私のほうでお名前を読み上げさせていただきますので、ごあいさつをいただければと思います。内田委員、よろしくお願いいたします。

○内田委員 どうもお忙しい中、こんばんは、お世話になります。こちらの2番目です。横浜高齢者グループホーム連絡会会長、社会福祉法人ふじ寿か会、高齢者グループホームことぶきの里の管理者の内田と申します。前年度と会長がかわりまして今回参加させていただきますので、今後ともよろしくお願いいたします。失礼しました。

○事務局 島本委員、よろしくお願いいたします。

○島本委員 こんばんは。横浜市社会福祉協議会社会福祉部長の島本でございます。私ども社会福祉協議会は、会員組織の協議体ということで、市内社会福祉法人300会員の方、そして施設会員1000名の方々にご加入いただきまして、福祉につきましてのご協議をさせていただいているところでございます。事務局を担わせていただきましてありがとうございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○事務局 新納委員、よろしくお願いいたします。

○新納委員 横浜市病院協会会長の新納と申します。私は6月より会長に就任しました。前回までは吉井前会長が出席しており、今回初めてですのでよろしくお願いいたします。

○事務局 新田委員、よろしくお願いいたします。

○新田委員 新田でございます。私は横浜ではないのですが、この会に出席させていただき、まことにありがとうございます。この名簿にありますように、私は臨床倫理学会の理事長と日本在宅ケアアライアンスの議長をしております。よろしくお願いいたします。

○事務局 原委員、よろしくお願いいたします。

○原委員 こんばんは。神奈川県看護協会横浜北支部の支部長を務めております原と申します。平和病院の看護部長も行っております。看護協会の支部長交代に伴いまして、今年度から初めてこの会議に参加させていただくことになりました。よろしくお願いいたします。

○事務局 その他の出席者の方のご紹介につきましては、大変恐縮でございますが、お手元の資料3ページの座席表、並びにその前の1ページの委員名簿をご確認いただきますよう、よろしくお願いいたします。

また、本日その要綱の第5条により、委員会におきまして委員長、副委員長を1名ずつ置くという規定がございます。病院協会会長交代に伴いまして副委員長が現在、空席となっておりますので、新たに副委員長を選任する必要がございます。副委員長につきましては、委員長の指名という決まりになっておりますので、白井委員長、副委員長のご指名をお願いいたします。

○白井委員長 委員長を務めさせていただいております白井と申します。副委員長につきましては、横浜市の救急医療の実情をよく把握されていらっしゃいます病院協会の会長の新納委員にお願いしたいと思いますが、よろしいでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

○白井委員長 ありがとうございます。

○事務局 それでは、今ご指名のありました新納副委員長からごあいさつをお願いいたします。

○新納副委員長 副委員長に指名されましたので、よろしくお願いいたします。救急医療といっても救急搬送が一番メインだと思うのですが、救急搬送に関しては我々病院側も、それから患者さん自身もこれから大変、命にかかわる問題ですので、それが余り頻

回に何でもかんでも使っていいということではないと思うので、こういう検討委員会ですっきり検討して、よりスムーズにいくような会にしたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

○事務局 ありがとうございます。

議 事

(1) 報告事項

- ①横浜市の主な救急医療施策について
- ②横浜市の救急車搬送の状況について

○事務局 それでは、お手元資料の表紙にあります次第に従いまして、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、白井委員長に進行をしていただきたいと思えます。白井委員長、よろしくお願いいたします。

○白井委員長 承知いたしました。それでは、次第の2の議事に入りたいと思えます。

議事の(1)番、報告事項について、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局 医療政策課の高野でございます。よろしくお願いいたします。着座にて説明させていただきます。

それでは、報告事項についてですが、まず①番、横浜市の主な救急医療政策についてですが、資料の9ページ、A3の折り畳みとなっているページをごらんください。この資料は、横浜市の救急医療政策について1枚のペーパーにまとめたものでございます。患者の緊急度・重症度に応じて、縦に「初期」「二次」「三次」、横に「一般救急医療」と「小児・周産期救急医療」ということで分けてある図でございます。

資料にあるとおり、さまざまな政策を打たせていただいているところでございますが、特に政策1として書かれております二次救急拠点病院について、まずご説明させていただきます。こちらは、全国的に一般的な輪番体制で二次救急になっていると思うのですが、横浜市については24時間365日、救急搬送患者に対する受け入れを行っている二次救急拠点病院というものが現在23病院あります。そういったところで輪番病院とあわせて二次救急の受け入れを行っているところが特徴的なところではないかと思えます。

このほかにも政策3の交通事故や多発外傷などの重症患者の受け入れを24時間体制で受け入れる重症外傷センターや、政策4に書いてあります、こちらも24時間365日体制で小児科の二次救急の受け入れを行っている小児救急拠点病院、そして6番ですが、脳血管疾患、急性心疾患、外傷について疾患別に救急医療体制を整えております。最後に7番なのですが、こちらの救急医療検討委員会の前回のテーマで議論させていただいたところなのですが、精神疾患を合併する救急医療体制ということで、搬送困難になりやすい精

神疾患を持たれている身体救急患者について救急医療体制を整えることによって、適切に受け入れる体制を整えていくという仕組みでございます。

これら今ご紹介させていただいたところは、先ほども申し上げましたが、本委員会が発信ということで、さまざまな政策が出ておりますので、今回も高齢者の救急医療ということでご議論いただいて、新たな政策として一つ加わっていくのかと思っております。

続きまして、資料2でございます。資料11ページでございます。13ページのまたA3の見開きのところでございます。こちらの表1・表2においては、夜間・休日における救急車搬送件数及びその割合を、軽症、中等症、重症などの初診重症度程度別に、また救急医療体制別に示させていただいております。全体の件数では、平成23年度から継続的に増加傾向となっております。また、下の円グラフをごらんいただきたいと思うのですが、こちらは、横浜市の救急医療体制の各体制に、どのくらいの割合で搬送されているかということを示させていただいております。重症以上ですと救命センターや、救命センターを含む二次救急拠点病院に運ばれているケースが多く、軽症は逆に少なく、輪番病院やその他の病院に運ばれる割合が多いというところで、先ほどA3の資料でお示しした役割分担がしっかりできてきているのかなと思っております。

次の15ページをお開きいただきたいのですけれども、上段の表3においては、救急搬送件数と救急隊の平均現場滞在時間を月別にあらわしているところでございます。棒グラフが各月の救急搬送件数、そして折れ線グラフが救急隊の平均現場滞在時間というところでございます。こちらは、特に棒グラフを見ていただくと、夏と冬の件数がふえているなということが、毎年度、傾向として出ているのかなと思います。また、平均現場滞在時間は、平成23年度から比べて徐々に伸びてしまっているのですけれども、26年度あたりから余り現場滞在時間の増加傾向がおさまってきているのかなと読み取れると思います。

下に移っていただいて表4でございますが、こちらは医療機関への受入照会回数ということで、救急隊が搬送先の医療機関を決めるに当たって何回、電話で受け入れの照会を行ったかというところでございます。左が病院照会回数1回の割合、右が5回以上、いわゆる搬送困難事案と我々は呼んでいますが、その割合でございます。平成22年度からの折れ線グラフになっていますが、病院照会回数が1回で決まる割合は伸びておまして、5回以上、いわゆる搬送困難となっている事案の割合については減ってきているというところでございます。吹き出しで書かせていただいておりますが、二次救急の新体制、先ほど申し上げた二次救急拠点病院が開始したのが平成22年度でございまして、そういったものや、YMI S運用開始と書いてあるのですけれども、こちらは救急隊が救急病院の応需可能か不可能かというところをシステム上で把握できるシステムでございます。そういったものが運用されたり、救急隊の丁寧な聞き取りだったり、または医療体制が整備されていったりしたことによって、こういった照会回数の改善がなされているのかなと考えております。

資料1と資料2についてのご説明は以上でございます。

○白井委員長 ただいま、横浜市の主な救急医療政策、そして救急車搬送の状況について説明がございましたが、何かご質問のある方はいらっしゃいますでしょうか。よろしいですね。

(2) 高齢者の救急医療における課題の検討

○白井委員長 それでは、議事の(2)番、高齢者の救急医療における課題の検討についてご議論いただきたいところですが、期間があいたこともあり、第1回、第2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、事務局からこちらの説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、資料は17ページでございます。医療局の担当係長、深澤でございます。よろしくをお願いいたします。

まず第1回ということで昨年7月に行わせていただきまして、こちらでは本市の高齢化の状況についてご報告させていただいた後、救急搬送についても高齢化に伴いまして救急件数が伸びているということをご報告させていただいたところでございます。その中で救急搬送の統計のほうから、特に現場滞在の時間について分析をご報告申し上げました。救急統計の中では、それ以上細かい分類がなかったものですから高齢者施設ということでひとくくりで、議論の中で例えば特別養護老人ホームとか介護老人保健施設、有料老人ホームなど、救急統計ではなかなか出てこない高齢者施設の状況はどうだろうかというところもご議論いただいてご意見をいただいたところでございます。

また、そういう中で、医療の介入も施設の中ではかなり違っているところもございまして、そういうところも見えてくるのではないかというお話をいただきました。また、情報共有というところで、家族の同乗のあり・なしというところから現場滞在事件という視点で見ていたところ、やはり独居の高齢者は同乗者がいないところにおいては時間がかかっているというところも見えてきたところでございます。

また、重症度と救急の現場滞在時間というところでマッチングしたところでございますが、こちらにつきましては先ほどの施設ごとかどうかというところもありましたし、あと重症度で軽症のほうが時間が比較的長く、重症化しているほうが早くなっているということで、こちらは緊急度を見て救急隊も動いているというご指摘もございました。

また、情報共有ツールということで、情報共有の仕組みが大事だろうという中で、鶴見区のイエローノートというのも一例として議論で出まして、第2回のほうで現物について議論で参考としてご提示いただきました。

続きまして第2回の委員会ということで、本年3月に開催させていただいたところでございます。こちらにつきましては、先ほどのご指摘があったように施設ごとにまとめさせていただいたところでございます。

そうしたところ、まず病院・診療所からの要請についてはある意味当然なのかもしれませんが、現場滞在時間は非常に短く、また初診時傷病程度も軽症の割合は低いという状況でございました。また、高齢者施設の中でございますと、介護老人保健施設や特別養護老人ホームなどの医師や看護師の体制が比較的整っている施設のほうがやはり現場滞在時間が短かったり、軽症の割合が低かったりするということが言えるというところがございます。また、住宅からの部分につきましては、やはり同乗者ありの方のほうが滞在時間は短いのが顕著であったというところがございます。

また、情報共有ツールとして鶴見のイエローノートもご紹介いただきました。こちらにつきましては、委員会で第2回の中でほかの区の共有ツールの状況の調査もさせていただいたところですが、新たに企画をつくるというのではなく、記載項目や情報更新の方法あるいは保管場所などをどのようにしていくべきかというところをガイドラインで示したほうがいいのではないかとというところ。あと、救急医療機関、高齢者施設、救急隊に対してアンケート調査を行った上でそれらの内容について検証していくべきだというところで議論をいただいたところがございます。

第1回・第2回のまとめにつきましては以上でございます。

○白井委員長 ただいま、事務局から第1回・第2回のまとめについての説明がございました。新しい委員の先生方もいらっしゃいますので、何かご質問等がある方はいらっしゃいますでしょうか。

1回目・2回目については、挙がってきたデータをもとに委員の皆様方にご議論いただいて、今お話をいただいたようなまとめをさせていただきました。その結果、アンケート調査をしたほうがいいのではないかとということで、資料4以降に出てまいりますように、高齢者の救急医療に関するアンケートを行うということでまとまったわけですが、よろしいでしょうか。それでは、ただいま説明がございましたように、高齢者の救急にかかわるアンケート調査の結果について、救急医療機関、そして高齢者施設と救急隊それぞれに分けて調査を行った結果についての説明を事務局からお願いいたします。

○事務局 それでは、アンケート調査の結果概要についてご説明いたします。資料の19ページをお開きいただきたいと思えます。先ほどご説明のあったとおり、救急医療機関、高齢者施設、救急隊の三者にアンケート調査を行いました。アンケート対象として救急医療機関は、本市の救急医療体制参加医療機関で、救命センター、二次救急拠点病院、二次輪番病院、疾患別救急医療体制に参加いただいている病院の55病院にアンケートを投げさせていただいて、55病院すべてからの回答をいただきました。次に高齢者施設ですが、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、認知症高齢者グループホーム等、ある程度、施設の種別を7つに絞らせていただいて、876施設にアンケートを投げさせていただいて、375施設から回答がありました。4割ちょっとの回答率でございます。最後に救急隊でございます、こちらは市内全67隊ございまして、両番といたしますか2つ順番に回しますので、

134の回答があったというところでございます。

まず救急医療機関の結果についてご説明いたします。21ページをお開きいただければと思います。先ほどの55病院の内訳でございますが、二次救急拠点病院Aが11病院、Bが12病院、輪番病院が22病院、疾患別救急医療体制のみ参加が9病院、上記に該当なし、いわゆる救命センターのみというところが1病院という内訳でございます。

時間の関係もありますので、ピックアップしてご紹介させていただきますが、2番の高齢者施設との連携についてというところで2つ目の丸がございますが、高齢者施設との連携に連携関係が築けなかったり、入院加療後、退院時にもとの施設との調整がうまくいかないなど、直接的に連携関係で課題を感じている病院というのが55病院中25病院で、45.5%ありました。その中で高齢者施設等との連携会議や会議体をふだんから持っているところと持っていないところで分けて統計をとってみますと、もともと会議体があるところは、課題を感じていると感じたところが9分の26で、3割5分くらいです。もともと連携会議がなく何も連携していないところが6割超の課題を感じているというところで、こちらのデータは、はっきりと差が出たのかなと思います。

次のページに参りまして、3番の患者情報の収集についてというところでございます。こちらの病院において情報を得るのに特に苦勞をする患者さんの属性ということで、多くの医療機関が単身または高齢者のみの世帯と回答されました。高齢独居世帯は94.5%、高齢者夫婦世帯が6割弱、高齢者施設に入居されている方は20%ということで余り苦勞するわけではないというような結果が出ております。また、単身または高齢者のみの世帯からの救急搬送受入時に必要な情報を得られていないと回答したのが、約半数の医療機関でした。

次に4番の高齢者の救急受入後についてというところでございますが、2つ目の丸でございます。55病院中31病院、56%の病院において、救命処置後に患者親族とトラブルとなったケースがあり、その内容が救命処置の必要性だったり、患者の取り扱いにおける親族同士の意見の相違だったりということで、こちらは患者の情報を正確に把握しておけば解決できるようなトラブルではないのかなと感じております。

続きまして、高齢者施設の結果概要についてピックアップしたものをご紹介させていただきます。27ページをごらんいただければと思います。先ほど回答率が4割ちょっとと申し上げましたが、各種別1から7番まで、特別養護老人ホームから看護小規模多機能型居宅介護まで7種別の施設に対して、本市の健康福祉局さんご協力のもとアンケートを投げさせていただいて、ご回答いただいているところでございます。

2番の患者情報の把握についてでございますが、363施設、母数が375ですので96.8%が情報共有ツールは非常に有効であると。情報共有ツールというのは、第1回・第2回の議論で出てきているのですけれども、患者の情報を普段からキーパーソンの連絡先とかをまとめておくことによって、情報共有が非常にスムーズにいくのではないかというツールで

ございます。こちらについて有効だと考えているのが96.8%、321施設、85.6%が実際に情報共有ツールを使っているという結果が出ております。こちらの共有ツールが有効である主な場面としては、救急搬送を依頼するときや医療機関との連携時に、多く有効というか活用されているということがわかりました。看取りは4割弱ということでデータとして出ております。

次の丸ですが、情報共有ツールを利用している321施設のうち約半数の156施設において、DNARやリビングウィルの記載があるというところがございます。また、その活用状況が、「常に活用している」と「比較的活用している」を合わせると90%以上という結果が出ていまして、比較的活用しているということがわかりました。

次のページでございます。こちら3番の入所者等の体調が悪くなったときの対応ということで、1つ目の丸ですが、入所者等が急変した場合の救急受入や、入院患者の退院時の施設受入などで連携している病院がもともとあるのが272施設で、72.5%というところがございます。また、その連携病院の受入状況ということで、「常に受け入れてもらっている」と「比較的受け入れている」を合わせると、85~90%くらいというところがございます。ただ、「比較的受け入れていない」とか「全く受け入れていない」と回答する施設もありまして、一部受け入れていない病院があるということがわかりました。こちらは、先ほどの救急病院のほうの質問も全く裏の質問がありまして、21ページの2番の1つ目の丸なのですが、急変時の患者受入について提携している高齢者施設がある救急医療機関が55病院中36病院ありまして、連携施設からの要請に対して「常に受け入れている」または「比較的受け入れている」という回答で36病院全部が入っているというところなんです。医療機関側と高齢者施設側で少し認識が違う部分もあるというところがあるかなと考えています。

最後に、高齢者施設の4番でございます。28ページに戻っていただいて、4番の2つ目の丸でございます。横浜市救急相談センター「#7119」を知っていると答えた施設が375施設中278施設ということで74.1%。既に重症度とか緊急度の判定に利用していたという施設は46施設、全体の12.3%です。アンケートには、救急相談センターの趣旨というか、緊急度・重症度を判断して、医療機関を受診すべきか119番をすべきかという判断をしますという注意書きをつけてアンケートをつけたのですが、それでも、「今後利用したい」と考えている施設が、救急車を呼ぶかどうか迷う程度の利用者がいるときに今後利用したいと考えている施設は232施設、60%以上という結果が出ております。高齢者施設のアンケートの結果については以上でございます。

続きまして最後に、救急隊に行ったアンケートの結果概要のご説明でございます。35ページでございます。こちらの1番、高齢傷病者に対し救急活動を行うに当たってというところがございますが、高齢傷病者は若中年層の救急搬送と比べて時間がかかると回答した救急隊が実に92.5%というところがございます。その理由の主なものとしては、「傷病

者の情報把握に時間を要する」が99.2%、「意思疎通がしづらいため、やりとりに時間がかかる」が96%、「搬送されるための支度に時間がかかる」が71%、あと半数程度ですが「動きがスムーズにできないため、搬送開始までの時間を要する」というところでございます。

次の丸ですが、救急隊の多くが高齢者の中でも搬送困難となりやすいのは、高齢独居世帯や、高齢者夫婦世帯であると感じているというところでございます。こちらは先ほど救急病院等の結果で高齢独居世帯や高齢夫婦世帯については情報が得づらいという結果も出ておりました、割合としてもほぼ似通ったような結果が出ていると考えております。

次の丸ですが、救急搬送時に情報共有ツールがあった場合、97.8%の救急隊、ほぼすべての救急隊が活用すると回答しています。「搬送先病院への情報提供」や「搬送先病院の選定」、補足だと思えるのですけれども「傷病者からの聞き取り」や、6割程度の回答ですが「現場処置の方針決定」として役立っているというところでございます。DNARやリビングウィルなどの記載がある場合について、「医療機関への情報提供」が95%、「ほかの情報（親族の意向等）とともに複合的に活用する」が85%、「参考にする」が60%ということで活用されているというところでございます。

次のページに進んでいただきまして36ページです。2番ということで高齢者施設からの救急搬送について課題に感じていることでございます。こちらは多い順に並べておりますが、「高齢者施設と提携病院との連絡体制」が93.3%、「夜間・休日における高齢者施設の体制」が87.3%、以下、「高齢者施設職員の教育体制」、「高齢者施設における処置」、「高齢者施設と家族との連絡体制」という順に課題に感じていることがございます。

次に3番でございますが、高齢者の自宅からの救急搬送について課題に感じていることということでございます。こちらは、先ほど出た高齢傷病者に対して救急活動を行うに当たって若年層と比べて時間がかかるという理由とほとんどかぶっておりまして、「傷病者情報把握に時間を要する」が99.3%、「意思疎通がしづらいため、やりとりに時間がかかる」が94%、「搬送されるための支度に時間がかかる」が67.9%、「動きがスムーズにできないため」というのが半数程度でございました。

最後ですが、4番として高齢傷病者の搬送先医療機関選定について、救急隊が高齢傷病者を救急搬送する際の病院からのオーダーで苦慮していることということで聞いてみたところ、「付き添い者の確保を求められるのが困っている」という回答が99.3%という高い回答を得ているところでございます。続いて「DNARやリビングウィルの確認を求められること」というのが75.4%でございました。

ちょっと駆け足ではございましたが、今回アンケートをとらせていただいた結果の概要をさらにピックアップして、ご紹介させていただきました。以上でございます。

○白井委員長 ただいま高齢者の救急医療に関するアンケート調査について、結果を救急医療機関、そして高齢者施設と救急隊それぞれに分けて簡潔に説明をしていただいたわけ

ですけれども、説明いただいた後ろのところに詳しいアンケートの結果が載っているところでございます。それでは皆様方にご質問等がございましたら一つずつ伺っていきたくと思います。初めに救急医療機関についてのアンケート調査の結果について、何かご質問のある方はいらっしゃいますでしょうか。飯田委員、どうぞ。

○飯田委員 28ページに、連携している病院というくくりがあるのですが、連携している病院の定義を教えてください。どういうものをもって連携病院と規定してやられているか。

○白井委員長 それでは事務局のほうから説明をお願いします。

○事務局 連携している病院の定義でございますが、高齢者施設を開設する際に、契約して受け入れる病院というのを定めていると思うのですが、その病院という意味で記載しております。

○飯田委員 わかりました。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でしょうか。神保委員、どうぞ。

○神保委員 22ページの一番下なのですが、「患者親族とトラブルとなったケースがあり」という項目があるのですが、例えばどのようなトラブルなのか、2～3教えていただければと思います。

○白井委員長 よろしいですか。これは神保委員、22ページの一番下の丸のところに、その内容はということで書いてありますけれども、これ以外に何かあるかということでしょうか。

○神保委員 そうです。どのようなトラブルか、具体的にもしあれば。

○事務局 今回アンケートでは、25ページの一番下側に該当する問いなのですが、こういった形で質問をとらせていただいて、選択をいただいています。その他の回答が1つあるのですが、治療費でもめたということが具体的には書かれています。その他で具体的にかなり書いていただいている項目もあるのですが、この問いではそういったところがありませんでしたので、基本的には書かせていただいた、救命処置の必要性だったり、患者の取り扱いにおいて親族同士でもめたりといった経験について回答をいただいたのかなと思っております。

○神保委員 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でしょうか。

高齢者施設との連携についてというところで、23ページのところで、施設別の連携の状況というのが出ています。特養とか老健等では、どちらかというとその下くらいですか、割と高い連携あるいは提携契約をしているようですけれども、ここに出てくる下にいくほど、そういった契約は余りされていないという状況ですが、これは何か意味がありますでしょうか。

○事務局 こちらの施設別における連携の状況というのは、このアンケート内容から我々

は把握しておりませんので、例えば今日委員として参画いただいている、グループホームの内田委員とか福祉事業経営者会の会長の小倉委員などから実態を、むしろ事務局からも伺いたいと考えております。

○白井委員長 それでは突然あれですけれども、小倉委員のほうからよろしいですか。

○小倉委員 仕事をする上で実態としては100%、200%、1病院に限らず複数病院と契約という形で取り交わしは行っております。なぜこれが100%ではないのがちょっと不思議なのですが、100%以上でない不安で仕事ができないものですから、特養側で数字のカウンターの取り方とか回答の仕方に差異があったのかなと思います。多分100%以上の契約で、なおかつ月に1度、2カ月に1度の連携会議というのをやりながら、今の医療、今の特養の状態はというのを地域でやっています。そうしないと、要介護3以上になって、緊急の度合いが結構多発しますので、そういうときに情報提供のやり方も病院とお話をしながら、どういったらスムーズに、どういったら迷惑がかからないようにというのを模索している最中でもあります。

グループホームさんは、ちょっと厳しいですね。

○内田委員 ありがとうございます。内田です。グループホームに関してなのですけれども、グループホームを立ち上げるときに、協力医療機関として病院との協力契約をとるということになっております。ただ、うちに関してはもう20年前くらいにやったのですが、特養の協力医療機関をそのまま協力としたのですが、時代が変わってくると近くの病院や総合病院がよくなってきて、協力医療機関より近くの病院、また受け入れなどがいいということで変わっています。ただ、今言われたように、協力医療機関、往診、かかりつけ医は医療連携体制加算というものが平成17年度か18年度から入りましたので、ほぼ皆さん、提携契約はされているとは思いますが、その受け取り方が、協力医療機関だったらもうちょっと数字が上がったのかもしれないという気がします。

○小倉委員 契約という形になると、これは契約の概念で回答した部分が数字としてあらわれていない部分かなと。協力病院は複数たくさんありますし、なおかつ一番近いところ、開設時に協力病院の契約病院としてそれぞれの施設がやっているはずですが、でも本当に時代の流れで、近くに病院ができたりしたほうが連携がとりやすいということで、イメージが変わってきているのは間違いありません。

○白井委員長 ただいまの説明ですけれども、契約ではなく協力という概念で連携しているということですね。

○小倉委員 そうですね。私の法人でも協力病院は5つくらい持たせていただいて、その中で主として一つの病院と契約、お金のやりとりの中で1ベッドは必ず確保してねとお願いの部分なのですが、なかなかそれがかなわないことも多々あるのですが、保険の部分とか安心の部分でそういった契約病院として契約をして、協力病院として複数と連携をとっているという次第でございます。

○白井委員長 ただいまの説明に何かご質問のある方はいらっしゃいますか。協力病院との間では協定書あるいは契約書とかで、提携病院とは契約書を結んでらして、協力病院とは協定書みたいなものを結んでらっしゃると。

○小倉委員 ええ。地域連携の中でグループ化していますので、連絡会というのがあって、そこに参加する、いろいろ情報を共有するということで連携という協力を深めているという感じです。

○白井委員長 今、特養の話が主になってきたわけですけど、これはより小さなグループホームでも皆同じような体制をとっているということですよ。

○内田委員 はい。基本的にはグループホームを立ち上げ、始めるときには、協力医療機関が契約またはそういうふうにないと立ち上げができないというのは、介護保険法で開設できないというのを我々は聞いております。協力医療機関という名称であれば、ほぼ100%に近かったのかなと。だから、言われているように契約のとられ方かなとは思いました。

○白井委員長 ただいまの説明で、どちらかという高齢者施設側の方たちは、開設のとき、あるいは常々そういうような体制でいると理解をされているようですけども、逆に病院側のほうは考え方が違っているのかなと思いますけど、新納副委員長のほうから。

○新納副委員長 お聞きしたいのですが、協力病院と契約病院というのは違うのでしょうか。私は同じと考えておりました。申し訳ありませんが、会議には出席したことはありません。何かの際には協力しますという契約と理解しておりました。

○小倉委員 地域性があるかどうかはわからないのですが、私のところでは近くの総合病院と地域の福祉医療のネットワークという形で会議をやっております。

○新納副委員長 会議をやっているのですね。

○小倉委員 講習会の形、研修会の形をしたり、情報交換をしたりということで、定期的に集まって情報共有をする形のことを長い間やっています。

○新納副委員長 実は、協力施設は多数の施設より依頼があり、断るわけにもいかず、協力しただけの契約と理解しており、会議の開催まで考えての契約はしてありませんでした。条文は読んでおりませんでした。

○小倉委員 そうですか。

○新納副委員長 条文に明記してあるのですね。

○小倉委員 我々高齢者施設の側からではなくて病院のほうから、いついつ集まりがありますからという連携の仕方の集まりなのですけど。

○新納副委員長 そうですか。

○小倉委員 ある総合病院がありまして、地域でネットワークをつくらうねということで、高齢者施設の複数施設、老健さんや特養さん、グループホームさんなどの主たる生活相談員レベルが担当としてその会議に出席して、近々の近況とかの説明、それと既往歴に関する

る研修会とかもやっただけです。とてもありがたいので、そういうので連携がとれていいなと感じです。

○新納副委員長 それは大変協力的な病院ですね。

○事務局 よろしいですか、済みません。

○白井委員長 どうぞ。

○事務局 先ほど新納副委員長からもありましたけれども、やはり地域性ですとか、それから病院と福祉施設が同じグループの中でやっているところですか、その辺の連携はかなり温度差があるというのは今回ある程度わかりました。後ほど説明しますが、提携の中ではそういう関係性を強めていきたいと思いますということもあり、そういうことで温度差はあるのかなと感じています。

○小倉委員 同一法人のグループではないです。グループと言われたので。申しわけありません。

○事務局 いや、そういうことでやっているところも例としてはあるということです。

○白井委員長 よろしいでしょうか。ほかに何かご質問のある方はいらっしゃいますか。27ページをごらんいただくとわかるように施設数が870幾つもあるので、個々の施設との連携会議というわけにはいかないと思います。その辺は地区ごとに、例えば横浜市の18区で展開している在宅医療連携拠点等を通じて既に多職種のいろいろな連携の会が開かれていますし、そういうところを通じながらまた病院と、いろいろな施設での話し合いを深めていただければいいのではないかと思いますので、引き続き連携もお願いしたいと思います。

それでは、今、医療機関についてのところでお話を伺ったところですが、次に高齢者施設のアンケート結果について何かご質問のある方はいらっしゃいますでしょうか。

○新田委員 一つよろしいでしょうか。

○白井委員長 新田委員、どうぞ。

○新田委員 一つ教えてほしいのですが、これはすごい数字かなと思って見ていたのですが、27ページで情報共有ツールを活用しているということで、約半数がD N A R やリビングウィルの記載があると。これはよく高齢者施設が行う話でございますが、実は逆に言うと、今、小倉委員のような高齢者施設が要介護3以上のときに、本人の意思決定ができない人たちが半数以上いるという数字もあります。その中でこういった記載が本当にできているのかどうか、どういう記載の方法をしているのかということをお聞きしたいのが一つです。

それでもう一つ、28ページで、施設内で看取りを行った実績では、家族の意向が90%で、医師の判断が77%で、本人の意思が58%ということです。家族の意向というのは、このD N A R とどう一致するのかということがわかりませんが、お聞きしたいところがございます。

○白井委員長 新田委員、ただいまのご質問は、DNAR、リビングウィルの記載の信憑性ということですね。それをどこまで信用してやっていいのかという話だと思います。これは救急隊のほうの結果概要の中にも確か出ていたと思うのですけれども、36ページの4の丸のところでしたでしょうか。DNARやリビングウィルの確認を求められるというようなところもございましたし、それに対して35ページの一番下の丸のところですが、救急隊が現場において、こういったDNARやリビングウィルについて、情報の正確性・鮮度、法的に担保されていない等の問題意識を持っているというふうな記載がございます。そういった中で小倉委員ばかりで恐縮ですが、施設においてこういった共有ツールに記載があるというお話ですけど、これをどのように扱っているかというのが新田委員の1問目のご質問でよろしいですか。

○新田委員 はい。

○小倉委員 基本的には入所の契約をするときに、その辺の質問も突っ込んだ形で家族との情報交換はしますし、それを記載します。それと、ターミナルケアが進んでいますので、ターミナルになるときにターミナル会議を開いて、医師の同席のもと家族との話し合いもします。それも議事録にきちんと載せています。それで緊急時にどうするかというのも話し合いの中で、ただ、そうであるからもう何もしないよというのは、施設側では一切ないので、緊急時でも夜間、ナースがオンコールで飛んできて、ドクターと話をし、緊急搬送をするのかしないのかも家族と話の中で決めております。

○新田委員 よろしいでしょうか。

○白井委員長 はい、どうぞ。

○新田委員 今の話でございますが、家族と決めているという話です。私の質問は、本人の意思決定をどうしているのかと。昨年、中医協で出された特養の意思決定のある人が40%しかなくて、意思決定がない人がほとんどであったという数字でした。そういう中でどうやって決めているのでしょうか。そうしないと、次の救急搬送をされる病院で、先ほど問題があったと話がありましたけど、その意思決定支援が本当に正しいかどうかと疑わざるを得ない中で病院はどう対応していいかという問題が起こってくるのだろうと考えるわけですが、そういうことで聞いたわけでございます。

○小倉委員 間違いなく本人の意思決定を本人ができる状態でしたら、本人の意思を最大限、尊重します。でも一応、家族の同意を得て本人の意思決定を伝えながら、病院へいざなうという形をとっています。

○新田委員 委員長よろしいでしょうか。

○白井委員長 どうぞ。

○新田委員 ありがとうございます。次の方向性として、その意思決定がきちんとできているかどうかを病院は欲しいなと思っているのです。そこのところを明確に、この横浜でこういうルールでもってやったのだということができれば、いい方向性に行くのだろう

など、そういう意味の質問でございます。

○**白井委員長** ありがとうございます。この件は、前回のこの委員会でも議論が白熱して、特に弁護士の黒田委員のほうからもいろいろな意見をいただいたのですが、この会でなかなか決められるようなものではないだろうというところで一度おさめていただいたような経緯もございます。今後その辺については、また議論を深めていかなければならないのかと思うのですが、こここのところはこの辺で一度おさめていただきたいと思います。もう一点、今のリビングウィル等については、国が挙げて、あるいは行政もこれから検討していく課題ですし、より具体的な話が出てくると思いますので、そちらのほうを待ったほうがいいのかというような考えでおります。

新田委員、もう一つのご質問をちょっともう一度よろしいでしょうか。

○**新田委員** ただいまの小倉委員の中で大体わかりましたので、それでよろしいかなと思います。ただ、今、委員長の話で、ちょっと情報提供だけですが、認知症の意思決定がない人の意思決定をどうするかと今、厚労省で検討会がありまして、私はその委員でございますが、いわゆる弁護士協会は成年後見の後見人を医療判断も含めてというのを弁護士協会から出しております。それについていろいろな議論が行われています。情報提供だけでございます。

○**白井委員長** ありがとうございます。森村委員、どうぞ。

○**森村委員** 今のことに関する情報提供だけさせていただきたいと思います。現在、日本臨床救急医学会という学術集の団体の中で、これは心肺停止に限った話で今進めていますけれども、「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検討委員会」というのがございまして、これで、今言ったような話を学会員の中で取りまとめて、この1月にコンセンサスを得てからリリースをしていくというような動きがございます。

それからもう一つは、厚労省のほか総務省のほうも今現在、科学研究という形では動いていますけれども、研究班の中で緊急度の判定は揺るぎないですけれども、今までは自宅や公共の場からどのように医療機関にアクセスするかというのを、119番の使用も含めてその尺度を考えてきたわけです。ただ、今度は高齢者施設からのそういった緊急度を判定した場合に、同じような緊急度であったとしても、その後の医療機関へのアクセス方法が少し、必ずしも119番の救急車を使うかどうかという議論が今そこでも進んでいるというところで、会長が言われるように、だんだん熟してくるのだと思うのですが、非常に慎重に議論を進めている、かつ今のところ進んでいるというところを情報提供だけさせていただきたいと思います。

あともう一点だけ、次の話題に行っても大丈夫ですか。

○**白井委員長** どうぞ。

○**森村委員** 高齢者の質問のアンケートの中で#7119について、34ページです。これはご質問なのですが、先ほどのプレゼンでは、61.9%の人が今後も利用するとおっしゃって

るということで、少し前向きにとらえられていたようなのですが、これをよく見ますと、「利用したことはないし、今後も利用するつもりがない」という方が36%もおられます。#7119自体は救急車を使うかどうかという判断よりも、早期受診をして悪くしないようにする、いわゆる救急受診の受療行動を支援するというのがもともとの役割だったと認識しております。そういった意味においては、早目に相談をして悪くなる前に治療を行う、介入するということが可能なのかなと思うので、有料であるところからは勝手に思ってしまうのですが、使わなくてもいいと言われている何か理由があれば教えていただきたいです。

○事務局 救急医療技官の六車です。今まで高齢者施設さんとかとの接触の中では、結局契約している医療機関があったりするので、そこに聞くのというような文脈が比較的出てきがちではあります。ただ、その後、医療法人さんのほうで見学に来ていただいたりしている中では、かかりつけとか契約している医療機関に打診するかどうかという前に、まず7119にかけてみるという利用法も含めて有用なのではないかと。実際に見学に来ていただいたり説明をしたりすると、そういった見識が変わるところもあるようですので、それはこちらから市のほうとしても今後、周知とか説明を深めていきたいと考えています。

○白井委員長 ありがとうございます。市民向け広報はいろいろやっているのですが、確かに施設に向けての広報はまだ進んでいないので、施設には当然、協力医や嘱託医がいるわけでしょうけど、森村委員がおっしゃっているのは、その前にということですね。

○森村委員 標準化という意味では、そのほうがいいのかと思いますので。

○白井委員長 そういうことでございまして、行政のほうから働きかけをしていただくとともに、小倉委員、内田委員も#7119をお広めいただけますようお願いいたします。

それでは、施設側についてのアンケート結果については、これでよろしいでしょうか。

次に、救急隊からのアンケート調査についての結果について、何かご質問のある方はいらっしゃいますでしょうか。

○森村委員 では、よろしいでしょうか。

○白井委員長 森村委員、どうぞ。

○森村委員 ページを見落としてしまったのですが、すべての三者において患者の情報共有ツールが有用だということがうたわれているということが間違いないということは認識しましたが、救急隊が患者さんの情報収集後にそのまま探す、あるいは患者情報がわからない、あるいはご家族がいないときに、その情報をどうやってとるかということに対するお答えで、患者情報ツールを探すという方……済みません、ありました、37ページです。37ページの中段の(4)のところ、家族等から傷病者の情報が収集できないときの対応はということで複数選択で、「患者情報共有ツールを探す」というのが6割の方がいらっしゃる、あるいは「傷病者の情報を持っている方を探す」ということをされているというのが現状のようです。ただ、お聞きしたかったのは3番で、「そのまま搬送」とい

うのが25.4%並びに、最後のその他が2割あるということです。これは実はメディカルコントロールを担当する側としては信じられない数字でしたので、その他には実際どのようなものがあるのか、そしてなぜそのまま搬送すると答えているのか、わかる範囲で結構なのですがお願いします。

○事務局 済みません、その他につきましては、ちょっと今、手元にご用意がございません。済みません。

○森村委員 わかりました。これは、後でまた白井会長が取りまとめられるのだと思いますが、備忘録的に、恐らくは患者情報共有ツールを探しなさいというのは明らかなことだと思うので、これの実態を見ると、もしかしたら書面にして救急隊に対するプロトコルにしなければいけないのかなと思いました。本来は100%全員がそれを探していくというプロトコルをつくってあげれば、こういう回答にはならないのかなと思いましたので、申し上げました。以上です。ありがとうございました。

○白井委員長 先生、この後アンケート調査をとりまとめて第7次の提言ということで進めていく中で、先生が今おっしゃってくださったことが出てくると思いますので、事務局もその辺を用意しているようです。では、よろしいでしょうか、救急搬送についてのアンケート調査のほうは、ここで打ち切らせていただきたいと思います。

それでは、今申し上げましたように、本委員会から、ただいまのアンケートあるいは救急搬送データなどを基礎データとして、高齢者の救急医療に関する提言をまとめていくこととなります。39ページ以降に、その提言の準備段階のものを事務局のほうで用意をしていただいているようでございます。それでは、こちらについてご説明をお願いします。

○事務局 それでは39ページからでございます。第7次の提言案ということでございます。1枚おめくりいただきまして、目次ということでつけさせていただいております。こういった項目で、「はじめに」ということで現状分析をさせていただいて、要約を置かせていただいて、ローマ数字Ⅲの「高齢者の救急医療に係る施策提言」というところで現状と課題と、あと「高齢者の救急医療に係る施策」ということで後ほどご説明いたします。あと、今後の検討事項、資料という形で続けさせていただきたいと思います。

41ページの「はじめに」のところは、今回まだご用意をしておりますので飛ばさせていただいて、43ページのほうをごらんいただきたいと思います。「高齢者の救急医療に係る現状と課題」というところで（1）で現状でございますが、既に委員会のほうにもご報告させていただいているとおり、救急搬送の状況について高齢化と絡めて記載しております。その辺をまとめさせていただいたところが、こちらの囲みの中になっております。それを踏まえて、またアンケート調査を実施したということで44ページのところ、こちらにつきましては先ほどご報告のとおりでございます。その抜粋というところで記載させていただきます。

そのような中で（2）番、45ページでございます。施策の考え方ということで、高齢者

救急はそれぞれの部分で課題がたくさんございますけれども、その中で例えば#7119救急相談センターの利用促進ですとか、救急搬送あるいは受診の場面での高齢者の情報把握というところの現状の課題、それの中につきましては、情報共有ツールということでの有効活用をする仕組みが必要ではないかということ。

あと、医療機関と高齢者施設の連携ということで、こちら先ほどもご議論があったとおり、地域によりかなり状況に差がございますけれども、ふだんから会議の連携を行っている場合、行っていないということで、いろいろ受け入れ等にも課題が生じる頻度に差があるというところも、アンケート調査などからは見えてきているところではございます。

これらについて、どのように施策を打っていくかということで大きな2番でございます。まず5ページの(1)で救急相談センターの活用というところでございますが、森村委員のお話にもあったとおり、救急車を呼ぶだけではなくて、受診の遅延により重症化につながるということも懸念されるということで、早期受診のサポートにもなるということが期待される効果としてございます。

また、#7119事業の利用者の状況ですが、高齢者の利用率が下からの2行目にありますとおり、12月4日までのまとめですと9.2%となっております、高齢者人口22.9%に比べて低くなっております。こちらにつきましては、やはり高齢者に対する周知というのは、医療局としても宿題としてとらえて取り組んでいく必要があるのかなというところがございます。こちらにつきましては、高齢者へのセーフティネットとしての機能ということで、さらなる周知あるいは利用促進もやっていく必要があるというところがございます。

46ページの(2)、中段より下の情報共有ツールというところですが、前回、第2回の会議でも報告したとおり、区のほうで把握しているだけでも36のこういう情報共有の取り組みがされておまして、実施主体も区が音頭をとっているところもあれば、単位町内会での取り組みだったりと多種多様でございます。これを統一するのはなかなか難しいというのは既に議論としてあったところでございます。ただ一方で、どういう記載が必要なのかということやガイドラインとして示していくべきかということで、例えば必要な項目などについてガイドラインとして示したいというふうに考えております。

右側、47ページの上のところにガイドラインの素案ということで記載いたしましたが、こちらは鶴見のイエローノートとか、消防で施設さんのほうに配っている申し送り用のシートを参考に、こういう項目が必要ではないかというところをまとめさせていただいておりますので、後ほどご議論いただきたいと思っております。

また、3番のところ、保管場所でございますけれども、冷蔵庫の中に入れてあるカプセルのところもあれば冊子となっているところもあって、なかなかこれは課題だと考えております。例えばステッカー等で、どこに保管してあるかなど共有するやり方が統一できれば、救急隊も活動しやすくなるのではないかとこのところでございます。

また、47ページの下でございますが、人生の最終段階での医療につきましては、

今いろいろ国レベルでもさまざまな議論がなされている中でございますので、こちらの委員会の中ではこの程度の表現でよろしいのかどうかというところをご議論いただければと思います。

また、48ページでございますけれども、救急医療機関と高齢者施設の連携というところで、本当に地域性あるいはグループ間というところの取り組み等もあるかと思っておりますけれども、開設される際には協力医療機関ということでお名前は連ねられて届け出をされているところかと思っておりますけれども、それきりになってしまっているところも実際としてはあるようでございます。そうした中で、高齢者施設、あるいは回復期・慢性期の病院などと急性期病院等の連携や勉強会などをやっている病院に我々もヒアリングで回らせていただいている、多くあるところでございます。その辺でスムーズに進んでいるというところが、我々もお話を伺っていく中では実感として感じているところでございますので、こういった取り組みを地域ごとにモデル的に開催をしてやっていただきたいかなというところで、こういった記載をさせていただいたところでございます。

第7次提言の骨子として、このような形で事務局として案ということでご用意させていただきました。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。今日のこの委員会の一番大事なところになります。ただいまの説明につきまして、何かご質問やご意見のある方がいらっしゃいましたらお願いしたいと思います。島本委員、いかがでしょうか。何か気になることとかはございますでしょうか。

○島本委員 社会福祉協議会の島本でございます。高齢者の方向けの情報共有ツール、地域の各単位町内会ですとか、連合自治会エリアの住民の方とともに作り上げていくという形の取り組みをさせていただいた経験がございます。その中でかかわっていた以前の中には、このような形のツールをつくるときに、相談させていただくところ、横浜市ではどう取り組んだらいいのかという形のところがなかなか見当たらずに、おのおのという形のところで検討させていただいたという記憶がございます。このような形でご提示をいただければ、より浸透度も早くなるですとか、有効なものになろうかということもございますので、ぜひ私どもでもいろいろ社会福祉協議会としまして参画させていただいて、周知・啓発などに協力させていただければと思っておりますので、よろしく申し上げます。

○白井委員長 ありがとうございます。この共有ツールがやはり一番の話題になるかとは思いますが、先日、私も行政の方とお話したときに、東京防災のように横浜版でこういったことを一つにまとめて、あそこまで分厚くなくても横浜市民全員に配って、それで各世帯に1冊届けて、それを大事に皆で見るといような仕組みをつくったらいかがかというふうにお願いしています。ちょうど災害、それから救急医療については医療局が全部管掌しているということなので、彼らならできようということ期待しているところです。

この共有ツールについても、すごく遠慮されていて、既に各地区でいろいろな取り組みがされているから、それを大事にとすることは私もわかるのですけれども、それ以上にやはり横浜市行政と、この委員会ですっきりしたものをつくったほうがいいと思います。つくって、それをダウンロードして使ってもらえるような仕組みにしたほうが私はいいと思います。遠慮をしているから、あちこちでいろいろな仕組みができてしまうので、やはりこれは医療局がしっかりしたものをぜひつくっていただきたいというのが、私からのお願いです。

それから、置く場所についても、既にこうなっているからではなく、今いろいろな意見が出ている、冷蔵庫の中やげた箱の上とか、ステッカーなどをつくれば、またお金がかかるわけですから、もう決めてしまえばいいのです。ですから、せっかくこういう委員の先生方がいる中でどこがいいのかと、いろいろ現場をよくわかってらっしゃる方がいる中で、横浜はこうやってやるのだという仕組みを遠慮しないでつくられることを期待したいと思います。

そのようなところで私はお願いしたいと思うのですが、突然申しわけないのですが、きょうは原委員も看護師の立場で何かございますか。

○原委員 委員長がおっしゃった本当に横浜市としてある程度型を決めていただいて、それに合わせるということも可能だと思います。なので、救急隊の方が一番探しやすい場所とかという形で、ある程度統一したひな形を出して、それに合わせていただくということのほうが、救急という視点で考えると、やはりそれが一番いいのではないかと考えています。

あと、この提言の案のときに一つ感じたのですが、市民教育といいますか、高齢の独居の方、それから老々夫婦の方などがやはり救急の現場や通常の医療の現場でもかなり時間がかかって意思決定ができなくて、その支援に大変だと。極端な話、救急診察が終わった後、自宅に帰っていい状態なのに、自宅に帰る手段すら、ご本人やご家族の方の中では対応できないというのが、実際に医療現場ではかなり時間を割いて支援をしているところになります。それを考えますと、遠方に住まれている息子さんとか娘さんとかも含めて、市民として暮らしている方皆さんにこういう救急の現場をわかっていただいて、救急体制を維持するためにも、皆さんで協力していただく形の提言にしてもいいのかなと思いましたので、一つこの中に市民教育というものを取り組むのもいいのではないかと思います。

○白井委員長 ありがとうございます。では、ぜひそのような書き込みも、できればお願いしたいと思います。黒田委員のほうから、先ほどからいろいろなリビングウィル等の話が出てきているところですが、まだやはり決められないと。そういう中で、現状で何がどこまでだったら大丈夫とか、先生のお考えがございましたらお聞きしたいです。

○黒田委員 現状で何が大丈夫かとかというのは、今の段階では申し上げられるような状況にはないと思います。やはりリビングウィルであるとか、ご本人の意思をどの程度尊重

するのか、ご本人の意思の確認はどうしたらいいのか、それからターミナルケアについてどういう形でやっていくのが一番いいのかというところを社会のコンセンサスといいますか、国なり社会なりで決めていかなければいけないところ、特に高齢化社会になってきて、その部分というのは非常に重要なだけではなくて喫緊の問題だと思いますけれども、なかなかそこが話し合われる場がない。縦割りの考えでやっている、なかなか事が進まないのではないかと考えております。

先ほどちょっとお話が出た成年後見の問題で、我々の分野でいいますと成年後見の問題も、いわゆる医療同意といまして、救急の方が運ばれたとき、あるいは医療機関でそういう場面に遭遇したときに、どなたの了解を得て医療のゴーサインを出すべきなのか。これは医療機関の方々からしたら、非常にその後に刑事的な、あるいは民事的な責任を負うかもしれないという場面になってくるので、そこは非常に重要な部分だと思います。

ところが、それに関しては、例えば成年後見人というのは、皆さんご存じだと思いますけれども財産の管理がメインですので、その者に最終的な判断をゆだねるということではできないし、我々が仮にそういう後見の立場になった場合にそこで判断するわけにはいかないということになると、ではどなたなのかといえば家族なのかということになります。ところが、家族としても、先ほどもお話が出ていましたけれども、あちこちに住んでおられて、遠くに住んでおられたら、その承諾をすぐに得ることができないというような場面になったときに、救急のときにどういう判断をしたらいいのかと。医療側がゴーサインをやってしまうのがあるのかと。もちろん法的には緊急避難ということができますので、それで判断して進めることはできると思いますけど、そのあたりについてはその後問題になるケースもないわけではないと思います。

いずれにしても、今、例えば市であるとか町であるとか、地域だけで決めていかれるような内容というふうには思えないところですので、そこは十分に社会で、あるいは国で議論してやっていかざるを得ないのかなと考えております。

○**白井委員長** どうもありがとうございます。大体、皆さんのご意見をいただけたかと思えますけれども、飯田委員、実際に救急の現場で従事していて大変だったことが何か、今のリビングウィル等について経験とかがあれば一言。

○**飯田委員** 皆さんがおっしゃったとおり、やはりいろいろ処置をしまえば楽なので処置をしてしまうのですけれども、「してほしくなかったんだけど」という意見がぼつぼつ出ます。それで怒りながら帰ったうちがやはりあります。これからだと思いますので、待ちたいと思います。

○**新納副委員長** 一言いいですか。

○**白井委員長** どうぞ。

○**新納副委員長** 医療機関として、医師として、マイナスの決定を下すのは、なかなか難しい。決定後の法的や家族のトラブルを考慮すると、救急ではどうしてもプラスの決定が

優先されてしまいます。

○白井委員長 ありがとうございます。新田委員、何かありますか。

○新田委員 今の黒田委員のお話でございますが、例えばアメリカでご存じのように、ポルスト (POLST)、いわゆるフィジシャン・オーダーズ・フォー・ライフ (Physician Orders for Life) というものがあります。ドクターといろいろと、例えばD N A Rというだけではなくて、ちょっとしたことで、私はここまでの点滴をしてほしいのだけど、あとはしてほしいはない、あるいは徹底して救命してほしい等という話を、50州分の24州ですから、かなりのところがそれを採用してやっているのがアメリカの社会です。日本はそれに合うかどうかわかりませんが、先ほどの独居高齢者とか老々家族に対してかかりつけ医がきちんとして、それでかかりつけ医との話でつくり上げていくということなのだろうと私は思っています、横浜でそこが可能かどうか検討が必要です。そこでいざという場合は、そこででき上がったものが病院等の救急になったときには役に立つのかなと思います。

それで、高齢者ひとり暮らしの人たち本人が、先ほどの情報共有ツールを自分ひとりでつくり上げるのは大変な作業なのだろうと思っています。情報共有ツールの中で必要なのは、先ほどから言っているように、最終的に本人の意思はどこにあるのかということを知りたいところですが、だれが書いて、だれがつくり上げるのかということが大きなことです。例えばそれぞれ、横浜のどこかでモデルをやっていたら、先ほど小倉さんのところのグループで非常にいいところがあれば、そういうところでモデルをやれて、そこでやってしまえばということです。それは施設だけではなくて在宅高齢者も含めてとか、いろいろ案を、この会長のもとに出していただければ会長の先ほどの意思が通じるのではないかと、私は先ほどの話に賛成でございます。

○白井委員長 新田委員がいらっしゃる前に、27年度の第2回のこの委員会で、実は鶴見区、原委員のおひぎ元ですけれども、そこでイエローノートというすごく立派なものが出ていて、それは訪問看護師の方たちが家族と一緒に記載して、それを実際に運用しているという状況を実は共有しております。また新田委員に機会がございましたら見ていただければと思いますけれども、一応そのような形で、それを骨格にしてさらに委員の先生方のご意見を取り入れて、横浜版のものをぜひつくり上げて皆さんに見ていただければと思っています。

西山委員、私は同じ所属なので何も求めていなかったのですが、何かございましたら。

○西山委員 いえいえ、会長のおっしゃるとおりです。最後というわけではないのですが、やはり今のお話で、ここ2年間の集大成でぜひツールのガイドラインをつくって、それは最後の最後、留意すべき点でリビングウィルなど法的にかかわるところは置いておきながら、今、方向性をつつこつと、これを2年間の集大成を出していただければ幸いです。ぜひ白井委員長からもあったように、すべての横浜市内広く伝えられるよ

うに共通の書式を持って、いいとこどりでいいではありませんか。とれるところをとっていただいて、ほかのところで行っているところで整っているところはそのまま使ってください。少なくともこれだけの要件は満たしてくださいというものをつくっていただければ今後のためになるかと思しますので、まずは一歩進めるということで、ぜひこの情報ツールのガイドラインをお願いします。

○白井委員長 ありがとうございます。それでは、短い時間だったのですが、大変活発な議論をいただきました。時間の関係もごしますので、8時半までには終わらせるようにと言われておりますので、ここで第7次提言の案についてのご議論はこの辺で終わらせていただきます。

それでは、今後のスケジュールについて事務局からご説明をお願いします。

○事務局 それでは資料は、最後51ページでございます。本日12月のところ、第1回の救急医療検討委員会ということで行いました。本日の議論を受けまして、1月中にさらに7次提言のほうを書き加えさせていただいて、一たん意見ということで各委員の皆様にはつくり上げたものを投げさせていただきます。そしてご意見を伺った上で今後、日程調整をして、2月になろうかと思いますが、最終確認ということでもう一回会議を開催させていただければと思っております。それを受けまして、最終的に今年度中に第7次提言ということで、市長のほうに提言の提出という形になろうかと思っております。以上でございます。

○白井委員長 ただいまの事務局からの説明について、何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。それでは、特にないようでございます。

その他

○白井委員長 それでは、次第の3、その他について何かございますでしょうか。

○事務局 事務局からは特にございません。

○白井委員長 ございませんか。

○小倉委員 ちょっとよろしいですか。

○白井委員長 小倉委員、どうぞ。

○小倉委員 消防のほうから立派な冊子が出まして、もしものとき、頭が痛いときのレベルに合わせて連絡するのですよという、しっかりした冊子ができていますよね。それを町内会レベルの話し合いのときに、ぽっと出してみたのです。「これはすばらしい」と。「これはバイブルみたいな感じで使える」という感じで感動してもらって、その横に#7119があったのですけれども、これに関しては、町内の人ですよ、「紙じゃあね」と言うのです。紙は横に置くか縦に挟むかで、もしものときに番号を覚えていればいいのだけど紙はだめだよねという話が出ました。「じゃあ、どうしたらいいんですか」と言ったら、「水漏れやガスのとときとか何かのときって、いつもマグネットでぴっと張るじゃないですか」と。あ

のように張ってくれると、毎日あけるものだから毎日気がつく。でも置き場所のことを問題提示したときに、その張ってあるところにマジックで、各家庭いろいろなつくりがありますから、げた箱ならげた箱や、冷蔵庫にありますよというように情報提供ツールがある場所を、その家庭ごとにマグネットを張ったここにマジックで書けるようにしてくれたらいいのだけどみたいな話が出ました。以上です。

○白井委員長 今のお話は、きょうは救急医療検討委員会なのですが、救急業務検討委員会のほうでつくったものです。おっしゃるように紙で、しかも市民全員に配られていなくて一部の方になっています。各戸には、予算の関係でできなかったのです。

○神保委員 B5のものでしょうか。小さいのでしょうか。

○事務局 A4のもので。

○神保委員 A4ですか。

○白井委員長 配られていない、カラーでめくるものですよ。何か。

○事務局 消防局では、救急受診ガイドをウェブ版で使うことを目的に作ったのですが、インターネット環境のない方に対して、冊子版も作らせていただいております。もう一つの質問ですが、#7119の番号を見えるところに貼るということだったと思いますが、こちらは医療局で作られております。

○事務局 先ほどマグネットのお話がありましたけれども、まだ数は不十分なのですが今製作をしております。まだお手元には全く行っていません。数も大変不十分なものなので、ご好評をいただければ数をふやすとか、ポケットティッシュなど、いろいろなもので身近に目につくところに置いていただけるような工夫というのを今考えておりますので、今後の広報戦略、こちらの提言にも具体的に広報手段をどう書くのか、展開していくのかということについても記載を少し触れたいと思っておりますので、そこら辺を盛り込ませていただきたいと思っております。

○白井委員長 ほかに何かご意見のある方、ご質問のある方はいらっしゃいますか。よろしいでしょうか。水漏れの何とかという、ああいう安っぽい冷蔵庫に張るようなあれでいいということですよ。それに#7119と書いてあればいいということですよ。

○小倉委員 それと情報提供の紙がどこにあるかという場所が自分で書けるようなアイデアがちょっとあったので、そしたら救急隊の方がいいかなと思ったので。

○白井委員長 では検討をよろしく願いいたします。

閉 会

○白井委員長 それでは、本日の議事はこれで終わらせていただきます。ご協力ありがとうございました。では、進行を事務局に戻させていただきます。

○事務局 白井委員長、スムーズなご進行ありがとうございました。では、本日これ

をもちまして、当会を閉会させていただきたいと思います。まことにご議論ありがとうございました。