

## 審議会等の会議結果報告

1. 会議名	令和元年度第2回松阪市地域包括ケア推進会議
2. 開催日時	令和元年11月7日(木)午後7時00分から
3. 開催場所	松阪市産業振興センター 3階 研修ホール
4. 出席者氏名	[委員] 長友会長、櫻井委員、小林昭委員、平岡委員、長井委員、長島喜委員、木田委員、林委員、太田委員、中村委員、藤井委員、志田委員、鶴森委員、市川委員、木村委員、近田委員、泉委員、青木委員、川上委員、野呂委員、山本委員、大戸委員、川村委員、鈴木委員、長島秀委員、植嶋委員、小山委員、計27名(欠席委員)谷川委員、清水委員、石田委員、齋藤委員、奥田委員、中西委員、小林麻委員、野田委員、山口委員、 [事務局] 高齢者支援課：松田課長、藤牧担当監、西山担当監、前川主幹、西主任、稲垣主任、林主任、潮田、丸尾、介護保険課：田中課長 [地域包括支援センター] 第一 1名、第二 1名、第三 1名、第四 3名、第五 2名
5. 公開及び非公開	公開
6. 傍聴者数	5名
7. 担当	松阪市殿町1340番地1 松阪市健康福祉部 高齢者支援課 担当者：西山 電話 0598-53-4099、4427 FAX 0598-26-4035 e-mail kourei.div@city.matsusaka.mie.jp

### 協議事項 「松阪市の在宅医療・介護連携推進のためのとりくみ」

～救急搬送に関する本人・家族の心構えについて～

1. 救急搬送や急性期病院における心肺蘇生等の対応について、関係者から現状を話題提供いただき、在宅療養における患者(利用者)及び家族の考え方の課題について協議。
2. その他

議事録 別紙

## 令和元年度 第2回 松阪市地域包括ケア推進会議 議事録

日時 令和元年11月7日(木) 午後7時～9時15分  
会場 松阪市産業振興センター

### 出席者

[委員] 長友会長、櫻井委員、小林昭委員、平岡委員、長井委員、長島喜委員、木田委員、林委員、太田委員、中村委員、藤井委員、志田委員、鶴森委員、市川委員、木村委員、近田委員、泉委員、青木委員、川上委員、野呂委員、山本委員、大戸委員、川村委員、鈴木委員、長島秀委員、植嶋委員、小山委員 計27名  
(欠席委員) 谷川委員、清水委員、石田委員、齋藤委員、奥田委員、中西委員、小林麻委員、野田委員、山口委員、

[傍聴] 5名

[事務局]

◎高齢者支援課：松田課長、藤牧担当監、西山担当監、前川主幹、大西主任、稲垣主任、林主任、潮田、丸尾

◎介護保険課：田中課長

[地域包括支援センター]

◎第一 1名、◎第二 1名、◎第三 1名、◎第四 3名、◎第五 2名

.....

### 事務局

今後の救急搬送における現状と理解を深めていただき、これからの心構えや市民啓発、専門職の支援に活かすことで、今回は開催させていただきます。

開会に当たりまして、会長よりご挨拶をいただきたいと思います。

### 会長

こんばんは、いつもお世話になっております。お忙しいところ貴重な時間を割いていただき、また折角ですのでより有意義な時間となればと思います。

それでは事項書の2、救急情報キットの配布状況について、お願いします。

### 事務局

報告事項として、「松阪市の救急医療情報キットの配布状況について」ご説明します。皆様方の机の所にあるペットボトルが、松阪市で配布している救急医療情報キットです。30年10月から配布をさせて頂いています。

この配布するきっかけは、松阪市で敬老事業等をしていましたが、敬老事業を廃止にして、その財源を地域の方で高齢者に関する事業に使うよう各住民協議会の方へお渡し、「第二地区まちづくり協議会」が、その財源を利用して、救急医療情報カプセルを高齢者のお宅へ配っていただいたのが、最初です。

これを竹上市長が「そういう良い事をしてるので市内全域に広げて」ということで、平成30年10月から配れるようにしました。

中身は紙が2枚入っております。白い紙はご本人の基本情報、緊急連絡先、治

療中の病気、ケアマネの名前等書く部分があります。既に大台町さんと多気町さんが、既にこの様式でこのカプセルで配っている事業があり、消防の管轄が同じであるため、松阪市も同じ様式を利用するという形にしました。

一方で、第二まちづくり協議会の他にも各地区の福社会や自治会、民生委員さんの方々もしており、オレンジの紙は民生委員さんたちが既にご利用されている紙で、いたってシンプルで、緊急時のかけつけを誰にするかを書いていただく紙になっています。どちらを使っていたいただいてもいいということで配布しています。

今後もこの事業進めていきたいと思います。毎年65歳以上のお一人の暮らしの方、80歳以上のご夫婦の世帯の方を対象に配っています。障がいをお持ちの方や、ご希望される方にも配っています。

## 会長

それでは早速事項書の3番の協議事項、テーマは「高齢者の救急搬送における現状と課題について」、前にご登壇頂いている方々と共にパネルディスカッション形式で皆さんと共に深めていきたいと思います。

それでは司会進行等、発表者の紹介も含めて、コーディネーターのK先生にお渡ししたいと思います。どうぞ、よろしくをお願いします。

## コーディネーター

今日コーディネーターを務めます地域包括ケア推進会議運営幹事会のメンバーであります歯科医師のKと申します。よろしくお願い致します。

救急時の救急搬送における現状と課題について、もちろん歯科医師ですので専門ではないですが、皆さんできるだけ市民に近い目線でコーディネートしていけたらと思いますのでよろしくお願いします。

この救急搬送は、デリケートかつ難しいテーマでもありますが、ぜひ皆さんも松阪市の地域包括ケアを代表する面々ですので、ONE TEAMで活発なディスカッションをしていきましょう。

早速発表に入りたいと思います。前の3名の現場の方から発表頂きたいと思います。皆さん初めに分かっていたいただきたいのは、救急搬送時の問題について、自宅で救急車を呼んだにも関わらず、心肺停止した人の家族などから蘇生や搬送を拒否されるケースが全国的に問題になっています。そのことについて今日はパネルディスカッションをしたいと思います。まずご登壇頂くのは松阪地区広域消防組合消防本部救急課から発表いただきます。

## 発表者 K

今日は救急隊の思いや悩みについて聞いていただければと思っております。

発表内容は、最初に救急出動について簡単にお話しして、次に救急出動の現場や隊員の悩みについて、最近ACPの考え方などが広がりつつあり、現場でも色々なことがありまして、救急隊もいろいろ悩みを抱えております。その悩みに対する救急隊の思いをお話しして、最後まとめていきたいと思います。

最初に救急出動は、昨年1年間松阪地域で15,220件の出動があり14,740の方を救急搬送しております。その内65歳以上の方が占める割合が、約6割占めている状況になっています。

また、その救急出動の根拠ですが、消防法の第2条9項をもとに、いくつかの法令で定められています。そのすべての法律の内容は、向かうところはただ一点、救命にすべて向かっている内容になっています。このことから基本、救急隊には救命、緊急以外に他に選択肢がないという内容になっています。厳密に言いますと、心肺停止の方を前にして、何もしない救急隊は、法律違反になってしまうという内容の法律をもとに仕事をしています。

救急隊の高齢者救急での悩みごとの1点目、救命処置拒否への対応の増加があります。平成29年から今年10月1日現在で、既に9ヶ月で10件に上っています。なぜ救急隊がこのことで悩むのかですが、人生の最終最期を迎えたご本人やご家族とその思い。延命を望まない思いは十分救急隊も理解はできます。ただ、救急隊が行う救急の仕事は、目指すところは緊急救命になります。その大きな任務、法の責任もあります。この相反する思いを救急隊は抱えながら悩んでいることになり、そして一刻を争う現場に混乱が生じている、そんな現状になります。

次に、実際にあった、延命を望まないことに関係した2つの事例をご紹介しますので、ご紹介します。

まず1例目。74歳の女性で救命処置はもう希望ないという方で、それが「希望する」に変わり結局病院へ搬送したという症例です。場所は市内の高齢者の施設です。救急隊が現場へ到着時AEDが装着されていて、その施設の方が一生懸命心肺蘇生を行っていました。その場に家族の方はみえません。蘇生拒否の意思表示はその職員からあり、施設に対して家族から「延命処置は望まない」と話を聞いていると口頭で報告を受けております。その意思表示の書面はありません。このため改めて家族へ延命処置拒否の意思の再確認をしますと、家族の回答は「救命処置を希望する」に変わっていました。当然、施設担当医師の方への確認はしておりません。結局その家族の意思を確認してからの救急隊の処置は、できる限りの救命処置を行いつつ、市内の二次病院へ搬送をしております。ただ、数分間基本的な、ベーシックな心肺蘇生の時間が出来てしまって、3~4分ほど本格的な処置と搬送が停滞したという症例になります。

2例目は105歳の女性です。救命処置の希望は無い方で、現場に行った救急隊も病院への搬送はしておりません。場所は市内の個人のお宅です。救急隊の到着時、その方を囲んで数名の家族がみえましたが、蘇生処置は行われていません。救急隊はすぐ心肺停止を確認しましたので、家族への救命処置の説明を始めますと、延命は望んでいないと意思表示がありました。その書面はありませんでした。このためかかりつけの先生へ連絡しますと、本人と家族の延命を望まない意思は了解している、と確認がとれました。救急隊の処置は、心肺停止を確認してすぐに蘇生処置を開始しましたが、救命処置の説明をした際に、人工呼吸や心臓マッサージについては強く拒否をされ、中止せざるを得ない状況でした。そして医師の指示がありまして、救命処置も救急搬送も必要なく、医師の到着をその場で45分ほど待って、引き継いで帰ったという症例です。結局、救急隊は現場でほとんど処置をできず、病院搬送も出来ずというような例になります。

以上のように、延命を望まないために救命処置を断るという症例の内容は本当

に様々です。今年10件のうち場所は、住宅が3件、施設が7件です。意思表示の書面的なものがあったのが6件、何もないのが4件。病院へ搬送したのが6件、搬送しなかったのが4件です。また確認の連絡がついたもの、つかないもの等、現場の状況は本当に様々で、このために大変時間がかかったり、大変難しい困難な活動になっています。

次に救急隊の悩み事の2つ目として、高齢者救急では円滑な現場活動を妨げる状況があるというお話しします。高齢者施設で実際にあった事ですが、例えば救急隊が到着してから玄関から入っても誰もみえない。呼んでも案内してもらえない方が出て来てもらえない。更には救急隊が着いても玄関が施錠されていて中に入れない。インターホンを押しても何も反応がない。ということもあり、貴重な時間が過ぎて行くことがあります。また、救急隊は病名や薬など様々な情報を取ろうとします。それを聞いて初めて資料の準備をしていないことに気付かれる場合や病院まで職員の方が付き添っていただけないこともあります。これらは緊急であるべき救急出動にとっては、マイナス方向に作用するものと考えています。

いくつかの悩みがありまして、救急隊員が高齢者救急に思うこととしては、その救命処置拒否の現場に、同じものは本当に全くないことから、1秒を争う現場では、焦ったり混乱したり、その確認作業や同時に進める救命処置は、本当に困難を極めます。それだけに、より確実に柔軟で丁寧な対応を心掛けていきたいと考えています。また救急隊は、スムーズな救急活動は、イコール、より良い住民サービスに直結するものと信じています。各機関・各施設の皆様それぞれに悩みや課題、問題はありますが、スムーズな救急活動のために現場でも気付くことがあれば、粘り強く丁寧に対応していきたいと思っています。

最後に、松阪消防の組織としての考え方ですが、救命処置の拒否については、総務省消防庁でも、昨年から何回か検討会で議論を重ねておりましたが、結局さらにデータを集める必要があり、将来的に検討を進めて行くべきという答えを出すにしか至っておりません。救急隊への明確な方向性は示されませんでした。それだけ複雑で微妙な問題なんだと私たちも考えています。

ACPの考え方を尊重すること、それと人命の尊重、どちらも重要ですが、その両方を大切にすることは、本当に難しいことだとは思いますが、だからこそ隊員のレベル向上を図って、人の思いや痛みがわかる人材を育てていければと考えています。また住民へのサービスの向上を目指すという意味で、今回ご紹介した救急隊の悩みや思いは、私たちとしても組織としても、より多くの方に救急隊の悩みを知っていただきたい、伝えていきたいと考えています。これからもこのような機会を求めていきたいと思っていますので、どうか今後もよろしくお願ひしたいと思っています。

#### コーディネーター

ありがとうございました。消防の方から救急隊の苦悩について皆さん少しご理解いただいたのではないかと思います。緊急性が求められるところでスムーズに、より確実に救急処置を行いたいけど、非常に時間がかかったり、蘇生処置を拒否されるケースが、この松阪でも10件も出ていことをお話いただきました。施設に

比較的多いということもありましたが、拒否されたときに、どのようにその拒否を確認する手段が欲しい、そんな思いを教えてくださいました。

それでは、一緒に救急治療を担っておられる総合病院の先生にお話ししたいと思います。

## 発表者 K I

総合病院の内科として16年目、主に循環器をやっています。16年目になりますが、その後のケアのことにに関して皆さんにお話しする機会がほとんどございませんので、非常に良い機会と思います。特に循環器の中では、最近心不全の方の予防を、特に健康寿命を非常に延ばすという事もありますし、そういう面で地域医療、地域と連携しながら急性期の病院が手を取って病院としての治療、患者さんの治療にお役立てしていきたいと常々考えるところです。

今日の内容です。当院の現状、救急搬送後に問題になる事、退院後の課題。短い時間ですので、かいつまんでお話しさせていただきたいと思います。

これはうちの救急外来です。ある程度中等度から重症の患者さんはストレッチャーの所で診察や検査・治療をしています。比較的軽い方はこういう所でお話しています。3つ部屋があり、治療するところは、一般的に6台で、10台になると回らなくなってきました。

平日の昼間は、うちの病院は救急のみの医者は不在になります。救急要請があると救急外来に詰めている看護師から各科の医師に受け入れを確認する形になっていて、内科系は医者の数が比較的多いので、ほぼ受け入れ可能になりますが、外科系の方は当日の手術によって受け入れが難しかったり、特に多科にわたるような場合には、受け入れが難しかったりすることがあります。特に耳鼻科、眼科は、常勤がないこともひとつポイントになってくるかと思います。

輪番日、だいたい月3分の1の10~11回輪番がありますが、構成としては日直・当直でそれぞれ内科系の医師が2名、外科系1名、研修医がだいたい4名、看護師4名、検査技師、放射線技師、薬剤師が1名、事務員2名という形でやっています。診察の人数は、日直・当直それぞれで内科系・外科系合せて救急車もだいたい15台から25台くらい、本当に少ない時もあれば30台を超えるようなこともあります。それに傷害患者さんを診てるという形です。

9月の救急外来の来た人数は、だいたい250台くらい搬送があります。施設の情報もありましたので、特養、介護老人保健施設、サ高住がこんな形の人数で、特に見て頂きたいのは、やはり施設という事もあり一番のピークが90代です。しかも100代の方もみえる。こういうところからも高齢化している事は分かるかと思っています。

搬送後に問題になることですが、なるべく早く治療に移りたいところです。特に付いてもらった家族さん、夕方来たけれど家に帰るのは夜中になったりすることはあるので、なるべく早く治療までしたいということになります。それぞれ問診、診察、検査、治療という形で、それぞれのポイントがあるわけです。

それで病院側から見ての救急搬送後問題となることをあげました。個々の事例は別として、一般的な内容ということになります。

搬送される方の病歴や、今回の救急の経過が解らないことがあります。例えば患者さんが、意識がないような形で付き添いの方来られても、どのような状態になったのか、全然知らないことがあります。救急車呼んだ人と、付いて来られた人が全く別の人もあります。

特に最近独居の方も増えて来ていますし、家族もかなり遠方ということもあります。ある例でいいますと、心肺停止で来られた方が、家族さんが横浜にしかいない。横浜から伺うけど、ずっと心臓マッサージをお願いしますと言われてたこともあります。それはさすが無理ですとお断りしましたが、そういうこともあるわけです。老老介護も増えてきていますので、本来であれば軽症で帰れるような方でも、なかなか帰宅できないこともあります。

これはこちら側のことになっていきますが、入院時の非常に短い時間、今から入院しますという説明になった時に、最近は延命治療は出来ますか、という話を確認したりすることがあります。そういう短い時間で延命治療の話をする事ができるのかということがあります。

どうしても家族さんにお話を聞くことが多くて、本人さんのお話がなえがしろになってしまうことがあります。そうすると個人情報の点から、どうなんだろうという点があります。

重病患者で、特に心肺停止の方が、例えば2人とか3人とか突然現れたら、その時点で他のことが全て止まってしまう。外傷の方が、何人もみえたということがあって、そういう場合は、外科も内科もなく、みな診るんですが、そうすると他の患者さんが全く診れなくなってきました。人数からくる場合とこれからインフルエンザが流行って来るかと思いますが、病院の中で病棟を閉鎖したり、面会制限とかになったりします。そういうことも問題となることもあります。

なるべく早くいろんなことをしたいということになりますが、まずとっかかりとして病気の経過とか、既往症とか、この辺はある程度最初にまとめていただくと、非常にありがたいです。

先ほどから救急医療情報キットが言われています。厚労省からも、比較的安価で、救急時間も、搬送時間の短縮も行けますし、小児、周産期の対象者でもいける。在宅療養をはじめとした地域の高齢者等を地域で受け入れる為の枠組み作りに寄与するということもありますし、今後の行方としてはICTかマイナンバーカードなどを活用していくかと思いますが、まだまだ先のことだと思いますので、それまでにできることとして、こういう情報キットはありがたい内容だと思います。

情報キットに入れる5つ、救急情報シート、顔写真、健康保険証のコピー、診察券のコピー、薬剤情報提供者、こういうものが入っているとありがたいです。入力の内容、何時のものか、時点のものが非常に大事になってきますので、定期的に更新を必要となってきます。

退院後の課題は、高齢化率が増大してきていますし、平均寿命と健康寿命には10年ぐらいの差がございます。高齢者の方によっていろんな経過をたどるわけで、癌の方であればある程度非常に元気で過ごされて、突然ちょっと調子が悪くなることが多いですが、心不全の方は、少しずつ良くなったり悪くなったり繰り返す

ながら亡くなられるという形になってきます。

以前の治療は、本当に積極的治療をやって、緩和ケアという形になっていましたが、最近は緩和ケアも、ある程度早い段階から入れていこうと、要は健康寿命を延ばすことも緩和ケアが非常に大事になってきています。

これは一つの例です。急性期病院と地域連携の一つの例という形で、大阪北部その周辺の急性期7病院で、この辺の地区は非常に心不全の治癒が進んでいますし、そういう面で、一つの例として挙げさせていただきました。心不全ポイントというのを作って、急性期の病院と開業医さんと訪問看護師さんやケアマネさんや訪問介護員の方で、患者さんの円滑な治療につながるという形です。例えば、この体重になれば3点という形で、点数化します。脈拍とか、息切れがどうか、症状に応じて点数分けをして、5点であれば救急車呼びなさい。4点であれば救急、二次病院でも当日若しくは翌日の外来に受診しましょう。3点であれば開業医さんである程度対応できるという形のポイントで区別したり、ある程度地域連携もとれたりしています。こういうポイントにすることも1つ手立てかなと思います。ただ問題点もいくつかありまして、例えば呼吸が悪いというのは、心臓だけではなくて、肺が悪いという方もみえます。そうすると、これだけでいけるのかということになりますので、個々に合わせてやっていく必要があると思います。

日々の生活の中で、病院へかかるべきか、救急車を呼ぶべきかは、なかなか患者さんや家族さん側で判断するのは難しいことかと思えます。だから常々こうなったらということ、患者さんに伝える必要があると思いますが、なかなか救急病院だけでは難しいところがあります。

松阪・紀勢地区は、完全に平日、夜間、休日は、なっているということは、ある意味開業医さん、慢性期の病院さんと急性期の病院で、区別が付きやすいということになってきます。開業医さんに、情報が集約しやすいことになりますので、心不全のポイントや簡単な評価を医師会の中で作ってもらったりすることで、連携が取れて、早期に医療機関へ受診できる可能性があると思います。ただ高齢者さん、非常に複雑な事情とか問題点を抱えておりまして、なかなか画一化は難しいという形になってきます。今後もいろいろ皆さんの間で話をしながらやっていくことかなと思います。

## コーディネーター

先生ありがとうございました。急性期病院の救急外来と救急搬送時にもっと情報が整理されていたら、救急車を呼ぶときも分かるかもしれないし、救急搬送時もスムーズに、救急医療につながるかも知れないというお話しいただきました。

それでは次に、より患者様というか、市民の目線に近い立場からの訪問看護ステーションの先生にお話しいただきたいと思えます

これまで消防の救急車と病院に搬送する時の問題。搬送されて、急性期病院、救急に運ばれてからの情報の問題ということをお話しいただきました。それぞれ高齢化が緊急の課題としてありますが、それではお願いします。

## 発表者 T I

訪問看護ステーション連絡協議会から、私は訪問看護師の立場から、高齢者に

おける救急搬送について発表させていただきます。

まず、訪問介護での緊急時対応についてお話しをします。訪問看護を利用されている方には、24時間365日連絡が取れるサービスがあります。利用者やご家族などから電話等により、看護に対する意見を求められた場合に、常時対応できる事業所が、利用者の同意を得て定められた料金を算定します。「看護に対する」とありますので、看護師の判断で対応できる事柄に対しての24時間対応となりますので、病状に対することや急変時には主治医に連絡を取る必要があります。

この訪問看護を受けるには、医師の指示書が必ず必要になります。その訪問看護指示書に基づいて看護を実施します。「訪問看護の手引き」には、「主治医と密接な連携を図る必要がある」とありました。ですので、そのように医師と良い連携が取れるように努めたいと思います。

これが訪問看護指示書です。病状や状態、医療処置、療養上の注意点など指示を受け対応します。緊急時の対応に関して大切なのが、この緊急時の連絡先、不在時の対応の所になります。緊急時は指示された連絡先へ連絡します。病院・主治医の携帯電話・医師の自宅の電話番号やクリニックから主治医の携帯へ直接転送される場合など対応方法は様々です。病院の診療時間外は連絡が取れないこともあり、主治医不在時には輪番病院への対応の指示が多いのが現状です。訪問看護が開始される時には、その緊急時の対応方法については、医師に相談・確認するようにしています。

訪問看護における緊急時対応の実際についてお話しします。訪問看護緊急時対応を利用される主な理由は、医療処置がある場合が多いです。このように、在宅酸素や尿留置カテーテルなどですが、これらの処置のトラブル時の対応は、看護師の判断である程度対応が可能です。これらの医療処置が無くても、急変や症状の悪化などの対応に不安が強い方は、退院時や入退院を繰り返している場合など、ケアマネジャー・病院ワーカーなどから訪問看護の依頼があることがあります。反対に、訪問看護を受けていても、「何かあったら病院に連絡するから大丈夫」や「救急車を呼ぶので緊急時はいりません」と緊急時対応を希望されない方もたまにあります。

訪問看護での救急搬送の実際です。利用者、家族により直接連絡があり臨時訪問をした場合や定期の訪問看護時に異常を認めた場合、症状、状態を聴取、確認し、何らかの処置や対応、救急搬送の必要を判断し対応します。本人、家族に状態、状況を説明し、救急搬送又は入院を希望されるか確認し、主治医に報告、指示を受け対応します。このとき指示書に記載されている緊急対応により対応しています。

救急車を呼ぶときや救急隊が到着したとき、その場にいる場合には、状態や状況、かかりつけ医の指示などを報告しています。自宅看取りを希望されていても、状態が急に変化したときや、例えば発熱、息苦しさ、血圧低下、吐下血などが見られた時には、救急搬送を希望されることが多いです。

心肺蘇生などの延命措置についてです。在宅で療養される高齢者の方々は、延命処置、挿管、心臓マッサージ、人工呼吸器などは、望まれないことが多いです。

しかし、それが急に來ることは想像できないものかもしれません。また、急変時に何もしないのは、受け入れ難いものかもしれません。少しずつ病状や食事が出來なくなってきた、状態が低下してきたとき、終末期や看取りをどうしていくか、その時々で看護師としての判断を伝えるようにしています。そのような状況を家族が受け入れていくには、時間が必要なのかもしれません。また、その思いはその時々で変化することが多く、家族や親族間で意見が異なる時には、気持ちはさらに揺れ動きやすいものだと思います。また、医療者にとっては、予測できる当たり前の状態も、家族はなかなか受け入れることが難しいケースもあります。

どのように対応していくべきか。救急搬送され入院となった場合には、訪問看護サマリーを届け、在宅の様子や本人、家族の思い、医療措置、延命に対する考えなどを報告するようにしていますが、タイムリーではありません。情報を速やかに提供、共有することが必要になりますが、それぞれが必要とする情報を知ることが、まず大切であると考えます。また、延命処置や入退院後の治療方針、医療処置について、本人、家族を交えて話し合う場をその時々で作り、本人、家族の意思を確認したり、日頃から医療処置、延命処置について話し合っておくことも重要だと考えます。

#### コーディネーター

先生ありがとうございました。普段から在宅の高齢者の本当に身近に寄り添う訪問看護のお立場からお話をいただきました。高齢者の方もご家族も揺れ動くことがあるということですね。

こういった3名の現場の先生、それぞれお話をいただきまして、ここで急性期病院の立場も開業医の立場も知っておられる先生からお話をいただきたいと思えます。

#### 発表者H

私総合病院に5年間、開業して16年になります。急性期病院、僕のいた頃とはずいぶん違うと思えますけど、そういうことも経験していますし、救急隊員の方も顔見知り、救急車に同乗したことも何度か経験があり、今いわゆる一般開業医としてさせてもらっています。

最初に申し上げますが、非常に松阪は、我々開業医にとって恵まれた場所です。いわゆる3つの病院が、輪番制で365日診ていただける。これは住民の方にとっても、我々かかりつけ医にとっても非常に安心していただける恵まれた状況です。また常々訪問看護師さんには本当に助けてもらっています。在宅で患者さんを診て、急に容体が変わった時も、我々に直接連絡くることもありますが、訪問看護を受けていると、訪問看護師さんがしっかりと対応していただける、そういう意味で、開業医も確かに夜中に呼び出されたりで、辛い思いもあるのか分からないけど、皆さんに支えられている。一緒に協力してやっているということです。そんなに負担を感じなくてもいいと僕個人的には思いますが、一診療所の医師としては、かかりつけとして何ができるかを考えてみたいと思えます。

まず、こういった高齢者の救急医療に対して、我々かかりつけ医は、何をしたらいいのかいろいろ考えました。

急病時の対応で、救急のいろんなパンフレットやポスターにも書いてあります。「まずはかかりつけ医」と書いてありますから、まずファーストゴールは、かかりつけ医と考えるべきだと思います。時間外対応、これもある程度の範囲でできることがあるかも知りません。訪問看護ステーションには、受診した医療機関との連携が非常に大切なことになっているのではないのでしょうか。

それから急病時以外、平素からの備えもすごく大事じゃないのでしょうか。僕が病院に勤務していた時には、よく看護師さんから「先生熱が出たらどういう指示」あるいは「便秘の時とか、痛みが起こった時にはちゃんと指示を出しておいて下さいね。」とよく言われました。在宅で診ている人も同じだと思います。熱が出たときの対応の方法や、痛みや便秘の時にあらかじめ備えをしているといいのではないのでしょうか。

あるいは救急医療情報です。これはかかりつけ医が一番持っているわけですから、その情報をどうやって共有するかについても、かかりつけ医ができることがあるのではないのでしょうか。

最初に救急隊の方から説明がありましたが、終末期の患者さん。心肺蘇生をどうするかに対して、事前にその本人から要望書をとることも、もしかしたらできるのではないのでしょうか。エンディングノートも関連する事柄だと思います。

時間外対応加算あるいは地域包括診療加算というの保険算定に加算がありまして、時間外対応加算は、診療所において、夜間休日の問い合わせや診療に対する体制を強化し、再診料に加えて算定される診察料でできています。分類は1、2、3とあり、24時間対応できる、あるいは準夜帯だけ、複数の診療所で協力して、の3つがありますが、これらは院内への掲示が義務付けられていますから、待合で見てもらうと、ここの病院は時間外対応をしているのかが、分かるようになっています。地域包括加算は、診療所のみでの対応の保険算定で、高血圧、糖尿病、脂質異常症、認知症のうち2つ以上の疾患を有する患者に対して、主治医が療養上の指導や服薬管理、健康管理、介護保険の対応、在宅医療の提供と24時間対応などを行っている場合算定する。これは患者さんと契約書を取り交わしますから、当然患者さんも、ここのこの先生は24時間対応してくれることが、患者さんにも伝わります。

救急医療情報キット、内容を見てみますと、医療情報というものが、非常に僕の個人的な意見ですが、極めて少ない。かかりつけ医が書いてある病名もこれだけしか書いてないのです。だから、「これだけ書いてあったらええわ」という医療情報になっているかということ、もう少し何か情報を役に立つものに変えていく必要があると個人的には思います。

高齢者の医療情報、その特徴や問題です。まず、病歴が長いです。それから質量が多い。複数の医療機関の科、診療を受けてゆく、治療薬が複数あることが多い。治療方針も各々患者で様々である。既往歴があるし、家族歴もいろいろ、認知症の問題がある。自分で適切に説明することが出来ない。という情報ですね。やはり高齢者が自分で書けるかと考えると、これは誰かの協力がいるのではないのでしょうか。そうなるとやはり我々かかりつけ医の先生が、こういった医療情報

をきっちり書いていくことをしないと、本当に役に立つ医療情報にならないと個人的には思います。

心肺蘇生をするかしないかの話で、事前要望書というのをお話ししたいんです。僕も何人か、もうそろそろかなと思う患者さんが何人か診させてもらっています。去年の10月ぐらいにNHKの朝のニュースを見ていましたら、東京の恵泉(けいせん)クリニックの先生が出てらっしゃいまして、終末期が近い患者さんに対して、事前に要望書、同意書といますか、そういうものを取り交わしているということをお聴きしまして、いろいろ電話番号を探して、その先生のところへ電話して、こんなものを使ったら、ということで教えてもらったものを基に、自分で今作ってみて使用し始めている事前要望書です。

どういうことかといいますと「将来自分が回復の望みがない状態に陥って、自分の意思を伝えられなくなったときに、受ける医療行為について、予め希望を確認しておくためのものです。意識がない場合や判断力が低下していると考えられるときは、家族の方と、病状や人道的、倫理面を十分に考慮して、患者にとって最善の治療方針を決定する。」そういう文書を、具体的な項目をいくつかあげて、それについて希望するか、希望しないか、今の時点では判断できない、という欄を設けて、現在の要望として、書類として残しておくということです。心肺蘇生術、気管内挿管、人工呼吸器管理、経管栄養、経鼻の場合や胃ろうがあったりします。人工透析などについての、はい・いいえをあらかじめ文書で取り交わしておくといいと思います。

こういうものがあると、いざという時も役に立つのはもちろんですが、終末期医療に関して、本人や周りの家族の方が、ゆっくり考えて書く時間が設けられることです。しっかり考えられると思います。短時間でどうしますか。「まあ先生、もうよろしいわ」と言われても、いざそういう時になった時に、こういうことだったんだということが、みなさん分からないと思うのです。それをある程度の時間をかけて、もちろん医療処置についても、説明書を添付して、じっくり考えていただく機会にもなるのではないのでしょうか。

エンディングノートにもそういったことが盛り込んであります。エンディングノート、ページを見開きますと「このノートは、貴方が万が一のことがあったときに、伝えたいことや残された人にとって必要なことをまとめておくためのものです。」と書いてあります。先ほどの事前要望書、患者のために渡しますが、それを読んだ家族が、「私もちょっと書いとうかな。」と言われることがあります。要するにもっと早い段階から終活というのを、ある程度若い段階でも、もしかしたら役に立つかもわかりません。

この中に医療、介護について書いてあるページがありまして、その中の介護のページで、介護の要望、どこで介護してほしいか、いろいろ書いてあり、医療のページもあります。分かりにくいので箇条書きにしてみますと、

病名と余命の告知をしてほしかどうか。

現在のかかっている病気は何か。

現在のかかっている医療機関。

薬のアレルギー。

高度医療についても、心肺蘇生を希望するかしらないか。

人工呼吸を希望するかしらないか。

胃ろうや経管栄養、透析治療を希望するかしらないか。

延命治療について、或いは緩和治療について、そして尊厳死についても希望の書くところがあります。

そして最期の迎え方。最期どこにいたいのか、誰がそばにいてほしいのか、臓器提供をするのかしらないのか。検体ですね。

このようにエンディングノートには、医療要望と事前要望書の両方の要素が記載されている。ただし、病状や終末期医療に関する考え方ですね。刻々と変化する、あるいは病状も変化していきますから、こういったものをどうやって更新していくかが一つの課題になると思います。

これから松阪市、どうしていくかと考えたときに、他の医療、地域でどんなことをやっているのかを調べてみました。

東京都はいろんな議論がされています。ところが東京都の福祉保健局で作られた「高齢者施設における救急対応マニュアルの作成のためのガイドライン」ですが、入所者の具合が悪くなった時にどうするか。それは予想されていたものなのか、そうでないか。予想に基づいてかかりつけ医の指示があるか、ないか。あればその指示通りにするわけですが、ない場合は、あるいは予想されていなかった場合については、かかりつけ医に連絡して指示を受ける。そしてかかりつけ医は、指示を出すか救急を要請するというガイドラインがあって。これを基にいろいろな高齢者施設において作るガイドラインにしてくださいということを東京都はやっているようです。

さらに、平成29年3月に日本臨床救急医学会から出された「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等の在り方に関する提言」です。その中の一つの図だけお示ししますと、プロトコールが作られています。心肺停止の確認です。明らかに死亡している場合は関係ないわけですし、あるいは救急車を呼ばないのは理想ではありますが、急にそういうことが起こったとき、救急要請が来る可能性が高いです。その時に救急隊は、心肺停止の確認をします。そして心肺蘇生を開始しつつ、心肺蘇生を希望しない傷病者の意思表示、これは書面で確認ということです。これは非常に重要なポイントであるとして書いてあります。そういった提示があるかないか。提示があれば傷病者の心肺停止の状況を確認して、除外項目がなければ、傷病者の意思を確認して、最終的にはかかりつけ医あるいは、かかりつけ医に連絡がつかないときは、オンラインMC医を指定してあって、そこへ連絡して、医師が直接心肺蘇生の中止の指示を得ると、こういうことも1つのプロトコールとして作られているようです。そして最終的に医師の指示に基づく心肺蘇生の中止も検討されていると書いてありました。

高齢者は年齢を考慮したいろんな治療方針、診療指針が大事だと思います。無理な検査や治療は、慎重に行わなければいけないのは当然のことですし、高齢者の特徴として、軽く見えても重大な疾患が隠されていることもあるので、そ

った注意はいると思います。

その他救急・急変時の対応に影響することとして、医療を受けているか、いないか、そして介護サービスを受けているか、いないかの違いもありますし、そして起こった症状が、予想内か予想外か、あるいは自宅にいるのか、施設にいるのか、同居人や介護者の状況や施設のルールやいろんなことが要素としてあるわけですが、この要素を考慮した適切な救急医療体制を構築するためには、僕としては、地域包括ケアシステムにおける迅速な救急医療に関する検討委員会みたいなものを作っていただいて、考えていただいたらいいと思います。

#### コーディネーター

先生ありがとうございました。かかりつけ医の立場からお話をいただきました。

みなさん、4人のお話をお聴きになって、ちょっと情報量も多いですし、ご理解いただけましたでしょうか。

視点を変えて、今度はこの地域包括ケア推進会議の会長にお話をいただきます。

#### 発表者 N

終末期医療ということでしたので、僕、普段、社会保障を研究していて、例えば診療報酬や、医療保険の財政、そういう研究をしています。できれば、僕は、公的な医療保険で介護保険体制を維持することが望ましいと考えています。そういう観点から研究しています。

一応今日は医療経済学にシフトしていきたいな、今日は皆様にお伝えしておきたいこともありますので、いくつか考えて行きたいと思います。

まず終末期医療については、ACPなどを手掛かりに考えていく事は、すごく重要であると思います。予防医療も大変重要だと思います。地域で健康づくりを推進することが、すごく大事であると思います。ここをちょっと抑えていただいて、後の話が、まるで僕が終末期医療や予防医療が重要じゃないと捉えられてしまうと、やや異なってくるので、ここは僕ら医療経済学や社会保障論という研究者は、ここはすごく大事に思っています。

ただし、医療費との関連で言うと、人生の最後の1か月の生涯医療費の50%を使用する、そういう言説が流布されているわけです。最後の一か月の終末期医療にお金がかかるから、延命治療はやめた方がいいとか、病気を予防すれば医療費を削減できるとか、一般的にこういうふうに思われがちです。僕らは、こういう言説はもう決着がついていると考えています。これはもう大分以前に決着はついています。ただ未だにこういう議論が出てくるのは、看過できないと思っていますので、そこは共有させていただければありがたいと思います。

それはこういうことになると思います。終末期医療費が医療費を圧迫しているとか、予防医療で医療費が削減できるという話がありますが、まず1点目、終末期医療費が医療費を圧迫するということですが、終末期医療は、実際死亡前1か月の医療費と限定することが多いですが、この医療費は国民医療費ベースでみると3%です。この3%には先ほどのお話にあった、救命救急医療も含まれるわけです。なので、客観的な事実を冷静に知ることが非常に大事だと思います。

ものすごくお金がかかるというのはフィクションの世界で、非科学的な話です。

データをちゃんと見ていくと、国民医療費ベースでいくと3%であるということです。なおかつ救命救急医療も含まれます。なので急に心不全とか脳梗塞という方も含まれるわけですから、終末期医療費が医療費を圧迫するからやめようという話にはならない。ここは冷静に見ておく必要があると思います。

そして2点目の予防医療についてです。病気を予防すればということですが、財政制度審議会、昨年 of 国の会議に出されていますが、実は大半の予防医療は、長期的にはむしろ医療費や介護費を増大させる可能性があるというのが実際のところ。我々医療経済学の専門家でも共通の認識です。

医療費がかかるポイントを先延ばしにするだけなので、予防医療したからといって、費用が抑えられるというのはフィクションの世界です。国の会議でこういうふうに出ていますので、こういうところは冷静に見ておきたい。他にも実際に国の会議に出ていた資料ですが、医療費抑制効果は、0.33%といますが、この中には投入したお金を含んでない、ですから実際には効果がないと国が出している資料でも証明していることとなります。これらはいずれも科学的根拠は、非常に薄いということがいえると思います。

まとめると、地域づくりと健康づくりを進めていく上で、今出てきたような発想は、我々が生きる生存権とか健康権を阻害する発想なので看過できないのと思います。

終末期医療費がかかるから医療費を圧迫しているというデータはどこにもないので、これは違うということです。

それと予防医療で、健康寿命の延伸というのを不当に強調する。僕は非常に大事だと思いますが、一方で併せてバランスを取らないといけないのは、健康でない人々の生存権侵害にあたるので、健康こそいいんだということ、健康でない人たちの生きる権利を侵害していくことになるんですね。

矢印2つ目です。来年度から国民健康保険の制度で透析患者数が、例えば松阪市で透析患者の人の数が減れば、国から入るポイントが増えるわけです。そういう制度を作っていますので、逆に松阪市の透析患者が増えればポイントが減点される仕組みです。つまり透析患者の数の増減で国から自治体に入るポイントが増えたり減ったりする仕組みを作っています。インセンティブ制度ですが、非常に危険な発想じゃないかと我々は非常に危惧しています。ですから、健康は義務じゃないので、非常に危ないということと、病気や要介護状態は悪いことではないということは、大前提とする必要はあると思います。

冒頭申し上げましたが、以上の2点。いずれも医療費削減とか医療費抑制のためにやるものではないことを、改めて認識することが必要があると思っています。でなければ、ややおかしなことになっていくということ踏まえて、その上で終末期医療とか予防医療を地域で考えていくというスタンスを、改めて確認した方がいいのではないかなと考えています。

## コーディネーター

先生ありがとうございました。終末期医療と予防医療、大きな枠組みのお話しをしていただきました。これで5人全員のお話を聞いていただいたので、これか

らディスカッションに移りたいと思います。

皆さんも自分事として考えていただいて、5名の発表をお聞きになっていただいて、どう感じられたか。救急時の救急搬送時の問題に戻りますと、心肺停止した人の家族などから蘇生搬送を拒否されるケースがあると、病院でも、かかりつけ医でも、訪問看護でも、文書なり、本人の意思を確認するお話がありましたが、これらは全て救急車を呼んでから拒否されて、救急蘇生を中止できるのは医師の判断がなければできない、救急車を呼んでからどうするんだという議論が、喧々諤々としてどこでもされてますが、その情報を書きおくのは、救急車を呼ぶ前に私たちが準備できることです。まず始めのディスカッションのポイントは、救急車を呼ぶ前に、我々が何ができるか、何を準備しておけるかに絞って、お聞きしたいと思います。

#### 発表者 K

現場で救急隊が一番困ることは、その延命を望まない、蘇生を拒否され、その意思がどれだけ確実なものかの確認で、非常に苦勞します。そのために時間がかかりますし、様々な努力が必要になってきます。

本来であれば、MCの先生、メディカルコントロールをしていただく、救急隊をコントロールしていただく、先生方の指示をいただきながら、今の救急隊は、例えば気管挿管とか点滴して、薬を入れたり、相当高度な処置もしますが、やはり延命を望まない意思表示があるとそこまで入ってはいけません。とりあえずはベーシックな人工呼吸と心臓マッサージという処置でとどまってしまう。

その確認をどうするか。完全に望んでいない、拒否することが分かれば、例えばかかりつけの先生、施設の担当医の先生に連絡がとれる、確認できる、家族の意思も確認できる状況になると、そこで救急隊も一番ベーシックな蘇生処置も止めることにもなりますが、うまく連絡がとれることは難しいところで、結局一番ベーシックな蘇生処置だけが続けながら、搬送先の二次病院の先生に電話で指示をいただいて、とりあえずの処置を続けながら、病院へ搬送することが、多くなくなってしまいます。確認を何かとスムーズにできればと思います。

#### コーディネーター

本人の意思と主治医の先生の連絡がスムーズにいければ、その主治医の先生の連絡は、どのように確認されますか。ご家族から聞いてですか。

#### 発表者 K

ご家族から聞いて、連絡先が分かってみえる方もありますし、それすら、連絡先も分かってみえない方もあります。

#### コーディネーター

そんな電話ってよくかかってこられます？

#### 委員

心肺蘇生をやめるかどうかは、今年は1件ぐらいあります。一応携帯番号は公開しています。

#### コーディネーター

救急車を呼んでしまうと、救急処置は、絶対しないといけない。消防の方は総

務省、医療側は厚生労働省ですが、厚労省と総務省で取り決めが、法では整備されていないので、法で守られていない以上救命士は、救命処置をしないとけない。救急車を呼んだら救命処置しなければいけないのが決まりですので、救命士を守るためにもしないとけないのです。

その前に何かできるんじゃないか。その確立について、どうでしょうか。

#### 発表者H

事前にそういった時の対応を十分に家族と話をしてこそ、重要になってくると思います。そういう状態が近くなってきたと思ったら、僕は最近患者さんとそういう話をするようにしています。ただ書面がないと、先ほどのプロトコールを出しましたが、現場では困ると思います。だからそういった書類を作成して使ってみることから始めてみたらどうかと思います。

#### コーディネーター

全国でも医師の先生が、心肺停止で発見されたときにどんなお考えですか、とお聞きになることも増えてきたそうですね。

#### 委員

自分は最初から家族と話をして、在宅の時には、ファーストコールは24時間自分になるので、救急車は呼ばないでと必ず言います。ただ、一応在宅で診ていても、よくあるのは吐血するなど、普通の方は血を見るとすぐ駄目になってしまうので、そういう時、どうしても家族が不安や不穏になる時には、こちらから病院を紹介するし、救急車を呼ばないでとあらかじめ言っています。最初の時自分の場合は契約するわけではありませんが、契約みたいな形で、家族と話をして、そういう了解を取り付けてあります。

#### コーディネーター

そういう書類とか、訪問看護に関してされるでしょうか。

#### 発表者T I

書面で延命処置をするということを交わすことは今迄にはありません。訪問看護で急変は、それほどなくて、徐々に徐々に状態が悪くなってきたときに、どうすればいいか、家族の方にどのように説明していくかを、今回の発表の中で、主治医とその都度その都度連携を取って、主治医から家族の方にお話をさせていただく機会を持って、連携を取りながら対応していくことが大切であると思いました。

その人その人で様々で、同じようには行かないというのもあるので、その緊急の連絡先に関しては、一番最初に必ずできれば訪問看護なり、主治医の先生に連絡方法をきちっと説明しておく必要があると思いました。

#### 発表者K I

救急隊は3人から4人で現場対応されています。勿論現場に行ってから、心肺が停止しているとかもよくあることなので、いろんな活動が制限されたり時間がかかることがあります。一応僕、メディカルコントロールにも携わらせてもらいますが、現場は何も処置などなければ10分ぐらいで搬送する。処置をすると、だいたい15分で搬送するという大まかな目安がありまして、その中でいろんなことをやらなければいけない。電話連絡もそうですし、患者さんの容態を見て、あ

る程度把握しなければいけないことがありますので、救急隊がやらなければならないことが非常に多いです。

その中で情報です。いろんな情報が1つに集約されることは大事なことと思います。救急情報キットの話がありましたが、実際に救急情報キットを持ってこられた方は、僕は見たことがなくて、他の病院の先生のお話でも、見たことがないと言われています。ただ、院内で話を聞くと、1人だけ見たことがある。0ではないんです。ちゃんと活用されてみえる方もみえるので、そういう意味で救急情報キット、いろんな情報がパッと入っていますので、それがあると非常に時間短縮つながるのでいいことかなと思います。

もう一つ、患者さんは本人の病状は、なかなか理解できない、分かってもらえないことが多くて、例えば、インフルエンザの間診とか書いたりするのに病名を書くところを白紙で出される方も結構多くて、話を聞いても「何でかかっているのか分からん」ということで、本当に1か月、2か月ごとにお話しして、いろんな話しているのに全然分かってないなとガックリすることもあります。いろんな病気をお持ちということもありますし、患者さんの方で、いろんな情報を集約することが難しいということがありますので、そういう面から開業医の先生からそのあたり、お手数をおかけしますが、いろんな情報を患者さんの方にお渡ししてあげることは、特に大事なのかなと思います。

#### 発表者H

僕も同じ意見で、医療情報キット、やはり開業医、かかりつけ医がこういうことがあることすら知らないこともある。もう少し周知して、医療や介護の関係者の方が、このキットをもっと使えるものにする、使っていくことがすごく役に立つと思います。

現場の情報収集も、見ればパッと分かるわけですし、これはぜひ松阪市さんにもっと使えるもの、皆さんが知っているものにぜひしていただいて、我々医師会の方もあるいは介護施設の方も知っていかれるといいと思います。

#### コーディネーター

ありがとうございます。そういう意味で、ACPの重要性もおっしゃっていただきましたが、我々としてはエンディングノートなどの取り組みを推進していく形でよろしいでしょうか。

#### 発表者N

こういう場を通して共通のツールを作り上げていくという過程も大事ですし、そのツール自体は使いやすくする。患者さんもできるだけ情報を更新しないといけない、そういうことも踏まえていけるように、まずはツールを作っていくという過程はすごく大事じゃないかなと思います。

#### コーディネーター

ありがとうございます。救急車を呼んでもらう情報整備をまずディスカッションさせていただきましたが、会場の方からはどうでしょうか。その点について何かご意見ございましたら、捕捉で、挙手をお願いしたいのですが。

#### 委員

かかりつけ医で、僕も在宅やっています。一番患者さんの、この人は自宅におる、この人は病院へ送る。そういう判断は結構難しいんです。どうしようと自分の決定が、その人、家族やら本人にすごく影響を及ぼすわけで、しかしそれが決定できるのが、かかりつけ医、それが僕らの仕事じゃないかなと思いますが、それがうまくいかない時があって、はっきり救急車と、言えたらいいんですけど、うまく言えなくて。以前の患者で、認知症の方で、旦那さんが奥さんを連れて、奥さんが認知症で、看取りに入るといときに、そこで心停止があって、看取りほとんどあきらめて、救急車で送る状態ではなかったんですね。心肺停止があって、僕往診に行って、そこへ行くのに時間がかかったんで、救急車を呼んだという話を聞いたので、僕が行ったら救急車とちょうどすれ違ったところで、こうことがおそろくわずらわせるというか、手間のかかることになって来るのかな。ただ、その旦那さんは、病院で電話かかって来て、「先生、心臓が動き出しました。良かったです。」と言ってきて、そして次の日にお亡くなりになりました。旦那さんはそれで満足されたことがありました。

#### コーディネーター

ありがとうございます。実際の事例をお話しして、救命士の長期待機というものも非常に問題になっているそうなんです、その点どうでしょうか。

#### 発表者 K

確かにその現場に救急車1台と救急隊員3名から4名で、息がないという119番の内容がありますと、4人で出動していく体制をとっていますので、車1台と救急隊員4名が1時間近く、長いのは1時間半近く、先生のところに引き継いで帰って来るとも何回か起こっています。

私たち救急隊というのは、1つだけご理解いただきたいのです。決して、蘇生を、延命を望まないと言われる方は、救急車を呼ばないでくださいという考えは毛頭ございません。やはり救急車が来てほしい、必要だと思われたら、その時は救急車が必要だと考えてください、といつもお話しさせていただいています。ただ、なるべく現場で救急隊が迷わないように、困らないように何とかしていきたいと考えていますが、なかなかうまく解決策が出てこないというところです。

#### コーディネーター

大変ですね。現状本当に悩むところですが、救急車を呼ばない準備をしていればいいんですが、どれだけ具体的に取り決めを交わしても、自分の身内が、自分のお父さんお母さんが、どうかわからないで、突然急変して、吐血されて、脈もある、意識もあるけど非常に苦しんでるという現状で、先生に電話したけど先生、県外の学会に行っているので3時間かかります。と言われたときに、3時間その身内が苦しんでいるのを見ていられるかということ、ご家族の方は見ていられない。どうしても救急車を呼んでしまう。その救急車を呼んでから、主治医が来るまで、あるいは病院搬送になって、救急処置が始まるというところで、どうすればスムーズにできるのか。情報伝達なのか情報共有なのか、そういうことをディスカッションしたいと思うので、パネラーの先生方がいいがでしょう。

#### 発表者 H

以前に紹介した人工呼吸器管理をしている僕の患者さん、その日僕東京にいたんですが、呼吸困難と発熱で、以前に肺炎を起こしたことがあるものですから、救急車呼ぼうかと。ところが娘さんが、「いやや」と言うのです。数年前にも同じようなことがあって、状態から肺炎が疑わしかったので、救急で行ったら肺炎起こってなかったのです。病院へ搬送するのは救急車が搬送してくれますが、帰るときに搬送の手立てがないですよ。結局、お父さんが軽トラックの後に乗せて自宅へ帰ったということがあったので、行きたくないと娘さんが言うのです。僕東京から当番病院の先生に電話して、実は過去にこんなことがあって、とにかく肺炎と違うかも分からないけど、入院させてくれと確約だけ取って、「分かりました。」という返事をいただいたものですから、救急車呼んでもらって、実際、肺炎を起こしていたんですが。

主治医が介在するとその辺がうまくいくことはあると思います。本当にかかりつけ医がどこまでできるか、みんながみんな何でもできるわけでもないと思いますが、ポスターなどに「まずかかりつけ医に連絡を」と書いてあるわけですから、本来であれば救急隊の方もかかりつけ医に連絡してみるとか、あるいは二次救急の病院からもたまたま電話がかかって来るともありますが、そういう対応もこれからは考えないといけない時代になっているのかなと個人的には思います。

#### 発表者 K I

以前うちの病院に来たことがある人は、ある程度情報が残っていたりしますが、初診ということもありますし、そうなるといういろんな情報はあった方がありがたい。もちろん情報キットの中に書いてもらうのも、非常にありがたいことではありますが、1人1人がどのような生活をしてきたか、そういうところまで見えてこないということだと思います。

そうすると先ほどのような情報をいただけるというのは、非常にありがたいということになりますし、何もかも情報という話になってきますが、以降密接に連携していかなくてはいけないということがあります。

入院してて、かかりつけの先生の方に情報が行っていないことも結構ありますので、そういう点では、入院したら連携室を通して、入院しましたよという情報をお伝えするところも必要なのかなと思います。

#### コーディネーター

メディカルコントロール医というのは、救急車を呼んでから救急処置や病院搬送のときに、オンラインとか指示をしてくれるドクターになると思いますが、先ほど先生にお聞きしたら、メディカルコントロール医が、その救命処置を止めていい、処置をしなくていいという指示は、基本的に出さないということですか。

#### 発表者 K I

実際にその患者さんを診て話をしているわけではないので、電話で救急隊が間に入ってお話をしているという形になりますので、そういう面では、もちろん意思表示がちゃんとあって、例えば心臓マッサージだけにしてくださいと、そういう形で、お伝えすることはあります。

#### コーディネーター

そのあたり、いかがですか。

## 委員

私、救急、急性期の病院に、松阪市に来てもう27年経ちます。珍しい形ですが、かなり長期間自分で在宅もしていました。在宅医でもかなりそれなりの数もして、その時には非常に楽です。つまり、自分で在宅に行って、全部患者のことを診て、自分で判断して、連れて来て自分で治療をして、高度な治療が必要になれば、うちの病院の各科のドクターに頼む。何のストレスもなくずっとやっていました。24時間対応していました。

ところが今こうやって、かなり現場から4~5年離れてしましまして、それぞれの立場の難しさはよく分かるようになりました。

自分で全部一貫して診ていると、この人は限界だなと思うと、ナチュラルに亡くならせましょうと、簡単に家族に言います。そうすると家族もそのまま納得してくれます。ワンクッション置かなきゃと思ったら、そのまま入院させてナチュラルコースで、無理のない治療という格好で自然にいくんですけど、そこに中断があると必ずうまくいかないんです。ACPにしてもエンディングノートにしても、現場ではこういう予定で、ナチュラルコースでいこうと思っていて以外のことによく起こって、そうするといつもトラブルになる。

病院に入院していて治療していても、もうそろそろ限界かなと思っていても、そこで急に、突然に変わることで、家族の方が必ずクレームを言う人がいる。非常に難しいのです。だからエンディングノートと言うけれど、そこにいくら書いたって、どうしようもない事があるので、結局主治医との人間関係がうまくいけば、うまくいくと思いますので、現場で主治医だけでは無理だから、その人に対していろんな関わっている人たちが、全部一度その最期になってきたときに行って、これはナチュラルコースだね、と思ったら、そういう格好でご家族も納得されると一番いいと思います。やっぱり一番大事なのは、現場で「これはしょうがないよね」と家族が納得するようなところまで行かないと、非常に大きな問題が出てくると思います。

主治医の面で言いますと、一旦入院させて、納得をして亡くなるような格好に行けばいいのですが、なかなかそういかないところがあります。先ほどの話で、一泊入院させてというのは、現場では、若い医者なんか、何で入院させる必要がないのに、上の先生に言われて入院させなきゃいけないのかということがあります。これは非常に苦しんです。入院させてくれと言っても、今の急性期の病院だけではなかなか無理で、そういう時には使いやすいのは地域包括ケア病棟です。

何回も現場の方で、エンディングノートでも何でも、その患者に周囲がみんなナチュラルコースでいきましょうねという雰囲気を出されて、これはまだナチュラルコースじゃないんだ、だから一旦運ぼうという格好の判断ができるように、みんながしていくのが一番かな。でもこの話って、今急に出てきた話でね、直ぐにいかんですね。そういう過渡期で悩むしかないかなと思います。

## コーディネーター

なかなか徹底できないところだと思いますけど。なかなか簡単にはいかないん

でしょうが、先生どうですか。

## 委員

皆さん、おそらく現場に行かれた方も、もうこの人はナチュラルコースでいいんじゃないの、ということはおそらく誰にも分かることだし、一貫していることだと思います。だからみんなで一生懸命話し合っていますが、一つの根底にあるものが、ある程度の高齢者の方は、何があっても一応いいのではないのというところを根底に、そこをきちんと押さえて話し合わないと、本当にいい人たちの寄り合いの、ただ単に問答している会議になってしまうので、どうやって納得させ、合法的にナチュラルコースでうまくいくかを考えるのがこの会議だと思います。

例えば、高齢者、何歳かは難しいですけど、救急車だから救急にしなくてもいいのではないかと思います。ですから119番してきたとき何歳ですかと聞いた時に、高齢だなと思った時に、その時に聞く方法はないのでしょうか。よく消防ですか、火事ですかと話を聞かれますよね、慌ててるときに、住所を教えてください、何歳ですか、わりと段々と落ち着かせてくれますよね。その時に救命処置をするかしないかの書面はありますかなど、なるべくその電話で年齢のことを聞いたなら、そんなに大救急じゃないので、直ぐに飛んで行かなきゃいけない状況ではないなどある程度、それを合法的に。何かの時は、クレームが出たときは、法律は大事なので、何か取り決めを作って、ワンクッション置いてあげるうちに、例えば電話して来た人が冷静になってきて、そこでもし「いいです」と断った時は、それは出動しなくていいんですよ。

## 発表者 K

今年に入って10件の症例、それまでも数件の症例があって、その中にはいろんな例があって、例えば息が止まりました。「主人の息が止まりました。蘇生はしてもらわなくてもいいんです」、「ただどこか病院へ運んで欲しいんです。」というような電話もあります。いや、そうじゃなくて「奥さんしっかりして下さい。今息が止まったんですか。」「そうです、今息が止まったんです。」「じゃまだ蘇生する助かる可能性はあるタイミングですので、心肺蘇生しましょう。」と、その電話で、口頭指導をさせていただいたりするのですが、結局「それなら救急車いいです。それなら来てもらわなくてもいいです。うちで何とか連れて行きます。」と、言われる方もあります。

でも、消防としては、そこに息をしていない方が、息が今止まった方がいるということが分かっている、その状況で、「あそうですか」といって電話を切るわけにもいかないのです。結局、救急隊はそこへ行って何ができるかなと首をかしながら、その救急隊を行かします。そんなこともあります。

救急車は、来てくださいと言われると、やはり行かなければならないというものと思っていますし、もういいと言われても、そこに今すぐ医療を必要とされる方がいると分かっている場合でしたら、当然拒まれても行かなければいけないと思っています。これは全国中どこの消防でも同じだと思います。なかなか柔軟に対応することができないのが、私たちの非常に大きな悩みの一つでもあります。

## コーディネーター

ありがとうございます。非常に答えにくい質問をいただいたかもしれないですが、答えていただきありがとうございます。こういう現場の生々しい声を聞いていろんな議論があって、介護の方も聞いてみたいと思いますけど、発言したいという方いらっしゃいましたら、ぜひ挙手をお願いしたいと思います。

#### 委員

その場をひっくり返すような話で申し訳ないのですが、まず情報が大事、それはその通りだと思います。救急搬送に限って言えば、緊急のときですよ、その時に情報を集めて、まとめて送ってとっている状況ではないと思います。ですから必要最低限の情報を、これだけは欲しいという情報を聞き取ってもらって、それだけは何かという方向の方が、細かい既往歴などは、後からでも何とかなると思います。

延命を望まない人の救急搬送は、僕もいろいろ思いますけど、申し訳ないけど、仕方がないかな。現状なかなか難しいと思います。法律から変わって行かないとスムーズにはいかないかな。

せめてこれだけはしておこうと思ったのは、今日の話聞いて、僕も4月から特養の担当をしまして、そこで避難訓練などをするように、何か急変時の救急を呼ぶときの訓練をしてみてもいいのかなと思って、明日にも提案してみようかなと思っています。

#### コーディネーター

ありがとうございます。救急搬送時の救急時の中で情報もスムーズに、迅速に、必要最低限というのは、大原則だと思っています。

先生、特養という話が出ましたので、非常に終末期に近い患者さんでも、そのまま自然死をとという方が多いところで、協力医の先生との関係だとか、救急車の取り扱いなんかはいかがでしょうか。現状があれば教えていただきたいんですが。

#### 委員

救急隊のお話から、非常に施設は困っているということ、別の機会の会議でも、救急の先生方や、救急隊のみなさんは、施設が非常に困っているということで、この会議に出るのは段々苦痛になって来ています。

介護事業者の団体から出ていますが、まず玄関入っても誰も案内者がいない。ちょっと考えられない、あり得ないと思いますけど、あります。すみません。施設されたまま救急隊が入れない。案内者も誰もいない。これは本当に申し訳ございません。入所者、本人の情報が準備されていない。あり得ないですね。本当に申し訳なく思っています。すみません。病院へ向かう救急車へ職員の同乗が困難なことがある。

私も特養の現場にいますので、まず家族への連絡です。まず1つ基本。それからサマリーです。どういう既往歴があるかは誰が当直であろうが、夜勤が救急車に乗ろうが、準備しておくのが当たり前だと私は思っています。

先生方が欲しい薬剤情報、なおかつ飲んでいるお薬を準備しておけばなおさらいいと思います。それから職員の付き添いは当然だと思っています。でない救急隊のみなさんも何も分からないし、ましてや先生方も何も分からないので、だ

いたい救急搬送が必要である方は、だいたい昼間の間から調子が悪いとか、だいたい夜何かありそうだよということが、急変の時は別として、ありますので、こういう現状があるということは、介護事業者連絡協議会で会長の方に伝えたい。

#### コーディネーター

何かこういうきっかけで共有できればいいですね。

#### 委員

そうですね。こういう現状は是正していきましようということを。

#### 発表者 K

本当に、確かにあったことです。救急車を呼んで誰もいないのは、それは誰でもそうだと思います。救急車を呼んだ、じゃ玄関の鍵開けなきゃいけない、施設も大きなところになりますと、その方が部屋まで行くのに案内がないと行けないということは、当然誰でも分かっていることですが、その想定外のことが起こった時に、要するに慌てたときに、その施設の人数的な勤務する方の少ないときになると、少ない人数をうまく配置、配分をできないところがあると思います。結局みんなが、その方の所へどっど行ってしまい、玄関のことをみんなが忘れてしまっているという感じではないかと思います。

#### 委員

今日の連携の会議にふさわしい話だと思います。この地域密着型になって、本当に市町村さんと、また医師会さん、またいろいろな方と机を並べてお話しする機会って、10年前には考えられなかったことですが、今こうやってなってきた、この救急搬送の話も、10年前にも同じことが言われてて、だけどその時は議論できなかったけど、いま議論できるのは、すごく大きなところですよ。

本当に介護現場からいうと、職員配置がまずあって、職員配置基準があって、例えばそこは、今行政さんいますけど、そういう時は乗って行っていいと言っただけならば、乗って行きやすいですよ。現場は少ないけど、1人だけ残して行くのはOKだよと、まず例えばそこで一度考えていただいて、そういう意見をくれる、例えば何かがあった時に、かかりつけ医に連絡してくれ、嘱託医の先生にまず連絡をしてくれ、そんなときにどんな情報が欲しいということは、10年前の話は議論されていなくて、今いろんな薬剤師の方々も、みなさんもいろんなことがあったら連絡してきて下さいと言ってくれているにもかかわらず、まだ10年前と同じ状況があります。

それで昨今福祉避難所の話が出たときに、ようやく避難訓練は少しずつ介護施設するようになりました。我が協議会も持ち帰って福祉避難所の避難の在り方もそうですけど、もっと手前に救急の時の搬送の仕方の勉強会も協議会あげてしないといけないですね。逆に消防さんにもそういう時にお越しいただいて、勉強会の一つをできるようなことも今後やって行けるようになったらと思いますので、またこの勉強会を利用させていただければと思います。

#### コーディネーター

何かいろいろいいきっかけになればいいと思います。時間も無くなっていますので、最後は医療従事者からの発表が多かったので、あくまで患者目線、患者フ

ファーストで、住民ファーストで考えないといけませんので、救命士も救わなければいけませんので、そして救命処置というのは迅速に必ず行わなければいけない、一方で、ACPだとか、人生の最期の瞬間というのは、その人の生き方を尊重しなければいけない。どういう形が一番住民にとって幸せなのかを我々は考えていかなければいけないんですが、住民代表の方、何か今日聞いてご意見をいただけましたら。

## 委員

私は地域で民生委員もしています。先ほどの情報キット、すごく広めていただいたらどうかという意見がありましたが、私の地域でも、情報キットについて民生委員の中からもいろんな意見が出ていて、全市内的に1人暮らしの方、高齢者世帯の方が一斉にこういう情報が、書かれたものがあることが、心配だという声が出ました。と言うのは、その玄関先にシールを張ったり、この頃訪問でいろんな方がみえますので、家の中に入られたときに、ここは1人暮らしだな、高齢者世帯だなということで、危険じゃないかという声が出ました。

高齢者の方、1人暮らしの方は、中の更新をなかなか自分でできないだろうと、そうするとその更新は誰が一体できるか、ということが出まして、これはあくまでもこれは私の地域ですけど、情報としてはすごく少ないという意見もいただいています。やはり緊急連絡先だけにしておこう、かかりつけだけにしておこうということで、こういう用紙を使うことになり、そして冷蔵庫の中へ入れておくのも、高齢者の方だとそのままでは整理してしまっ、ほかしてしまう可能性もあると色々な意見が出ました。

私は今日これを見せていただいて、このシールがキットの中に入っているのは、とてもいいと思いました。普通の情報用紙だけだと、捨ててしまう可能性はあるけれど、こういうふうなシールがついていると、すごく目立つので、これやったら捨てずに冷蔵庫の中に残っているかなと思いました。

キットを使うことに関しては、まだまだいろいろと検討して、全市で取り組まない、心配だという声が市民の方から出てました。

## コーディネーター

はい、貴重な意見ありがとうございました。そういういろんな意見をいただいて形を作って行かないといけないと思います。現状全国でもいろんな業界からのいろんな意見があって、なかなかその取り決めが決まらないというところがあるので、まずは問題共有して、みなさんで形を作っていければなと思います。

時間も迫りましたので、パネラーのみなさんから一言ずつ感想をいただきたいと思います。

## 発表者 K

本日は、本当にありがとうございました。

私たち消防救急隊としては、このようなお話を様々の方の前でさせていただいたのは初めての事です。こういう話をもっといろんな方に知っていただきたい。伝えていきたいというところからまず始めていこうと思っています。

それと先ほど施設の方からもありましたが、このような場を求めていますので、

是非とも呼んでください。お邪魔させていただきたいと思っています。またよろしくお願ひしたいと思っています。

#### 発表者 K I

本当にこのような会にお招きいただきありがとうございます。急性期の病院からお話することも本当になくて、先ほどのキットの件も10年ぐらい前からそういう話がありますけど、それが普及されないのは、やはりそれなりの問題があると思いますし、今日も言い足りないこともみなさんいろいろあると思いますけど、まずこういうことをやっていくことが非常に大事だと思います。

やはり患者さんと家族を巻き込むという言い方は悪いかも知れませんが、一生懸命やって、例えばこちらで話している内容を聞いてもらおうとかいうことも大事かなと思っていますし、なかなかみんなが揃うことも難しいとは思いますが、今後いかに健康寿命を延ばすかを考えると、そういう点も大事だと思います。

急性期の病院からも歩み寄りが必要かなと思います。

#### 発表者 T I

消防、救急の現場の様々な意見を聞くことが出来て、すごくいい機会になったと思うので、自分だけでなく、地域の訪問看護師がつながって、いろんなことが出来るように、現場でこういう意見を共有して、急変時の対応とかのことを考えていきたいと思いました。

#### 発表者 H

どうもありがとうございました。かかりつけ医という言葉は、もうみなさん当然ご存知だと思いますけど、やはり施設からもあまり電話がかかって来なかったり、救急隊員からもあるいは総合病院からも電話がかかってこないのが実際です。もっと頼りにされるような、もう少し敷居の低い、そういうかかりつけ医にぜひなっていきたいと思います。

ちなみにアンケート調査が出され、それによると往診を実施している診療所55件のうち、時間外対応をしているのが45%、24時間対応しているところも11%あります。過半数です。ですからぜひ遠慮せずに、かかりつけ医にどんどん連絡をしていただいたらどうかな。結構みんな頑張っていると思います。

#### 発表者 N

僕からは、一言歯科医としての司会、感謝するとともに、素晴らしいタイムキープに感謝したいと思います。

#### コーディネーター

ありがとうございました。みなさんにもご意見いただきたかったんですが、どうもすみませんでした。最後に医師会の方から閉めの言葉をいただきたいと思います。

#### 委員

どうも皆さま活発なご意見をいただいて、ありがとうございました。パネラーの皆様それぞれの現場でのご苦勞をいっぱいお話しいただき、現場の様子がよく分かったと思います。そういった現場での悩み事というのは、行きつくところは自然死という格好、その辺が大事でおそらくは、みなさん医療介護でこういうこ

とが話題になるというのは、いい看取りをしてあげたいという強い思いだと思います。ですから亡くなって逝かれる方も、看取る方も、いい看取りになるような、そういうものがないだろうかということだと思います。

だから、我々専門職は、何とかそれに近づけるような努力はしなければならないと思います。

これから高齢化社会で、多死時代、多死社会という言葉が出ていますが、多くの方が亡くなって逝かれる中で、それも病院でなく、在宅で亡くなる方がどんどん増えてくる中で、やはりこれは我々が共有しなければならない問題だと思いますし、今回は一石を投じられて、専門職が集まって話し合った中で、何かうまくいく方策は、今日あがった問題を全部1回では解決はできないので、何らかの形で、委員会という方法もあるだろうし、問題点をとりあえず上手く整理して、いい看取りに繋がれる方法があれば、それはきちっとしていかななくてはいかん。これからだろうと思います。

望むことは社会全体が多死時代だということを経験する立場にありますが、我々は日常生活の中で、何度かそういうことを経験する立場にありますけど、一般の皆様が、亡くなるということはなかなか実感としてないと思うので、でもそういう時代なんだ。死ぬということはあるんだということ、世の中にも分かってもらえるような、そういう啓蒙運動というのも、難しいですけど、必要なだろうなというふうに思いました。

まあ、今日こうやって皆様で一石を投じていただいて、同じ方向を向いて看取りをできるように、みんなこれから練っていければと思います。

皆さん、本当にパネラーの皆様方、それから今日参加していただいた皆様方本当にありがとうございます。これからだと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。

#### コーディネーター

ありがとうございました。

それではこの辺で、令和元年度第2回松阪市地域包括ケア推進会議、歯科医の司会、終了させていただきます。活発なご議論ありがとうございました。お疲れ様でした。

#### 事務局

皆様長時間にわたりありがとうございました。

資料の中にありますアンケートをお願いしたいと思います。今日本当にお時間が限られていましたということもありまして、皆様からのご意見もちょうだいできませんでした。お詫び申し上げます。このアンケートに書いていただきまして、また書いていただいて高齢者支援課の方に送っていただいても結構でございますので、どうぞよろしく願いいたします。

第3回は、3月ぐらいになると思いますので、またご案内の方をさせていただきますので、その時はご参加の方をよろしく願いいたします。

今日は長時間にわたりありがとうございました。お気をつけてお帰り下さい。