

これまでの検討部会における各委員の主なご発言について

- 傷病者の年齢は、重要なデータ、検討要素ないし資料の一つと考えられるのではないか。
- そもそも DNAR は医師のオーダーであるところ、医師の判断があつてのものか、それとも本人と家族だけの判断で救急隊はもう呼ばないことにしたのかは、整理したほうが良いのではないか。
- 適正なケアと終末期の医療を望んでいる患者が救急に搬送されてきており、10 年ほど前から、助けた後に主治医から本人は蘇生を望んでいなかったと怒られるケースが出てきている。救急も成熟してきているので、上手に対応できるようにしていく必要があるのではないか。
- 広島市消防局は、すごくきめ細かな対応をしており、このような情報も消防に伝えないと、（心肺蘇生の中止等を認めるとしただけでは）現場は混乱するのではないか。
- 厚労省のガイドラインも ACP を重要視しようと変わってきており、かかりつけ医、在宅医の責任やどう動いていいのか、といったことも一緒に検討しないと、肝心なところが抜け落ちてしまうのではないか。
- MC 協議会の委員や構成員に在宅医を入れるというのは、あまりない試みであるが、非常によいのではないか。
- 老年医学が変化、進歩してきて、救急隊だけの問題ではなく、普通の市民が今まで覚えてきたことが本当は違うのではないか、と考えられさせる。
- 米国でもあらゆることをやって欲しいと言う家族はいるが、意味のある治療行為となっていないときは医者は倫理的にできないとなっている。その場合は treat the family と言うが、本人を害するだけと家族に説明し、多くの場合分かってくれると聞いている。
- 埼玉西部消防局及び広島市消防局では、消防本部と救急医の関係が良好で、この連携が役立っているのではないか。同様の対応を全国の消防本部全てに求めるのは難しいのではないか。