

第1回救急業務のあり方に関する検討会における主なご発言について

- この問題は心肺蘇生を望まない方への対応に関する社会的な合意、制度作りがまだできてないところで、現場の救急隊が苦労していることだと思う。議論は必要だが、社会的には合意、制度作りを進めていかないと、なかなか救急現場だけの解決は難しいのではないか。
- 地域包括ケアシステムの中で、対応していくことが重要ではないか。そのとき、地域の在宅チームや病院チームと地元の救急隊やMC協議会が話し合いをし、地域ごとに対応を決めていくことが重要ではないか。
- 医療・介護連携の中で、患者や家族も交えよく話し合い、救急隊を呼ばないで、まずは在宅チームに声をかけるよう進めていくことが重要ではないか。
- 地元でかなり議論したが、現実はおかかりつけ医に連絡を取って、その承認を取る時間がなかなか得られない。あるいは連絡が取れない、連絡を取っても適切な指示がなかなか得られない。このため文書化もある程度必要ではないか、となったものの、信憑性の問題や、患者の気持ちも変わっているのではないかと救急隊の判断に迷いが出るので、現実には即した議論を期待したい。
- プロトコルについては、患者の個別性が高く、単純なものにはならないのではないかと。実際の対応は多職種チームと相談、連絡を取りながら進める必要があるのではないかと。
- 救急隊の代替えとなる部分が社会できちんと展開していくのはまだ時間がかかると考えられるので、現実的には、まずは救急隊を呼ぶことになるかと考えており、その救急隊がどのように対応するのかということも議論すべきではないかと。
- 現実にはきちんと対応して、できるだけ現場の苦労が少ない方法を考えることが極めて重要。一方で最初に在宅医療チームに、相談していただいた上で救急車を呼ぶのであれば、救急隊の苦労は減ると思われ、両方一緒に進めることが重要ではないかと。
- 患者の意思を尊重するという点では、医学的に間違っていたが蘇生を要請された場合にもどうするか、臨床倫理的に重い命題についても議論すべきではないかと。
- 高槻市では、地域の病院と話をし、多職種連携の会というところで救急現場の話をしている。また、消防法にのっとり、DNARがあったとしても心肺蘇生

法を継続して病院へ搬送することを基本としている。例外として、施設等で医師がすぐ来てくれるのであれば、来るまでの間、CPRを実施することとしている。

- 埼玉県では、終末期医療を考えるシンポジウムを開催するなど、医療の側から広げる取り組みをしている。また、現場でよく聞くのは、本人が意思表示できず、遠くの親戚などにより本人の意向ではない形で救急搬送される方も相当数いる。なるべく本人の意思をあらかじめ聞いた上で、いざというときに慌てないような形を取るという取り組みを行っている。