

高齢化の進展に伴う救急需要の増大・救急医療現場からの問題提起により取組みが開始

H29.11月以降の取組み



①【厚生労働省】在宅医療・救急医療連携セミナーへのチーム参加（医師会・消防・行政）

※全国より16地域が参加し、在宅医療と救急医療の関係者間で、患者の病状や希望する療養場所、延命治療に対する希望等の患者の意思を共有するための連携ルールについて、先進自治体の指導のもと、連携ルールの内容の検討や運用に向けた工程表の策定等を技術的に支援するセミナーとして実施されたもの。

○第1回目（H29年10月22日）

- ・厚生労働省の行政説明，先進事例の取組み発表
- ・連携ルール策定における合意形成のプロセスを学ぶ
- ・課題を整理し，課題解決・連携推進のためにやるべきことを整理する

○第2回目（H30年2月4日）

- ・講義「アドバンス・ケア・プランニングとは何か」
- ・先進事例の取組み発表
- ・各地域の現在の課題抽出の方法と共有，各職制が担う役割を整理した上で，連携した対応策実施ためにやるべきことを総括する

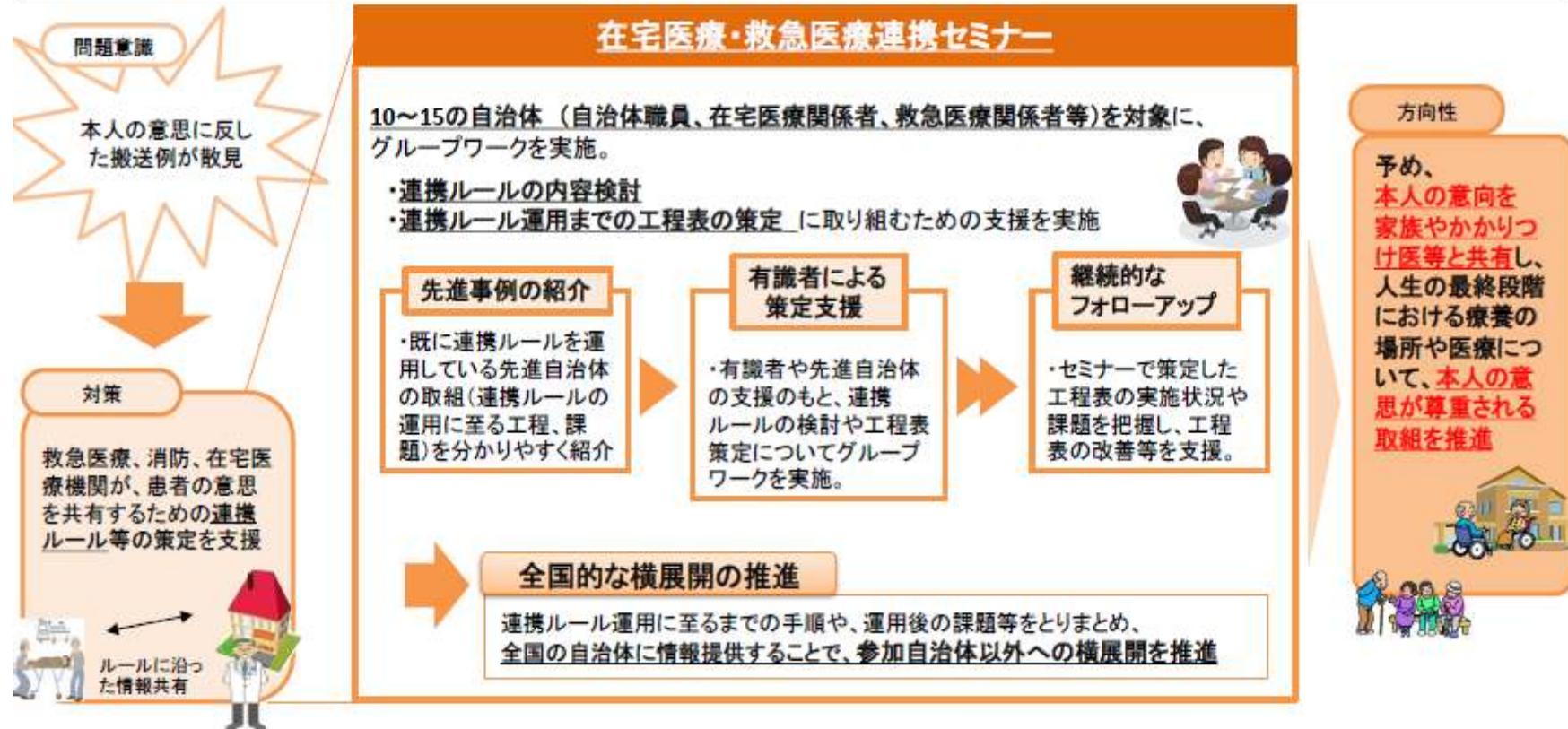
在宅医療・救急医療連携セミナー

＜背景・課題＞ 本人の意思に反した(延命を望まない患者の)救急搬送が散見

国民の多くが人生の最期を自宅で迎えることを希望している。一方、高齢者の救急搬送件数も年々増加し、また大半は、人生の最終段階における医療等について、家族と話し合いを行っていない。このような背景を踏まえると、今後、本人の意思に反した救急搬送が増加する懸念がある。

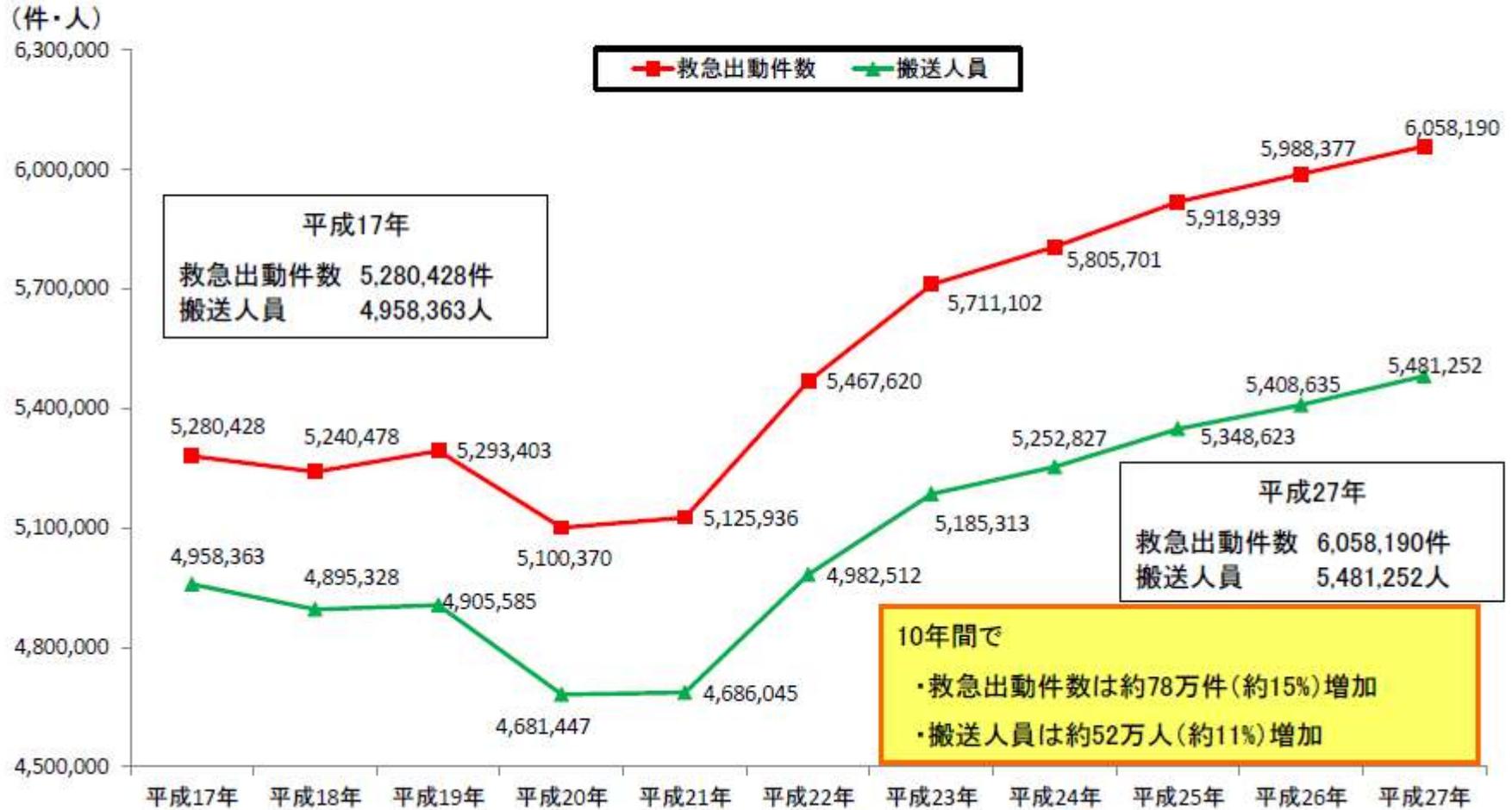
＜対策＞ 患者の意思を関係機関間で共有するための連携ルールの策定支援

先進自治体では、在宅医療関係者と救急医療関係者の協議の場を設け、救急搬送時の情報共有ルールの設定や、住民向け普及啓発に取り組んでいる。こうした先進事例をもとに、複数の自治体を対象としたセミナーを実施し、連携ルール策定のための重点的な支援を行う。また、本取組について全国的な横展開を推進していくことで、人生の最終段階において本人の意思が尊重される環境を整備する。



【全国の状況】 救急出動件数及び搬送人員の推移

○ 救急出動件数及び搬送人員数ともに、7年連続の増加となり、過去最多となった。



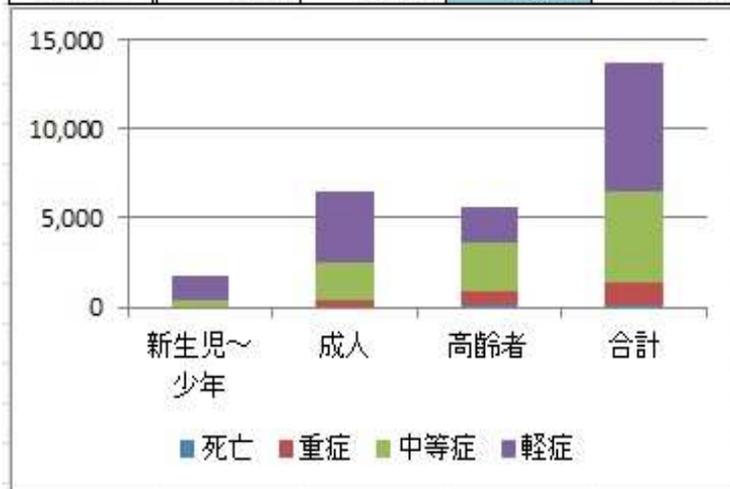
「救急・救助の現況」(総務省消防庁)

(注) 1 平成10年以降の救急出場件数及び搬送人員についてはヘリコプター出動分を含む。
 2 各年とも1月から12月までの数値である。

【柏市】年齢区分・傷病程度別搬送人員の推移

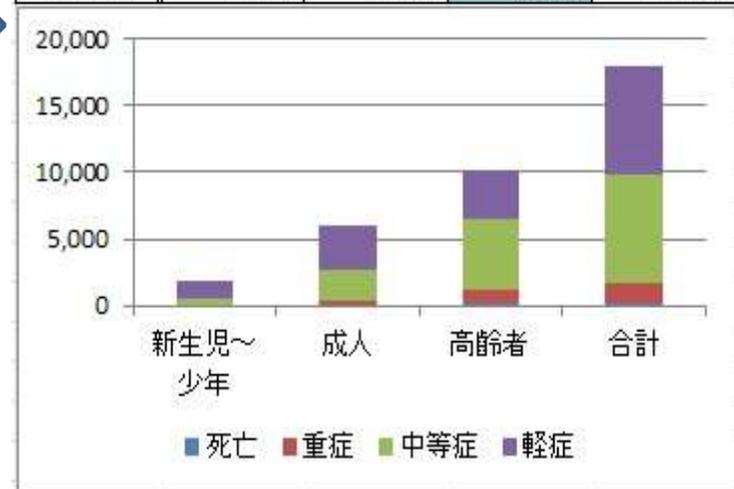
平成19年

	新生児～少年	成人	高齢者	合計
死亡	2	19	75	96
重症	48	406	855	1,309
中等症	385	2,048	2,700	5,133
軽症	1,264	3,964	1,941	7,169
合計	1,699	6,437	5,571	13,707
構成比	12.4%	47.0%	40.6%	100.0%



平成29年

	新生児～少年	成人	高齢者	合計
死亡	0	11	119	130
重症	50	370	1,118	1,538
中等症	435	2,324	5,339	8,098
軽症	1,321	3,325	3,512	8,158
合計	1,806	6,030	10,088	17,924
構成比	10.1%	33.6%	56.3%	100.0%



平成19年と平成29年の搬送人員を比較すると、合計4,217人（1.3倍）の増加、**高齢者は4,917人（1.8倍）増加**、新生児～少年、成人は減少しています。
 ※平成29年の高齢者の搬送人員のうち、**75歳以上は7,173人（71.1%）**です。

【日本臨床救急医学会】
**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あり方に関する提言**

【目的】

人生の最終段階にある傷病者が心肺蘇生等を希望していない場合は119番通報をしないのが望ましいが、119番通報によって出動した救急隊が、現場で初めて傷病者が心肺蘇生等を希望していないことを伝えられる事例が発生している。このような場合に、救急隊は傷病者の救命を優先し心肺蘇生等を実施すべきか、あるいは傷病者の意思に沿って中止すべきかについての判断を迫られるが、基づくべき指針はない。

どのように対処すべきか基本的な対応手順等を示し、指針として取りまとめる



医師の指示に基づいて心配蘇生等を中止することを実際に運用する際には、都道府県メディカルコントロール協議会等で十分な準備が必要となる。

1. 「標準的活動プロトコール」を参考とした地域プロトコールの策定
2. 地域プロトコールに基づく指示、指導・助言体制
3. 救急隊員やオンラインメディカルコントロール医を対象とした研修
4. 活動が適切に実施されたかを検証する事後検証体制の整備

具体的な取り組みへ

②H30.1月 意思決定支援検討ワーキング（仮称）キックオフミーティングを開催

【構成メンバー】

- ・ 介護家族
- ・ 柏市医師会，東京慈恵会医科大学附属柏病院（救急部診療部長）
- ・ 国立がん研究センター東病院（緩和医療科医師，がん専門看護師）
- ・ 柏市訪問看護ステーション連絡会
- ・ 柏市介護サービス事業者協議会（特養，老健，住宅型有料老人ホーム，小規模多機能）
- ・ 柏市グループホーム連絡会
- ・ 柏市介護支援専門員協議会
- ・ 柏市社会福祉協議会
- ・ 柏市消防局（救急課），柏市保健福祉部（地域医療推進課）

- 【議題】 ○報 告：救急概況，出場状況事例報告，救急隊員アンケート実施結果
高齡者施設看取り体制状況，特養における施設内看取りの実情
- 意見交換：ご家族としての思い，市民の気持ち，各現場での現状を共有



意思決定支援検討WGを設置し「延命を望まない高齡者の救急搬送について心肺蘇生をしなくてもよい環境づくり」と「本人の意思決定をどのような仕組みで支えていくか」について協議をしていく予定です。

キックオフ・ミーティングで出された意見

【市民の立場】

- 家族にも言えないこと、自分の本音はどこまで言えるのかという不安がある。
- どうすれば自分の希望を叶えてもらえるのか、希望どおり最期まで暮らせるのかがわからない。
- 自宅で不審死となれば警察が入ることになる不安。
- 本人の病状や気持ちにあわせて家族も揺れる現状。
- 支えられているという感じがあれば何とかなる。

【医療従事者】

- どこまでを急変としてとらえるのか。
- 病状や今後の見通しを説明するのは医師の責務。
- 本人の意向・希望に合わせた対応、個別性が重要
- 家族の納得と気持ちの整理も重要。
- 施設の位置づけが多様であり、区別が必要。
- 医療と介護の連携がもっと必要。
- 介護職員が判断できるように、医療職としてどのように関わっていけるか、解決策の検討が必要。

【介護サービス従事者】

- 救急要請の一番の要因は介護職員の不安。
- 医療の知識がなく介護職員では判断できない。
- 本人・家族の同意を得るには分かりやすい説明と様式が必要、同意も見直しの繰り返しが必要。
- 医師・看護師との連携が必要。

今後への提案

- ★ 不安の解消
- ★ 自分の意思の表明方法と伝え方の周知
- ★ 在宅医療や施設における現状の周知

- ★ 本人・家族が納得し気持ちの整理ができる説明
- ★ 介護職員の不安解消への支援
(パンフレットの作成や急変時、看取りの研修等)
- ★ 各学会から出されている指針の共有
- ★ 支援者の心のよりどころとなる指針等

- ★ 判断材料になるものとして、延命に関する指針や看取りに関する基準等
- ★ 意向確認書の共通様式
- ★ 介護職員の学ぶ場と不安の解消

意思決定支援検討ワーキングの位置づけ（案）

