

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
2018年度（後期）指定公募
「地元医師会、行政を交えた顔の見える多職種連携研修会」
完了報告書

ACP に基づいた高齢者救急医療 多職種連携研修会

第1回目 2019年5月30日（木）
テーマ：もしものときに備えて 本当に必要？その救急車

第2回目 2019年12月5日（木）
テーマ：望む最期を迎えられる地域づくりのために

申請者 : 若木美佐
所属機関 : 医療法人篠原湘南クリニック
クローバーホスピタル
提出年月日 : 2020年3月5日

ACP に基づいた高齢者救急医療 多職種連携研修会の完了報告

【研修会実施の背景】

- 藤沢市は、唯一の 3 次救急病院である藤沢市民病院に年間約 9000 件の救急搬送依頼があり、その応需率が 99%以上という、たらい回しのない恵まれた地域である。
- 2025 年問題を背景に高齢者の救急搬送が増加する中、軽症患者やミスマッチ患者も 3 次救急に集中してしまい現場の疲弊を招いている。
- 藤沢市民病院への救急搬送の 70%近くを高齢者が占め、救急搬送された患者の 70% は軽症、20%は中等症である（ICU 患者の 70%が高齢者）。
- 高齢者施設や在宅療養中の慢性疾患患者などの容体が変わったとき、救急車を呼んだものの、蘇生処置や搬送を拒否する家族もあり、現場の救急救命士が対応に困るケースがある。
- 救急搬送された結果、望まぬ蘇生、延命治療を施され、後になって延命中止を依頼するケースが増加している。
- 人生の最終段階に受けたい医療、ケアについて、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を行うことが重要視され昨年 3 月「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」も改定された。
- 今後、その意思決定が救急搬送やその後の治療、看取りに反映されるような仕組みづくりが求められている。

【目的】

- このような高齢者救急にまつわる課題を共有し、藤沢市民が住み慣れた場所でよりよい最期を迎えられるように、行政、在宅医、開業医、急性期病院、慢性期病院、介護施設などが協力し、顔の見える研修会を開催し、地域包括ケアシステムを推進していく。
- 藤沢市民に ACP の必要性を啓発し ACP に基づく意思決定を救急搬送やその後の医療に反映させる市内共通のルールを検討し、具体化していく。

【地元医師会、行政の参加】

藤沢市医師会

- 酒井辰彦副会長をはじめ、高齢者救急担当 村田尚彦理事、在宅医療担当 木原明子理事、前在宅医療支援センター 小林邦芳センター長及び黒坂由美子コーディネーターに企画の段階から参画いただいた。
- 酒井副会長には第1回、第2回ともに開会のご挨拶をいただき、藤沢市高齢者救急医療の現状や今後の2次救急医療体制の枠組み再編成に関して参加者に直接伝えることができた。
- 医師会を中心としたICT連携の進捗状況を共有した。
- 高齢者救急医療ワーキンググループへの協力依頼を受けた。
- 医師会員へ積極的な参加を呼び掛けていただいたり、会場を割安な費用で貸していただいたりした。

藤沢市

- 藤沢市民病院 阿南英明副院長、藤沢市保健所 阿南弥生子所長、藤沢市福祉健康部 福祉健康総務課 蓑原純一参事及び大岡京子課長代理、地域包括ケアシステム推進室 齊藤康室長補佐、消防局救急救命課 木瀬祥一郎主幹に企画の段階から参画いただいた。
- 藤沢市民病院 阿南英明副院長、消防局救急救命課 木瀬祥一郎主幹は、研修会に講演者として参加した。今まで知る機会がなかった救急搬送から急性期病院での処置や治療、回復の状況をお話しいただいた。それ以外のメンバーはグループワークに参加していただいた。
- 藤沢市ごみカレンダーに付属している「あんしんみまもりカード」の運用について検討した。
- 市民向けの啓発は行政が主体となって行う旨を依頼した。

【開催概要、及びグループワークまとめ資料】

第1回目 2019年5月30日（木）

『もしものときに備えて 本当に必要？その救急車』をテーマとし、第1部は、①救命センター医師、②救急隊、③在宅医師、④施設看護師、⑤ケアマネジャーがそれぞれの立場からの課題を提示した。第2部は、前述の課題を踏まえて『多職種で考える高齢者救急』をテーマに「身体状況、医療情報の共有」、「救急搬送の機能分化」、「意思決定支援」、「ACPの啓発・普及」の4つのカテゴリーに分けグループディスカッションを行った。参加者数156名。（医師35、看護師59、ケアマネ22、MSW・相談員15、行政職員4、救急救命士4、事務職員7、その他【栄養士、セラピスト、介護士、放射線技師、薬剤師等】）



ACP に基づいた高齢者救急医療 研修会(1回目) グループワークのまとめ資料

テーマ：身体状況、医療情報の共有	左枠：課題・問題	右枠：解決策など
<ul style="list-style-type: none"> ● 搬送判断に必要な情報の不足 病名、既往歴、意識レベル、ADL、介護度、薬剤などの情報がない かかりつけ医、病院などがわからない 蘇生処置、救急搬送、延命処置に関する意思表示がない ● 医療者の連携不足 医療情報や服薬内容などリアルタイムでは把握できない 医療の方針、患者家族の意向、予想される変化などを共有できていない 在宅での ACP が搬送先病院での医療に反映されない（弱者の選択） 入院、退院の連絡がケアマネに来ない（知らないうちに入院、退院していた） ケアマネや事業所が休みで引継ぎが十分でなく情報がとれない 医療保険で訪問看護を利用している患者にケアマネは介入しづらい 病前状態まで回復しない場合の出口問題（転院先）、在院日数 ● 家族との連携不足 家族の連絡先が分からない、つながらない。いても認知症、メンタル疾患で決められない。身寄りがない独居。 蘇生、延命処置についての本人、家族の意向が分からない、いてもまとまらない。すぐ結論が出ない。 ● 職種による認識の差 通院困難な患者さんを在宅医療に切り替えるタイミング 医師が積極的に治療をしたがる、がん終末期でも手放さない 退院支援のとき、在宅は無理という医師やケアマネがいる ● 仕組みの問題 情報共有をどの場面で更新、再確認するか SNS での情報共有が、会社の方針（セキュリティの問題や時間外労働につながるなど）で出来ない 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 各職種で情報の共有ができるフォーマットがあるとよい ➤ ICT ツールを活用する ➤ 電子カルテ、インフラの整備 ➤ 医療情報のみならず生活史の情報共有 ➤ 緊急時カンファレンスをこまめに行う ➤ 予想される病状悪化に対する予防策の検討、共有 ➤ ひとりひとりにかかりつけ医を持ってもらい情報共有をする ➤ 診療になるべく家族に同行（同意があればケアマネ同席）してもらう 	

テーマ：救急搬送の機能分化**左枠：課題・問題****右枠：解決策など**

● かかりつけ医の限界

主治医が総合病院の医師なので救急搬送するしかない
 多数の医療機関あるいは専門内科にのみかかっておりかかりつけ医がない
 かかりつけ医の診療中、時間外対応困難で不安な家族の意向で搬送になる
 搬送や蘇生拒否があってもかかりつけ医に連絡が取れない

● 高度医療への信頼、期待

藤沢市民にとっての藤沢市民病院への親和性、信頼、期待
 高度医療が受けることが最良、高度な病院でやれることはやったとあきらめるための救急搬送

● 搬送の判断基準、搬送先の選定

どんな状況の時に救急車を呼ぶべきか決まっていない、独居、家族が遠方だととりあえず救急車になる

孤独感、認知症（本人）、安否確認（家族）からの要請

ACP を行っていて DNR の方針でも、急変時にパニックになり救急車を呼ぶ

お互いの医療機関の範囲、限界を知らない、軽症患者の入院の受け入れ先選定に難渋する
 軽症者の搬送手段が乏しい（独居や老々介護で救急車を呼ばざるを得ない）

救急病院はパンク状態でお看取りを行う病院が必要、高齢者施設と協力病院の連携不十分

● 目的外使用

病院に行く交通費がない、手段がなく（自家用車、EV など）救急車を呼ぶ

軽症者のコンビニ要請、タクシー代わり、死亡診断目的の搬送

● 病院のジレンマ

回復の見込みの乏しい高齢者に対する蘇生、延命治療、高度医療を行う葛藤。その人を入院させるために、より適応のある人が入院できない、軽症者の割合の多さ、現場の疲労、入院ベッド数の限界

2次救急、一般病院では病院の機能や当直医、看護師の専門性により対応できない疾患がある

不安な診断のまま治療を継続するリスクを負うより3次で診断して、治療方針も指示してほしい

家族の期待と病院の機能にギャップがあることがある、空きベッドを確保しておくことの経営的問題

● 病状悪化による意向の変化

最期まで施設でという同意をとっていても医療依存度（酸素や吸引がないなど）が高い、苦痛を伴う
 症状の出現で気持ちが変わる、あるいは家族希望で搬送になることがある

病状悪化が本当にもととの疾患の悪化かの判断がつかない

● リスク、法的問題

高齢者は救急車を呼ぶなということか、という反論、ひがみにつながる

DNAR に関する法整備がない、搬送しないことで家族からのクレームが怖い

在宅～2次急病院、施設は夜間体制に不安がある、訴訟の心配

- かかりつけ医の役目の明確化、時間外の連絡を受けられるかどうか
- 2次救急病院の負担の均等化
- 2次急病院の専門性の見える化
- どの病院に搬送するかを決めておく（入院のかかりつけ）
- 予想される病状悪化と予想外の急変、心肺停止時の対応を分ける
- 夜間、医師看護師不在時の対応
- 施設である程度方針の決まっている患者の搬送先の登録、連携
- 民間救急車、介護タクシーの有効利用（ただし費用がかかる）

テーマ：意思決定支援

左枠：課題・問題

右枠：解決策など

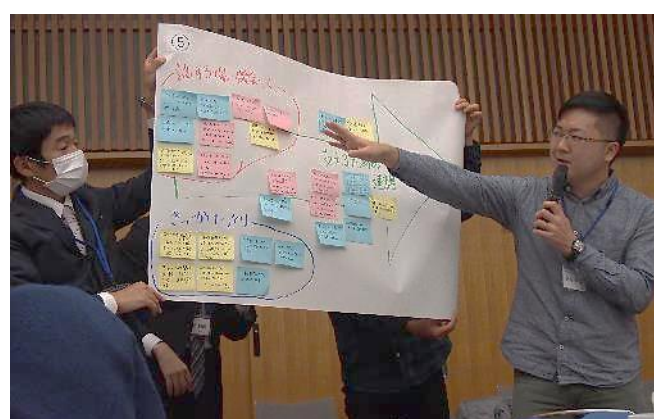
- 患者・家族の知識・理解不十分、準備不足
病状を理解していない、状態悪化の予測ができない、DNAR や延命処置に対する知識、理解不足
高齢者でも高度医療への過度な期待がある（高度医療の侵襲や経済的負担、高齢者への有効性などを知らない）
認知症、独居だと緊急時の判断がブレやすい、搬送した結果、検死になってしまい家族が傷つくケース
- 意思決定支援者の知識、スキル不足
最終段階に起こることを十分に予測できない、ACP は急変時に変わることもある
バッドニュースの伝え方の難しさ、蘇生したものの期待通りの回復に至らない場合の意思決定支援の困難
- 立場による考え方の差
それぞれの立場でどこまで責任が取れるのか悩む、ケアマネからだけではうまく説明できない
医師の前とコメディカルの前で家族が話す内容にズレがある（医師の意見に誘導されやすい）
DNAR にすぐ同意することがよいこととは限らない
家族に申し訳ないという理由で入院、入所を選択する（ACP が反映されない）
認知症などでも家族の意向が中心になることが多い、誰のための意思決定支援か、周囲の思い込み、押し付けでないか、家族内で意見がまとまっていない（遠くの親戚が後から口を出す）
- 代理決定者の負担
身寄りのいない人、独居で知人も少ない人の最期を誰が決めるのか
認知症患者、精神疾患患者などの意思決定の困難
キーパーソン不在時ケアマネが同意書のサインを求められることもある
重大な決定を担う精神的負担、亡くなった後もあれでよかったかと悩む
- 法的問題
医師の説明なく施設で取った看取り同意書に法的効力はあるのか
急変時に救急車を呼ばないと保護責任者遺棄を問われるのが心配
蘇生、延命処置に関する意思決定の責任を負いたくない
家族等から心肺蘇生の中止を指示される場合意思表示の書面がなく、家族等の口頭のみで本人意思と判断してよいか
後日提示された事前指示書や、家族による延命中止希望などへの対応
- 意思決定した書類の保存場所・方法が決まっていない

- 患者目線で考えることが大事
- キーパーソンを決めておくことの重要性
- 意思決定のメンバーをはじめから決められないか
- すでにあるリビングウィルのひな型や尊厳死協会の活用
- 誕生日や高齢者（65歳、75歳）になる節目、介護保険申請時などに話し合う
- 意思決定支援者むけの研修会開催

テーマ：ACP の啓発・普及	左枠：課題・問題	右枠：解決策など
	<ul style="list-style-type: none"> ● 前もって話し合う風潮がない 縁起が悪い、切り出せないと思っている タイミングが分からない、まだ必要ないと思っている 核家族化して親の死に対しても問題を当事者と思えない 高齢者は自らの終末期を国が面倒を見てくれるものと思っている どういう最期を迎えたいのか、迎えさせたいのかの話し合いがされていない ● ACP,AD,DNAR を理解できていない ACP を知らない、関心がない DNAR との違いを分かっていない 意向は変わってもよいが、AD のように決めないといけないプレッシャーがある 見直す機会がない ● ACP を自発的ではなく医療者から強要される 入院が話し合うきっかけになる ● 国の出す指針に基づいて ACP の普及啓発を担当する藤沢市の行政の担当はどこか ● 財政主導の ACP になっていないか ● 支援にかかる時間、手間、人手に対する診療報酬がない 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ACP に関わる人の学びが必要 ➤ 行政レベルで ACP の普及啓発を強化してほしい ➤ 市民センターなどでの終活講座 ➤ 自治体を中心とした生活コミュニティーの再構築 ➤ 高齢の親を持つ子の世代の教育、啓発 ➤ ACP を当たり前に行えるよう子どもの時から教育し文化として根付かせる必要がある ➤ 義務教育に取り入れる ➤ 死生観の教育 ➤ ACP についてコーディネートする役割の人が必要 ➤ 人生会議サポーターを決める
テーマ：その他	左枠：課題・問題	右枠：解決策など
	<ul style="list-style-type: none"> ● 生活保護受給者の集団生活中における救急搬送 ● アルコール依存者でショートステイの利用ができず体調不良時搬送になる ● 救急搬送、医療を拒否する患者の対応 ● 精神科疾患で緊急コールが頻回なケース ● 救急受診は認知症を発見する最初のスポットになることも多いが、どこにつなげ予防策を立てるか ● クリニックに通院可能なレベル、自立した元気な患者への介入 ● 要支援で訪問診療を断られる ● 病名、年齢による費用の問題（医療保険か、介護保険かなど） ● とにかくお金がない人の看取りの場所 	

第2回目 2019年12月5日(木)

『望む最期を迎えられる地域づくりのために』をテーマとし、第1部は、臨床心理士・社会福祉士・介護ライターの宮下公美子氏による講演を行った。住民を巻き込み、つながる仕組みづくりに成功した専門職集団や地域、事業所の先進的な取り組みが複数紹介された。第2部は、『プレホスピタル ACP』をテーマとし、事前指示は翻ることもあるため細かく決めることを目的とせず、病院に行く前、入院する前の段階からできることをディスカッションした。健常者に対する ACP とは別に考えるべきとの意見もあり設定は要介護者とした。参加者数 95 名。(医師 19、看護師 21、ケアマネ 11、MSW・相談員 12、行政職員 2、救急救命士 3、事務職員 14、その他【臨床心理士、栄養士、セラピスト、介護士、放射線技師、調理師等】)



ACP に基づいた高齢者救急医療 研修会(2回目) グループワークまとめ資料

グループディスカッション主な意見

日々の診療の中にも機会があることを意識する

- 日々の診療、看護、介護の中で、病気になる前の仕事、趣味、家族とのエピソードなどをなるべく引き出しておく
- 話し合うタイミングを意識する（今の会話、ACP のチャンス！を見逃している）
- 時間をかけて繰り返し話す、状況が変われば修正、確認、共有する
- 医師だけでなくチームで対応する、誰もが相談窓口となれる
- 初診こそ本人の意向を確認するチャンス
- 決めることより思考過程を知ることが大事
- その人の死生観のイメージを知る

地域、人とのかかわりを持つ

- 近隣の人との交流、サークル活動などへの参加
- 自発的には難しいが、定期的に相談できる場を設ける
- 家族以外に身近な医療専門職とつながる
- 意向の代弁者（家族、友人など）を多く持つ
- 意向が変わっても「あの時はあれしかなかったよね」というやり切った感、信頼関係があればよい
- 決めていなくても「本人ならこうしたいだろう」とわかる人がいるとよい

医療情報をより具体的に知らせる

- 疾患の予想される経過を具体的に図示するなどして説明する（がん、神経難病、認知症など）
- 予測される病状悪化時の具体的方針、段取りを決めておく
- 救急搬送された先でどういうことが起きるか、蘇生された人の顛末など
- 胃ろう、点滴の種類、蘇生・延命処置などについてもっと具体的に説明する

具体的な対策を準備しておく

- 緊急時の連絡先、かかりつけ医、服薬情報、意思表示カードなどを常に携帯する
- 自宅のよく見えるところに貼っておく
- まずは 119 番ではなくかかりつけ医に連絡をするという考え方に

ACP の普及、啓発

- 学校教育の中で死の授業、ACP の啓発授業をする
- 子どもが死を身近に感じる機会（葬儀でご遺体に触れるなど）をもつ
- 身内の葬儀や法事の時に話し合う
- ACP という言葉がわかりにくい、終活ノートから始める
- 一般市民への出前講座などで元気な時から啓発していく
- ACP に携わる医療従事者のスキルアップ

【今後に向けて】

主催側として、藤沢市医師会からは、副会長、救急担当理事、在宅担当理事、在宅支援センター長及びコーディネーターが参加。藤沢市からは、健康福祉総務課、地域包括ケアシステム推進室、保健所、市民病院副院長兼救命センター長が参加した。研修会に先駆けて行ったミーティングではそれぞれが進めている事業を共有し、活用できそうなツールの確認等を行った。

第1回目、第2回目ともに時間の関係上、全グループにグループディスカッションの発表をしてもらえなかったため、まとめ資料を作成し参加者全員に還元した。また、アンケートで今後このような多職種連携研修会に協力いただける方を募り、40名ほどの賛同を得た。

【企画者まとめ】

全てを載せることはできませんが、たくさんの貴重なご意見を頂きました。まだまだ日本ではこの話題を縁起でもない話と捉え、避けてしまうところがありますが、「話し合っておくとよいことがある」ことを知ってもらう必要があると思います。

なぜ話し合っておくとよいのか、医療者が楽をしたいだけ、医療費を抑えたいから、ではありません。望まぬことをされてしまった顛末を知り、残されたご家族の苦悩を知っているからです。現場に携わる人間がおのおのの立場でジレンマを抱え日々悩んでいます。「これでよかった」と思える看取りが増えれば、家族や友人の心のケアとなるだけでなく、それを支える側のやりがいにもつながります。万が一の災害に備えるように、当たり前誰にでも訪れるその時に「備えることがよいこと」と思ってもらえるよう、皆様と引き続き活動していけたらと考えています。この度は事業へのご理解、ご協力誠にありがとうございました。

最後に、公益財団法人 在宅医療助 勇美記念財団より助成いただけたことに深く感謝いたします。