

令和3年度第1回磐田市在宅医療介護連携推進協議会議事録

日時：令和3年8月23日（月） 午後7時00分～8時30分

場所：WEBにより実施

出席：委員13人、事務局（健康福祉部長、高齢者支援課長、地域包括ケア推進グループ員）、
静岡県医師会事務局

- 課長：ただいまより磐田市在宅医療介護連携推進協議会を開会いたします。委員の皆さまは、2年の任期となります。なお、磐田市消防本部警防課救急企画室の池田大輔さんですが、本日出張されているため、代理でグループ長の北谷さんが参加しています。また、今回は静岡県医師会事務局の皆様にも参加をいただいています。それでは事務局を代表しまして健康福祉部長よりご挨拶申し上げます。
- 部長：核家族化それから高齢化の進展に伴いまして市内におきましても高齢者のみの世帯、それから高齢者お一人の世帯が増えています。今日の会議では、救急搬送におけます情報連携がテーマとなっています。たとえ一人暮らしであっても万が一のときに必要な情報を救急隊の方々や医師の先生方にできるだけ早く把握いただくことで、救命の可能性が高まるとともに高齢者の皆さんが安心して暮らせることにつながることを考えています。今日は限られた時間ではございますが皆様方から忌憚のないご意見をいただきたいと思っています。
- 課長：会長、副会長の選出に入ります。本協議会の要綱第4条により会長、副会長は各1名で委員の互選により定めることとなっています。いかがいたしましょうか。
- 委員：会長には北原委員、副会長には山崎委員が良いと思います。いかがでしょうか。
- 課長：ただ今、ご提案がありましたがいかがでしょうか。他にご意見がなければ、会長は北原大文委員、副会長には山崎薫委員をお願いすることでよろしいでしょうか。賛成の委員の方は拍手をお願いしたいと思います。多数と認めます。それでは、会長と副会長から、一言ご挨拶をお願いしたいと思います。
- 会長：皆様、こんばんは。ただいま会長に選出されました北原です。微力ではございますが、協力を得て頑張っていきたいと思いますので、よろしく願い申し上げます。
- 副会長：磐田病院の山崎です。私は平成30年まで検討部会の方でこの件は勉強させていただきました。救急を担う病院の代表として、皆様方の検討の結果を病院に伝えていくというのも大切なことと思いますので、そういう面で是非役に立ちたいと思います。
- 課長：議事に入りますが、進行は要綱第5条により会長にお願いします。
- 会長：これまでの経緯等について、説明をお願いします。
- 事務局：救急キットに関するのとこれまでの会議の内容を踏まえて説明をさせていただきます。救急キットは、緊急時に迅速な支援が行われるように緊急連絡先やかかりつけ医などの情報が書かれた紙を容器に入れまして自宅の冷蔵庫に入れておき、万が一の場合に備え安心して暮らせることを目的としています。磐田市では平成22年度から始まりましたが一斉配布の後、管理は地区ごとになっており、情報の更新がされないことや、地域の負担が大きくなっていることが課題となっています。今まで、この在宅医療介護連携推進協議会ですとか、しっぺいプロジェクト、グループワークで話し合いがされまして、

磐田市の課題として、「この救急搬送時の情報ツールが整っていない」ということが課題として挙げられています。この課題の解決策としまして、協議会でも話し合いが続けられました。その中で、共通のポーチにお薬手帳ですとか、保険証、診察券などをひとまとめに入れたらいいのではないかという案ですとか I C T を活用した案などが出てきました。その I C T の利用の可能性ということで「シズケア*かけはし」に導入できないかということをお県の医師会にも打診させていただいたところです。この後に、「シズケア*かけはし」に入る新機能としての「救急*かけはし」について説明をしていただき、その機能を検証する実証実験を踏まえまして、今後の方向性を検討していきたいと考えています。

○会長：続きまして、I C T を使った取組について、ご説明をお願いします。

○県医師会事務局：だいぶ以前より磐田市さんと相談しながら検討を進めてきた経緯がございます。それと、初めて文書という形で正式な要望を出していただいたのが昨年1月で、I C T 利用の可能性を見据えながら検討していきたい、と要望事項ということで3点ご提示いただきました。1つ目は、救急医療情報キット。2つ目は、救急車に搭載するタブレット端末を利用して簡単に情報に辿り着けること。それから3番目としまして、既に患者情報システムを利用している対象者以外の高齢者に関する情報を登録できる、というこの3点につきましては、今システムの構築を進めているところですが、設計に反映させていただいています。全県的な救急情報キットの活用状況を確認する必要があるのではないか、ということで、県と相談をしまして、県内35市町の方で活用状況について、調査をしていただきました。その結果、現在35市町のうち26市町が現在運用中という回答があったということです。ただ、こうした回答を通じて、必ずしも運用が上手くいっていない、という声が多数寄せられまして、救急キットが全県的な課題であるということが調査を通じて判明したということで、本会としまして、このシステムに機能追加という方向で決定したという流れになっています。この救急情報キットの調査を通じて、26市町からそれぞれの救急キットに入れる情報の項目が集まったということで、システム化した際の救急情報の必要な項目の整理をこの機会に開始したということです。26市町26種類の様式を細かく分析をして、非常に細かい項目の分解をした訳です。システムへの機能追加の方向が決まりましたので、昨年9月に、県の健康福祉部に、基金事業の提案書という形で提案しました。この救急情報キットに関する内容を盛り込んだ要望をいたしました。結果、金額について認めていただいたということであります。こうして県の方で予算化いただいたということで、県医師会の方では、今年度からシステム開発に着手をしています。情報入力専用ページから、氏名とか生年月日、救急連絡先などの情報を入力して、「シズケア*かけはし」に登録します。それ以外の情報につきましても、汎用の情報ということで、電子ファイル、書類ですとか、P S ショットの画像データとか、そうした補完するような情報を合わせて登録できるということです。救急搬送時の運用の流れですが、救急隊の方は iPad を携帯していただいて、救急車に乗り込んでいく。そして、救急情報の登録者を検索していただいて、登録している方であれば、自宅に到着する前にその方がどのような状態の方か事前に情報を入手することができるという訳です。自宅に到着しましたら必要な処置をして搬送先の調整をされるということですが搬送先が決まりましたら救急隊の方が iPad をボタン操作していただきまして病院の指定をしていただく形を考えています。この操作により搬送先の病院でもその方の情報の確認をすることができる、そのような仕組みを考え

ているところです。現場に向かう救急車内で救急隊員の方が行う iPad の操作の流れです。「シズケア*かけはし」の画面から入っていただきまして、ボタン操作していくと救急のアプリにたどり着く。その中で登録者の検索をしていただいて情報を入手する。そのような流れです。救急情報シートは詳細版と、分量としてはこの半分、一枚分でおさまる簡易版の2種類を用意しておきました。ワークキンググループの話し合いの中で、システムの中に用意をするものとしては、より幅広い項目に対応できるものがよいということで、この詳細版を使っていく予定です。ただし、これも全て入力する必要はございません。システム上、必須項目という最低限の項目、例えば氏名とか、性別とか生年月日は設定をするのですが、それ以外の項目についてどれを必要とするか、ということにつきましては、各市町の方で項目を設定して、実際の運用方法を決めていただければよろしいのかなと考えています。あまり無理して情報を入れるということではなくて、無理のない運用を検討いただきたいと考えているところです。磐田市さんからも特に関心を示していただいたKDBデータの活用についてです。3月、本県の後期高齢者医療広域連合に出向きまして、KDBデータを活用させてくださいというお願い、それから実際どうした場面でどの程度の範囲まで活用が認められるのかという検討の依頼をしました。どのような場面でKDBデータの利用を想定しているかというところ、4つの場面の説明をしました。まず1番の緊急搬送時、2番目に日常のケア。「シズケア*かけはし」の中で、情報共有チームを編成している場合に、そのチーム員がそのデータにアクセスして、その情報を見ることは可能かどうかということになります。3番、4番は北九州市で実際運用しているものです。患者さんの入院先の医療機関におきまして、かかりつけ医の先生や担当のケアマネジャーが分かるようになったら、というところで3番の入退院支援の場面、それから4番として受診、例えば初診時において、初めて来た患者さんの過去の通院歴とか、処方事が事前に分かるというところで、そんな4つの活用をご説明しました。ただ、4につきましては、1、2の稼働を見ながら検討していきたいということになります。4番、情報の登録におけるKDBデータの活用ですが、まず皆様には登録手続きをしていただきます。登録申込書に記載をいただきまして、その方には緊急連絡先などを書いていただく。それにつきましては、データは手入力という形で入力する訳ですが、それ以外のKDBデータに載っている項目につきましては、そのデータを活用していくということを想定しており、これは初期登録に加えまして、月1回程度の更新の場面での活用を考えています。磐田市さんの方から強く要望になった項目です。救急搬送時というのは、個人情報の目的外使用に当たるのではないかとということで、同意のない住民のKDBデータにしても、医療機関が閲覧できないだろうか、そうなったらいいなということで、磐田市さんのご希望をお伝えした訳ですが、広域連合の回答としましては、あくまでKDBデータの開示というのは、同意というものを前提としているということで認められないという回答をいただいたところです。閲覧者の範囲です。すでに運用している北九州市より広い範囲で閲覧を認めてもらおうとしている所もございますので、実際どこまでの範囲の設定が可能かということ、確認をしたいと思っています。ただ、広域連合の基本的な考えとしましては、KDBデータというのは、レセプトデータを開示するということであるのだと。ついては、2つの同意がどうしても必要だと言われました。2つの同意というのは、本人の同意。それからもう一つは、医療機関側の同意。この2つがいるのだという話です。まず一つ目の本人の同意、

これにつきましては、KDBデータの開示を前提とした場合の同意書の様式を示していただけないということで宿題というか、要望がございまして、これについては何とかこちらの方で対応できるのではないかと考えていますが、もう一つの医療機関の同意。これについては、なかなか難しい面もあるのかな、と考えてはいるのですが、まず広域連合からは、国保連のデータの開示。KDBデータというのは、後期高齢者広域連合のデータと国保連データと2つ、2種類ある訳ですが、国保連のデータにつきまして、開示の可否をどういう風に判断しているのか磐田市さんのお考えを確認したいとお話をいただきまして、その部分につきましては、磐田市さんと県医師会、それから広域連合の三者協議を実施しませんかということで提案をいただきましたので、こうした条件を踏まえまして、KDBデータに関しましては、その決定にもう少し時間がかかるのかなという状況です。KDBデータの活用につきましては、まだ分からない所がございまして、どちらの結論になりましても、本会としましては、「救急*かけはし」は動かしていきたいと考えているところです。地域包括ケア、『4つの助ける』と言われております。自助、互助、共助、公助。今度の新しいシステムでは、この4つの『助ける』を実現できるのではないかと考えているところです。まずは住民の皆様から、登録申出書を積極的に提出していただくということで、ここは言ってみれば『自助』の部分ではないかという風に考えています。更に住民の登録、仕掛けるのは市町役場、役所であろうかと思いますが、それに加えて諸々の応援団を形成できたら良いのではないかと。例えば、町内会、自治会、或いは民間企業。民間企業の中にも社会貢献の意識の高い企業がございまして、「シズケア*かけはし」の中に、患者利用者情報共有システムということで、医療・介護の専門職が情報連携する機能があります。このところは、医療介護のサービス提供ということで、『共助』の部分かなという風に考えています。この在宅療養者と病院をつなぐ機能として、「シズケア*かけはし」の中では施設サービス検索機能ということで、こちらの方は退院調整の場面で活用でき、それから、退院カンファレンスは、クラウド会議ということで、ビデオ会議システム機能搭載していますので、そうした機能も活用いただけるのかな、という風に考えています。要配慮者ということで、認知症、生活困窮者の方につきましても、新しいシステムの中では、見守り支援チーム編成機能というものを設けてまして情報共有できるようにします。こちらの方はサービスにつながっていない人、或いは隙間の人ということで、言ってみれば、『公助』の部分についてはこうした機能でカバーができる。それから、その上に「救急*かけはし」のところですが、災害発生時にも活用できるのではないかとこのように考えています。要援護者台帳の補完であるなど、避難生活の支援といった場面で有用ではないか。先日、熱海市の土石流災害がございました。例えばお薬手帳をなくしたというような被災者のかかりつけの先生に聞けば、どんな薬を普段飲んでいいのかわかった訳ですが、例えばもっと大きな規模の災害で、かかりつけ医の先生も被災をされてしまったといった場合、こうした登録された情報の活用ということで、瞬時に普段どういった薬を飲んでいるのかわかるということで、場合によっては災害関連死ということも未然に防ぐということもこの機能によってできるのかなと思います。磐田市さんには是非、こうした「シズケア*かけはし」を地域包括ケアのプラットフォームにした、安心して暮らせるまちづくりということで活用いただきまして全国のモデル的な地域になっていただければいいなということで期待をしておりますが、今後も是非「救急*かけはし」それ以外の新しい機能も含めて積極

的な活用をお願いいたします。

- 会長：KDBデータ、これは何の略で、どこまで情報があるのか教えてください。
- 県医師会事務局：国保とレセプト情報を集約したものです。お薬だとか、その医療機関名ですとか、そうしたものが載っている。
- 会長：確かにお薬手帳をなくされても、その情報があれば、ないものでもすぐに分かって非常に便利な内容ですが、これを手入力されたら、とてもじゃないけどたまらないので、それを自然に流せるようなシステムのスタイルにしたいということですね。
- 県医師会事務局：そうです。
- 会長：まずKDBデータをまだ利用できるかわからないにしても、基本情報を入れるということで、救急情報シートというのがあるのですが、これは誰が入力するか、それから対象をどこまで拾えるか、在宅患者は何歳以上の高齢者にするとか。
- 県医師会事務局：全国的にこの手の情報につきましては、65歳以上の高齢者を対象としているところが多いです。ただ、それを65歳と限定してもいいし、もっと下まで広げてもいいし、それは運用する市町ごとの判断でお決めいただければよろしいかと思っています。
- 会長：入力は。
- 県医師会事務局：入力につきましては、「シズケア*かけはし」の登録施設、磐田市内でもかなり多くの施設、事業所がご登録いただいているのですが、そちらの方で登録申出書を受け付けて、登録をすることができるというような仕組みにしていきたいと思います。ただ、磐田市さんのお考えとして、そうした登録施設の方にデータの入力をお願いするのか、或いは地域包括支援センターのような公的機関でデータ入力をやっていくのか、市のお考えで決めていただければいいかなと思っています。
- 会長：救急隊は情報が入っていると、iPadで検索すれば情報がわかるという状況ですが、QRコードがあるのだけ何ですか。
- システム担当者：「救急*かけはし」の機能の中から、救急情報シートを印刷することができます。救急情報シートを印刷しますと、QRコードも合わせて印刷がされます。「救急*かけはし」に対応した救急情報シートを筒の中に入れておいていただくことによって、救急隊員の方が到着されて、そのQRコードを読み込むことによって、その対象者を検索することなく、瞬時に画面に表示すると共に、シートを印刷した時の情報と、現在の最新な情報との差が色分けして表示ができるということになっています。
- 会長：「シズケア*かけはし」を使って在宅医療を受けるときに、もっと詳しいデータがあるのですが、それも見られるようになるのでしょうか。
- システム担当者：救急隊員は、「救急*かけはし」のiPadから参照することになりますが、見られる情報は基本情報と、こちらの救急情報の対応ということになりまして、普段先生方がチームを組んで、やり取りされている情報までは見られないということになります。
- 会長：はい、わかりました。他にご意見、ご質問ありますでしょうか。うまくICTを使って、しっぺいプロジェクトの問題になった情報の伝達が上手くいけば、確かにいい取り組みだと思いますので、やっていくという方向でよろしいでしょうか。良い方は丸を。はい、ありがとうございます。
- 会長：続きまして、実証実験について高齢者支援課から説明をお願いします。
- 事務局：実証実験については、2回に分けて行う予定です。1回目は小規模で行い、2回

目は皆様からのご意見等も踏まえて、対象範囲や人数を決定し、ご協力いただきたいところには、個々に改めてご相談させていただく予定です。北九州市の取組を参考にKDBデータを用いた実証実験を行うとお伝えし、皆様の期待も大きかったですが、先ほどご説明のあった状況ですので、KDBはとりあえず一旦切り離したいと考えています。同意を取るにしても、登録を考えている高齢の人にまずレセプトについて理解してもらうところから始めるということになりますと、同意書を取っていただく人たちのご負担になり、また、同意に手間取ってしまうことで、登録者が思うように増えていかないのではないかと、といったことも考えられると思います。県の補助金も入った事業ですので、市民にしっかりと還元できるようにするには、より多くの方が登録しやすい仕組みにすることと、そのためには登録する情報も、本当に必要なものだけに絞っていくなど、登録を希望する人もシステムを運用する人たちにとっても、あまり手間のかからない分かりやすいシステムにしていくことが大切と考えています。救急の際は、緊急連絡先と薬の情報が必要とされていて、救急医療情報キットでは、その情報の更新が課題となっています。本日は、「紙で運用している救急情報キットのICT化」という原点に立ち戻っていただきまして、ご意見を頂けたらと考えています。

- 会長：何かご意見ございませんでしょうか。やっぱり薬剤とか病名があると便利なので、スマホでお薬手帳の写真撮ると、それがそのままフォーマットに張り付くみたいな、そんなシステムがあると少し便利かなと、こういう意見としていきたいと思います。
- システム担当者：「救急*かけはし」で考えている機能の中に、調剤明細書のQRコードを読み取って、この「救急*かけはし」の調剤情報というところに自動的に登録できるよという機能を2回目の実証実験のころ、11月以降にはその機能を足していきたいと考えています。ですので、是非薬局の先生方にその辺りご協力いただけますと、薬の情報が豊富になっていくと思っています。
- 会長：細かい情報を施設で入力させるのは、特に医療機関、すごく反発するように思えるのですが、何かいい方法があれば、出していきたいと思います。
- 会長：続きまして、報告事項のDNARのフローについて、お願いします。
- 委員：消防本部警防課の北谷と申します。室長の池田に代わりまして報告をします。ACP、DNARという言葉が時折出てくるので、最初にご説明をします。ACPとは、生前、医療やケアについて、患者を主体にその家族や医療、ケアのチームが繰り返し話を行いまして、患者の意思決定を支援するプロセスのことで、日本語では人生会議とも言われています。DNARについては、心肺停止状態の傷病者に対して、本人若しくは、家族の意思により蘇生行為を行わないこと、と定義付けされています。この取組の背景についてですが、人生の最終段階にある傷病者が、心肺蘇生を希望しない意思表示をしていた場合、119番通報がされないことが望ましいですが、動揺した家族が通報してしまっ、て、出動した救急隊に対して蘇生行為を中止するよう伝えられる事例が発生しています。その際、救急隊は傷病者の救命を優先するか、あるいは傷病者の意思に沿って蘇生行為を中止するかの判断を迫られるのですが、この場合、明確な基準が存在していませんでした。このような事例が全国的に増えておりまして、これに対する体制整備が、救急業務の大きな課題とされてきました。ACPは揺れ動くものとも言われていますので、いざその場を迎えた家族が、事前の話し合いの内容を撤回することは、やむを得ないことでもあるのですが、現場

についた救急隊は、119 番通報があった以上、救命を最優先して活動します。D N A R のことを思い出して、駆け付けた救急隊に伝えたものの、蘇生中断に至るまでの十分な判断材料が揃わなかった結果、判断に迷ってしまって、傷病者本人の望まない状況になることがあります。このようなことから、新たな体制を構築するということではなく、傷病者が望んでいた体制に戻す取組の一環として、国や学会、地域のMC（メディカルコントロール）協議会が動き出した背景があります。心肺蘇生を望まない意思表示があった場合、一定の要件を確認し、かかりつけの医師等に連絡をさせていただいて、医師の指示で蘇生行為を中止しまして、かかりつけの医師やそのご家族に引き継ぐという流れがこの取組の目指すところですが、既に東京消防庁は令和元年12月より運用を開始しています。その他、広島市消防局などの大都市を管轄する消防本部が順次運用を開始しています。一方県内ですが、静岡市消防局が本年7月から運用を開始しています。ここ中東遠地域ですが、令和元年より本格的に協議を開始しまして、本年6月の協議会において基本的活動方針が承認されたところです。中東遠地域における、心肺蘇生を望まない傷病者への対応について具体的に説明しますが、その前に蘇生行為中止の同意書と指示書、この2つがちょっと混乱しやすいところですので、まず簡単に説明させてください。心肺蘇生等に関する医師の指示書は、A C P を文書化したものの一つと言えるもので、あらかじめ患者さん、あるいはその代諾者、かかりつけの医師が合意して作成する、心肺蘇生を望まない意思表示を示した書面になります。ですので、患者さんやそのご家族が所持している文書となります。中東遠メディカルコントロール協議会の担当者レベルの会議の中でも、まず指示書から統一したらいいのではないかと議論になりましたが、新たに指示書を統一するところからスタートしますと、現に作成されている指示書、新旧の指示書が混在してしまって、混乱を招く恐れがあるため現時点では統一は図らず、将来的にという結論に至りました。しかし、この取組の核となる書面でもあり、現段階で関係機関から、書式を統一すべきとのご意見もいただいていますので、検討課題とさせていただいております。蘇生行為中止の同意書ですが、救急隊が出動し、現場で心肺蘇生を希望しない意思が示され、かかりつけの医師と連絡が取れて、医師の指示で蘇生行為を中止することとなった場合に使用する書類となります。蘇生行為を中止するというは大変重い行為でありますから、後々のトラブルを避ける意味で、蘇生行為を中止することを、救急隊、医師、代諾者の3者で同意、確認を行います。3枚複写となっておりますので、三者それぞれで保管、保有する書類となります。この書式につきましては、概ねこれで完成となります。最後に、人生の最終段階にあり心肺蘇生等を希望しない意思を示した心肺停止事例に対する救急隊の標準的活動プロトコル案の説明となります。救急隊がこのフローチャートに基づいて活動する訳ですが、大変細かな表記となっていて複雑なものです。このフローチャートを作成するにあたっては、日本臨床救急医学会や、先行して取り組んでいる地域の活動フローチャートを参考にして作成しました。あくまでも案であり、ある程度この中東遠地域で完成したものをお示しできれば良かったですが、現状そこまでは至っておりません。今ある案でご説明をします。前提としてA C P が行われている、話し合いが行われている成人の心肺停止を原則としています。A C P が行われていない場合は、このフローチャートの対象とはなりません。例えば未成年でしたり、心肺停止に至っていない方も対象とはなりません。大まかな流れとしては、119番があった以上、救急隊は通常の活動として取り掛かります。ですので、

かかりつけの医師等から具体的に中止の指示があるまでは、確認作業を続けながら心肺蘇生を継続します。大きな流れで申し訳ないのですが、患者の意思表示がはっきりと確認できない場合ですとか、外因的な要素、例えば本来想定していた最後ではない、窒息、外傷、交通事故等で心肺停止になってしまったような場合は、通常的心肺蘇生を継続するという流れとなります。また、医師の指示がない、出なかった場合も、心肺蘇生を継続します。2つ目としまして、指示書等で心肺蘇生を希望しない意思表示の確認ができ、不慮の事故や窒息等の外因的な要素が疑われず、かかりつけの医師の指示で蘇生行為を中止し、自宅等で看取る場合です。この場合、かかりつけの医師に引き継いだり、かかりつけの医師がすぐに現場に来られないというような場合は、家族等に引き継ぎます。救急隊は不搬送として、その場に来ていただいた方に引き継ぐというのが二つ目の大きな流れとなっています。3つめの大きな流れとしましては、確認作業を進めたところ、かかりつけ医師と連絡がつかなかった場合、救急隊も困ってしまいますので、基幹病院であります磐田市立総合病院さんの救急ホットラインを持つ医師に連絡をさせてもらって、そこで判断を仰ぐという形です。ただし、この部分はいろいろなご意見が出ている部分でありまして、必ず基幹病院へ搬送できるのかという点について、すり合わせ作業をしている最中ですので、現時点においては、はっきりとした答えが言えない状況です。他院の状況で大変恐縮なのですが、中東遠総合医療センターさんでは、大分この話し合いが基幹病院として進んでいるようでして、既に具体的な指示書ですとか、基幹病院から支援病院に転院される方に対しては、こういったところの説明がなされ連携しているとの情報もあります。そういった意味で、基幹病院がバックアップする流れを設けているところです。以上、この3つが大きな流れとなります。あくまでも、患者さんの意思を尊重するための取組でありまして、目指すところとしては2番の流れの、意思表示を確認した上で、かかりつけ医師とも連絡が取れて、かかりつけの医師もしくは家族に引き継ぐ形です。様々なパターンがありますので、このフローチャートを原則にしながら、現場の救急隊は臨機応変に対応する必要があると考えているところです。今後の予定についてですが、プロトコルが策定でき次第、試験運用に入りたい訳ですが、中東遠地域の中でも、地域の特性があって、なかなか統一したプロトコルの策定ができないような状況にあり、現在、すり合わせの作業を行っている段階です。試験運用が始まれば、その段階から事後検証を行います。ここで出た意見を元に、関係機関と調整を図りながら、必要に応じて改善、改訂を図る予定です。また市民に広く周知した上で、本格運用という形を目指しているところです。

- 会長：何か質問があるでしょうか。まずこの心肺蘇生の中止を始めるには、D N A Rを取っていないと始まらないので。特別養護老人ホームはどうですか。入所者全員にD N A Rみたいなものを取っているのですか。
- 委員：入所時にリビングウィルを全員取らせていただいています。やはり状況が変わってくるので、ここ最近、担当者会議であるとか、状態が変わる時に必要な形を取っているので、基本的には普通の場合にはD N A Rを含めて、確認してあると思います。
- 副会長：磐田病院ですが、このフローは、消防から何回か見せていただいて私たちの意見も述べさせていただいたのですが、このフローの中のオンラインMCっていうのは、いわゆる当直医なのですよね。いわゆる磐田病院のホットラインの救急からの連絡を受ける医者なのですけど、磐田病院には受ける医者には、臨床救急学会の指針をよく理解できている

救急医の場合と、土日平日の夜間日直で担当している医者とは2種類がこの場面に想定するので、どちらの立場の医師にも上手く対応できるフローであってほしいなと思いますので、基本的にはDNARが取れている人であることは、指示書があり同意書があればご自宅での看取りの方向にいて救急搬送されない、不要な心肺蘇生がされない。これからの大事なことですけど、なかなかそういうところまでおそらくその一般の人の中にはACPすら知らない人もいますので、そういった人たちも対応できるフローであることで、今そういう理解できない場合には通常心肺蘇生をした救急搬送をするっていうフローも残していただかないとこのフローは上手くいかないかな、と思っています。基本的には病院として何とかこのフローで、救急科の医者も、救急科ではない当直を担当する医者の両方に説明できるようにしたいと思っています。

○会長：ありがとうございます。その他報告事項ないですか。

○県医師会事務局：先ほど、救急医療シートをお話ししましたが、そこには、かかりつけ医の先生の情報を入れる欄がありますし、あと、本人の意向ということで、DNAR、本人の意思、についても記載する欄を設けています。更に心肺蘇生等に関する医師の指示書っていうのをいただいたのですが、例えばこういう物をPDFデータにして、「救急*かけはし」に情報登録しておけば、いざという治療の時にこういう書類がパッと出てこないことがあるかもしれませんが、そういうものをあらかじめデータ登録しておく。そんな運用が考えられるのではないかな、と思ひます。もしよろしければプロトコルの検討等合わせて、「救急*かけはし」の活用もご検討いただければ、と思ひます。

○会長：正にタイムリーな感じでアドバイスありがとうございました。

○副会長：かかりつけの先生と書面を作った、まあそこは大事な所ですけれど、そのことを全く関係のないその日の当直医が、かかりつけ医との間に同意書があったら心肺蘇生を止めていいかっていう、要するにオンラインのそういうホットラインが、磐田病院のその日の当直医にかかってくる訳ですよ。かかりつけ医が連絡つかない場合、かかりつけ医に代わって当直医は、そんな指示は到底出せられないっていうのがうちの医者の意見なのです。なので、そこの所はかかりつけの先生が連絡つかないのだったら、うちの医者としては心肺蘇生して普通に救急活動してほしい。ただ、うちの救急科の医者はそのことをよく理解しているので、これを理解している医者は、「どうぞ心肺蘇生を停止してください」っていう医者とは二組います。そこら辺の医者同士が納得するものでないと難しいです。

○会長：はい、ありがとうございます。以上で、今日の議題は終了となります。

○課長：委員の皆様には事務連絡をします。実証実験終了後、その報告と今後のことについて、今年度2回目の協議会を開催したいと考えています。時期は、来年2月か3月になろうかと思ひます。改めて、日程調整をさせていただきますので、よろしくお願ひいたします。また、今後、お気付きになられたことがありましたら、メールや電話など、どんな形でも構いませんので、高齢者支援課にお知らせください。いただいたご意見を基に、個々にお話をお伺ひすることもあるかと思ひますが、ご協力の程、よろしくお願ひいたします。それでは、以上をもちまして、令和3年度第1回磐田市在宅医療介護連携推進協議会を閉会いたします。