

■在宅医療懇話会（R5.11月）等での意見聴取

◀既存の取組がある圏域▶

- 豊能：豊能地域救急MC協議会でACPに基づいた救急現場での心肺蘇生等のあり方に関する対応検討ワーキングを立ち上げ、検討中（3回開催）
- 北河内：枚方寝屋川消防組合において具体的なガイドライン（フローチャート、同意書等）を作成、在宅医療懇話会にて報告・意見聴取
北河内地域救急MC協議会にて報告・意見聴取・承認⇒その後、モデル地区（枚方市、寝屋川市）において周知・検証予定
- 泉州：南泉州地区病病連携協議会、泉州南消防組合、在宅医療懇話会（泉佐野保健所）で3者一体型「医療・ケアに関する情報共有シート」を作成
泉州南消防と泉佐野保健所が一緒になって管内高齢者施設（98施設）を訪問し、シートの利用について個別に説明し、随時運用開始
- 堺市：事案に応じてDNAR時は心肺蘇生の中止・不搬送とする運用を実施（ただし、明確なプロトコル等はなし） ※懇話会以外でヒアリング
- 大阪市：事案に応じて心肺蘇生の中止・不搬送とする運用を実施 ※懇話会以外でヒアリング

◀各圏域からの主な意見▶

項目	主な意見
①かかりつけ医等が意思を確認する場合の課題	<ul style="list-style-type: none"> ○人生会議が認知されていない（特に介護職や、訪看STの一部）、救急要請＝心肺蘇生となることに対する住民の認知が必要 ○救急情報シートもACP同様、何度も繰り返し行えるものとする、最新のものを維持・管理するのが難しい ○実施するタイミングが難しい、内容もセンシティブであり聞きづらい。急変してからのACP等の実施はさらにハードルが高い ○ACPを行っていたとしても、急変時に家族がパニックになり、救急要請することがある。独居老人などは、近所の人が要請してしまう ○福祉施設において、ACP（DNARを含む）を実施しても、施設内での共有・連携が出来ておらず、急変時に対応する者が決まっていない ○施設によっては、非常勤の嘱託医しか居らず、患者の対応が十分にできない
②かかりつけ医がこの取組を消防と連携し実施する場合の課題（かかりつけ医の連絡必須）	<ul style="list-style-type: none"> ○救急要請を受ければ、心肺蘇生を中止することは困難 ○かかりつけ医と救急で24時間連絡とれる体制が出来ていない
③病院の立場からの課題	<ul style="list-style-type: none"> ○情報シートの内容について、いつが最新なのかの判断ができない（1カ月前なら有効なのか、3カ月前なら無効なのかなど） ○人生会議（ACP）に取組む時間が得られない
④その他	<ul style="list-style-type: none"> ○意思表示は共通様式の方が分かりやすいが、先行して取組んでいる地域の取組を考慮する必要がある ○在宅で対応する場合はACPを実施し、24時間かかりつけ医が対応できる体制となっている。 ○ACP実施し、心肺蘇生等の意思確認できている場合は、家族に対し、救急要請はせず、訪問看護師に連絡するよう調整 ※とりわけ、ガン末期等の終末期患者については、この運用がなされているとの意見が複数圏域であった ○望まない救急搬送の発生要因の解明が必要 ○連携の拠点を中心に在宅医療以外（高齢者施設等）でも進めていくべき

◀今後の取組方針▶

- ①日頃からのACPの周知啓発（認知度の向上） ②ACPの実践を支援する専門人材の育成⇒既存の取組を含め継続的に実施
- 在宅患者に対しては、引き続き、看取り対応可能な医療機関・訪看STを充実させる
- 本人の意思に沿わない救急要請を防ぐための取組み⇒先行事例の情報収集及び関係機関への働きかけ
- 人生会議（ACP）を踏まえた心肺蘇生を望まない心肺停止患者への救急隊の活動を救対審、高度化部会（プロトコル（案）提示予定）等で検討予定
- 救急隊が本人の意思を尊重した対応（心肺蘇生の中断等）ができるよう、初期対応基本プロトコルの改正、または新たなプロトコルの策定予定
- 各消防本部（消防長会など）の意見聴取予定（救急関係の地域の会議体（MC協議会・救急懇話会）でも、府の動きについて情報提供）