第39回 大阪の医療と福祉を考える公開討論会

「最期に『のぞむ』 一救急医療の現場から一|

第39回 大阪の医療と福祉を考える公開討論会

この記事は、平成29年10月14日に開催された「第39回大阪の医療と福祉を考える公開討論会」の模様をまとめたものです。



上田崇順・毎日放送アナウンサー

○司会(上田崇順・毎日放送アナウンサー)

本日は第39回大阪の医療と福祉を考える公開討論会にご来場下さいまして誠にありがとうございます。この公開討論会は、大阪府医師会の主催、毎日新聞社・毎日放送・大阪府地域医療推進協議会の後援で開催いたします。

公開討論会に先立ち、主催者の大阪府医師 会長の茂松茂人より、ごあいさつ申し上げま す。

○茂松 これから高齢化の進展とともに、「多死社会」を迎えます。医療者は救命を第一に考えますが、同時に「尊厳ある人生」も考慮する必要があります。すべての人間の生命には限りがあるからこそ、「人生の最終段階」をしっかりと考えておかなければなりません。

9月に厚生労働省が公表した「医療費の動向」では、14年ぶりに医療費の伸びがマイナスとなりました。これは高額医薬品の引き下げが大きな要因であり、更なる高齢化や医療技術の進歩などを鑑みると、今後も医療費が低下することは考えにくいのが現状です。国



茂松茂人・大阪府医師会長

は地域医療構想や地域包括ケアを提示し、医療費抑制につなげようと企図していますが、

「人生の最終段階」における医療を経済的な 観点から論じられることが懸念されます。医 師会では、府民の皆さんが住み慣れた地域で 健康に、安心・安全に暮らせるよう活動を続 けています。今後も大阪府医師会の活動に支 援・協力をお願いいたします。

○司会 本日のパネリストは関西医科大学 救急医学科教授・高度救命救急センター長の 鍬方安行さん(大阪府医師会理事)と毎日放 送・高井美紀アナウンサー、コメンテーター は府医副会長(救急災害医療担当)の加納康 至さんです。よろしくお願いいたします。は じめに加納さんに、救急医療体制について簡 単に説明していただきます。

はじめに

○加納 患者さんの症状によって、「1次 救急医療機関」(軽症の方)、「2次救急医療 機関」(中等症の方)、「3次救急医療機関」 (重症の方) ──におおまかに分類されま



加納康至・大阪府医師会副会長

す。 9割以上は軽症・中等症の症状ですが、 3次救急医療機関には集中治療室での治療が 必要な患者さんが搬送されます。このうち、 厚生労働省が定める要件をクリアした病院が 「救命救急センター」と呼ばれ、大阪府に16 カ所あり、特に高度な診療機能を提供する 「高度救命救急センター」が府内に3カ所ご ざいます。

事例から検討~①18歳男性のケース

○司会 今回は、重篤な患者の方に対応する3次救急医療機関の現場で遭遇する2つの架空事例を皆さんに紹介しながら考えてまいります。

18歳男性のケースです。遊泳中に姿が見えなくなり、ライフセーバーが水面の下に沈んでいるところを発見しました。救助された時には心肺停止状態で、蘇生処置を受けながら救命救急センターに搬送されました。搬送後、発見から40分後に心臓が動き始めましたが、意識不明のまま集中治療室で治療を受けることになります。自発呼吸ができず、機械

の装着により人工的な呼吸が続けられています。血圧の低下が度々あり、血液の巡りが不安定になるので、昇圧剤(血圧を上げる薬)を必要とする状態が続いています。



高井美紀・毎日放送アナウンサー

○高井 私には17歳の娘がいます。「行ってらっしゃい」と明るく送り出したのに、突然、このような連絡があったら、相当気が動転するでしょうし、想像すらできないくらいです。治療にあたりながら、ご家族にどのような説明をされるのですか。

○鍬方 客観的に患者さんが今どのような 状態か、できるだけ分かりやすく説明しま す。「泳いでいる時におぼれ、いったん心臓 や呼吸が止まってしまった状態で、蘇生処置 を受けながら搬送されました。病院到着後に 心臓は動き出しましたが、一定の時間、心臓 や呼吸が止まっていたため、脳に血液が行っ ていません。脳というのは、血液が来なくな って酸素を受け取れなくなると、体の中で最 も短い時間で決定的な障害を起こしますの で、脳が非常に大きなダメージを受けていま す」とお伝えします。その上で、「脳に大き なダメージが起こり、意識不明の状態であ



鍬方安行・大阪府医師会理事

る」「治療しているが、自発呼吸ができないため人工呼吸器を使用している」「血圧を維持するための薬を持続的に使っている」――と説明します。あわせて、CTスキャンの画像をご覧いただき、脳にも見て分かるような変化が表れているとお話しします。

○高井 事態が事態ですから、冷静に受け 止めることは難しいですよね。

○**鍬方** 多くの場合、努めて冷静に聞かれようとしますが、「急変」という形で搬送された方のご家族の動揺が激しいことは十分に認識しています。こちらもすべてが伝わっているわけではないと理解していますが、「どういう状態にあるか」「今、何をしているか」をできるだけ客観的に説明します。ただし、今後については患者さんの経過を見ないと分かりませんので、あまり詳しくはお話ししません。

1~2日目の経過とご家族への対応

○**司会** 経過を見ていきます。1日目で す。瞳孔が縮小し、自発呼吸が確認されまし たが、依然として意識はありません。また、 意識とは無関係に起きる動きが見られまし た。

死亡時に、医師が患者さんの瞳に ○鍬方 ライトを当てているのをドラマなどでご覧に なったことがあると思います。脳に全く血液 が行かなくなると瞳が開きます。このケース でも、蘇生する前の瞳は開いていましたが、 治療により心臓が再び動き始め、脳に血液が 行くようになりました。瞳がもう一度縮むよ うになれば、意識は戻っていないものの、脳 の基本的な機能は一部回復している手がかり になります。また、意識とは関係のない動き のことを「不随意運動」と言います。こうし た動きが出るのは、実はあまりいい兆候では ありません。意識とは関係がない不規則な動 きが見られた時は、一定程度脳のダメージが 表れているのではないかと考えます。この時 点では、複雑な機能は回復していないが、瞳 が縮んできたので一定程度の機能は戻るかも しれない――という状況です。

○**高井** 素人目では「自分で体を動かした」と思いがちですが、実はそうではない動きの可能性があるということですね。

○司会 2日目になると、昇圧剤がなくても血圧が安定してきました。気道の確保は必要ですが、ご自身の呼吸を維持できるようになります。

○**鍬方** 自発呼吸が安定することは、瞳孔の縮小とともにいい兆候です。ただし、意識は全く回復していませんし、この段階では脳のダメージが進み、命の危険がある可能性も残されています。いい知らせがある一方、リスクも完全には否定できないと説明します。

○司会 このような段階では、集中治療室

での面会に制限があると聞きますが、ご家族 の不安も募ってきています。

○鍬方 2日目になりますと、ご家族は「非常に重篤な状態」であることを、受け入れられなくても状況を十分に理解されます。ご家族が面会されている間は、我々は介入するのを遠慮します。集中治療室には24時間体制で医師や看護師が詰めていて、観察や治療が継続しています。その点を十分ご理解いただいた上で、面会時間を1日3回程度設けています。まだまだ治療の手を緩めることはできない状態であるため、「この間は、私どもが中心になって患者さんのそばにいさせてほしい」と申し上げます。

5日目:ご家族で様々な受け止め方 ----「治療の差し控え」について

○**司会** 5日が経ちました。自発呼吸は安 定していますが、血圧が不安定で、不整脈の ような症状が確認されることもあります。

○**鍬方** 脳の機能や自律神経の機能は不安定で、様々な症状が起こります。時折、脈が極端に遅くなるなどの状態が見られることもあります。医療側としては、全体的にみて予想していた経過であれば、適切に対処しながら治療を継続します。

○司会 遠方から患者さんのお兄さんが到着されました。お母さんは、徹底的に治療してほしいと望んでおられますが、お父さんとお兄さんは、強い脳障害が起こることは避けられないと理解し、「治療を差し控えるというようなことは可能か」と問います。

○鍬方 お母さんは一縷の望みをかけておられるのでしょうし、お父さんは違った視点

で見られるかもしれません。また、ご両親は ご存じなくても兄弟だけで話していたことも あるでしょう。家族といえども、患者さんと 過ごされた時間には異なるところもあり、意見が分かれることはあります。こうした場合、ご家族でキーになる方を決めていただきます。治療を遂行する上で、医療側とご家族との意思統一は非常に重要です。ご家族で十分に話し合い、まとめていただいた意見と医療側の見解をすり合わせていく――特に、こうした急病で重篤な状態では一般的な形となっています。

この中で一番の問題は、「治療の差し控え」です。(1)をご参照ください。約30年前、末期に近い患者さんに対し、担当医が人工的に薬剤を投入して死期を早めた事件があり、社会的な問題になりました。日本医師会は「積極的安楽死」に加担すべきでないとの態度を明確にしています。この判決では、「耐えがたい苦痛があって、それが除去できない状況では、患者さんの意思に従っていわゆる積極的安楽死もあるかもしれない」との条件が司法の場で示されたのですが、日医の考えは、「我が国の現状では、適切な鎮痛剤や鎮静剤の使用で、制御できないような苦しみは最終的にはないであろう。積極的安楽死は必要ない」であるとご理解ください。

(1)

日本医師会『医師の職業倫理指針』

最近の緩和医療の発達を考慮するならば、肉体的苦痛を除去するためにあえて(積極的)安楽死を行う必要がある場合は考えにくい。

法律家のなかにも(積極的)安楽死を合法とする見解は少数である。また、倫理的には医師は(積極的)安楽死に荷担すべきではない。

また、日本救急医学会・日本集中治療医学 会・日本循環器学会の合同見解は(2)のとおり です。がんの末期などにより次第に衰弱され ていく過程で「尊厳ある終末を迎えたい」と 意思表明されているケースではなく、急病や 事故などで患者さんが集中治療を必要とする 状態を想定しています。いったん治療が開始 された後、どういう条件で治療の差し控え、 あるいは中止が考えられるかについて、4項 目で提示しています。1)は、一般的に「脳 死」と言われる状態です。検査・診断によ り、医学的には全脳機能不全であることがほ ぼ間違いないと証明された状態です。2) は、人工的な装置によって脳の機能が保たれ ているが、生命維持に必須である臓器の機能 不全が避けられず、代替医療もない場合で す。3)は、医療現場で多く遭遇するケース です。ある病気で集中治療を受けていても、 経過とともに次々と不具合が起こることがあ ります。「多臓器不全」と言いますが、命を 支えるための機能が次から次に悪くなり、懸

(2)

日本救急医学会・日本集中治療医学会・ 日本循環器学会の合同見解

突然発症した重篤な疾病や不慮の事故などに対して 適切な医療の継続にもかかわらず死が間近に迫って いる状態で、救急医療の現場で以下のいずれかのよ うな状況を指す。

- 1) 不可逆的な全脳機能不全(脳死診断後や脳血流 停止の確認後なども含む) と診断された場合
- 2) 生命が新たに開始された人工的な装置に依存し、生命維持に必須な臓器の機能不全が不可逆的であり、移植などの代替手段もない場合
- 3) その時点で行われている治療に加えて、更に行うべき治療方法がなく、現状の治療を継続しても数日以内に死亡することが予測される場合
- 4) 悪性疾患や回復不可能な疾病の末期であること が、積極的な治療の開始後に判明した場合

命に対処するものの手だてがなく、治療を継続しても数日以内に亡くなることが予測される場合です。 4) については、救急搬送により積極的な治療を始めた後に、がんや回復不可能な疾病の末期であることが判明した場合です。

40日目:遷延性意識障害で転院

○司会 更に経過を追います。7日目になると血圧は徐々に安定してきましたが、意識は回復していません。CTを撮影しますと、大脳に広範囲なダメージがあることが明らかになりましたが、生命の維持と関係する脳幹の変化は少なく、このままの状態がしばらく安定的に続くことが分かりました。患者さんの「命の兆候」が安定したことは共通の理解となった段階です。2週間後にはご家族の承諾の下、気管切開術を行い、40日目、「遷延性意識障害」のまま転院されます。

○**鍬方** 呼吸される力は十分にあっても、 意識がないと舌の根が落ち込み窒息してしまいます。気管に管を直接入れる処置を行う と、あまり負担がなく、ご自分でその管を通 して息ができるようになり、安定的に呼吸を 維持します。遷延性意識障害とは、意識は戻 らないものの、心臓や呼吸はしっかりしてい る状況とご理解ください。

○司会 このケースでは意識は回復していませんが、命は助かりました。事故発生から 1週間の時点でご家族の捉え方が異なること はありましたが、危険を脱したことで、呼吸 管理のための気管切開を行い、転院されることになりました。

○鍬方 今後は療養に入られます。脳の回

復については、実際に経過を見てみなければ 分かりません。このケースでは、ライフセー バーが蘇生処置をしていました。そこに救急 車が到着し、救急救命士が蘇生処置を行い、 病院まで搬送されました。蘇生処置では、人 工的に血液を体全体に送り出したり、酸素を 取り入れたりするような処置もします。心停 止時間が40分あったとしても、心臓がまた動 いたということは、その間全く血液が循環し ていなかったのではなく、「蘇生処置が続け られたから脳も回復する可能性があるかもし れない」と考え、現状では必ず蘇生処置をし ます。

○司会 どの程度酸素が行かないと脳にダメージが出てきてしまうのですか。

蘇生処置の重要性

○**鍬方** 脳に酸素を運ぶのは血液です。血液の中に酸素が含まれ、それが脳に来ますから、血液が止まると、基本的には5分で一定程度の障害は決定付けられます。心臓が止まっても肺に空気が残っており、そこに酸素があります。肺にある血液を胸骨圧迫で押し出すだけで、脳には一定程度の血液、酸素が行きます。5分間全く血液が来ていない状況とでは雲泥の差がありますから、蘇生術が非常に重要なのです。

○司会 動いていない心臓を動かそうとしているイメージだったのですが。

○**鍬方** 胸骨圧迫の一番の目的は、酸素をいっぱい持った血液を少しでも脳に送り届けることです。ぜひAED講習を受けていただきたいと思います。

○**高井** 私も講習しましたが、想像以上に

強い力で押さなければならないことが分かりました。講習会も色々と実施されていますので、受講をお勧めします。AEDを含めた蘇生処置で誰かを助けることができるかもしれません。

事例から検討~285歳男性。 搬送後の経過は①と同様

○司会 続いての事例を紹介します。85歳 男性のケースです。身体能力が全般的に低下 し、要介護4で介助が必要なため、高齢者施 設に入所中です。ある日、体調不良を訴えら れ、そのまま意識を失いました。施設の職員 が救急車を呼び、そして救急隊による蘇生処 置が行われ、救命救急センターに搬送されま した。搬送に至る原因と患者さんの背景は異 なりますが、その後の経過は最初の事例と同 じです。

○**高井** この患者さんの場合、救急搬送された後にどのような経過をたどるのでしょうか。

○鍬方 基本的には最初に提示した18歳男性の事例と同じ経過をたどられると思います。ただし、経過中に思わぬ肺炎を併発されるなど、若い方に比べて様々な合併症が起こりやすいと言えます。杓子定規なことを申し上げますが、集中治療が始まったという条件では、先程お示しした「合同見解」の4条件、特に最初の3つは変わりません。救急車を要請し、治療、蘇生をして集中治療が始まった段階では、「延命しない」「延命のための処置を受けたくない」との意見があったとしても、治療の方針を変更するには4条件が必要です。患者さんの背景については、客観的

にかかりつけ医に確認しなければなりませんが、もともと回復が非常に難しく、その病気の末期であるということであれば4つ目に合致するかもしれません。基本的には若い方と対処の仕方は変わらないです。

○高井 ご本人が意識を失っていらっしゃる以上、意思確認はできないですね。

○**鍬方** この場合ではその確認がなく、蘇生をして心臓が動き出して集中治療が始まったわけですから、その後の方針は、基本的には先にお示しした見解に従います。

○高井 85歳ですと持病をお持ちの方も多いと思います。

高齢者の救急搬送が増加

○**鍬方** 最初の事例では、若い方は遷延性 意識障害という状態で転院されました。障害 を残しても意思の疎通が可能になるのと同じ ようなレベルであったとしても、ご高齢であ れば更に障害が加わることも考えらえます。 私が医師になった当時、集中治療室や救命救 急センターにおられる患者さんの年齢のピー クは20代と40代でした。かつては交通事故や 労働災害などで大けがをされた方が中心でし たが、現在では急病の方も幅広く受け入れて おり、約10年前からは私どもの救命救急セン ターでも70代の方がピークです。

○司会 加納さん、高齢の方が搬送される ケースが増えているのでしょうか。

○加納 消防庁が発表している「平成28年度版救急救助の現況」によりますと、27年中に救急車で搬送された方の人数は547万8,000人でした。このうち65歳以上の高齢者は310万4,000人で、全体の約57%でした。その20

年前のデータでは、搬送者数は230万人以上 少ない316万4,000人、そのうち、高齢者の占 める割合は32%でした。高齢者の救急搬送が 増加しているとのご指摘は正しく、超高齢社 会を反映した結果となっています。交通事故 による救急車の出動は減少していますが、急 病やけがによる出動は増加しています。最近 は、施設に入所されている高齢者の方も多 く、施設から救急搬送されるケースが増え、 新たな問題も生じています。一方、18歳以上 65歳未満の方が救急搬送されるケースは191 万人で全体の35%です。全体の搬送数のうち 約1割は重症か、その後亡くなられていま す。今回はいずれも仮想の事例ですが、この ような事態は誰にでも起こり得ることを忘れ ないでいただきたいと思います。

○**高井** 施設から救急搬送されるケースが増えている中での新たな問題について、具体的にお教えください。

○加納 延命治療を望んでいない高齢者の 搬送があります。いったん治療が開始される と、治療の差し控えは難しく、自宅などで静 かにお亡くなりになりたい、施設で看取って ほしいなどの希望がかなわなくなる可能性が 現実にあります。自宅での最期を希望され、 ご家族も理解されていても、容態が急変し、 慌ててご家族が救急搬送を要請され、患者さ んのご意思とは違う濃厚な治療が行われるケ ースなどです。ご家族の気持ちも分かります が、救急医療の現場が疲弊する要因ともなり かねません。

○**鍬方** 救急隊員は救急搬送を要請されれば救助するのが役目です。「救急救命士」という制度もあり、彼らは蘇生処置を病院前の現場で行うことが法律で認められています。

当然、そのために出動するのであり、それ以 外の任務というのは基本的にないわけです。

○司会 そういった状況で、119番するかどうかの判断はどう考えればいいのでしょうか。

ご家族・かかりつけ医と「最期」の 意思を共有

○加納 かかりつけ医とかかわりを持っていただいていると、何かあった時に相談やアドバイスをいたします。かかりつけ医は、患者さんがどのようなことを望んでおられるか分かっていますので、救急車を呼ぶ前にまずかかりつけ医等に相談していただきたいと考えています。施設では、医師の不在時に職員が慌てて救急車を呼ぶケースもあります。

○司会 かかりつけ医とのコミュニケーションはすごく重要ですね。

○加納 我々もそういう役割がどんどん重要になってくると考えています。医師会としましても研修会・講習会などを充実させていく所存です。

○**鍬方** そういう状況でも救急搬送されますと、救急医は治療しなければならない。救急隊が出動し、病院前救護を行い、蘇生処置をしながら救命救急センターに搬送されたら、背景が分からなければ集中治療に入ります。そういう現実も理解していただきたいと思います。一方で、患者さんとかかりつけ医がお互いに病気のことを十分理解し合い、

「人生の最終段階にはあまり濃厚な治療はしてほしくない」と明確に意思表示されていることが治療を始めてから分かった時には、やはり対処の仕方が異なってきます。治療する

医師の側からも確認できれば、それは大きな 情報になってくると思います。

○高井 エンディングノートを買ってみたのですが、具体的な項目がたくさんあり過ぎてまだ白紙のままです。この中には「終末期医療についての私の考え方」といった項目があり、病名や余命の告知に関することや、緩和ケア、延命治療などについても記載されています。例えば、ご高齢の方がエンディングノートに記入していて、ご家族がこれを見つけた場合はどうなりますか。

集中治療が始まると、先程の合同 見解に基づき行われますが、そのような段階 に行く前にこういう情報を身近な方と共有し ておくことが重要であると思います。厚労省 が国民を対象に実施したアンケート調査で は、エンディングノートなどで「亡くなる時 にどのようにしてほしいか」をあらかじめ表 現しておくことについては、約70%が賛成さ れていましたが、実際に事前にご家族で話し 合ったことがある方は3%程度でした。厚労 省には約30~40年前から人生の終末期につい て検討する部門があり、最近、その中でひと つの形として出てきたのが「事前指示書」で す。事前指示書をかかりつけ医と一緒に作成 しておくというツールも出てきており、一部 の自治体では説明パンフレットがダウンロー ドできるようになっています。ただし、救急 の現場では、いったん開始した治療をどうす るのかといった難しい問題に発展します。か かりつけ医とご家族、ご本人が自分の人生の 最終段階に備えて相談されて、あらかじめこ うした書類を作成される場合は、おそらく急 変時には何もしてほしくないとのお気持ちで あろうと察します。しかし、現在は非常にお

元気な方が急に心筋梗塞になった時に何もしないかというと、それは我々救急医の視点では「それは違う」となります。一方で、施設の入所者で介護度も高い場合、ご自身の意思を示したこのような書類を事前に作成されておられたら、急変された時に救急車を要請せず、まず、かかりつけ医に相談することになると思います。こういうプロセスやツールを知っておかれるだけで随分違うのではないでしょうか。

○司会 ある自治体のリーフレットでは事前指示書について、「あなたが終末期を迎えたときに受けたい・受けたくない医療について、あなたの意思を書面に残しておく方法です。事前指示書に法的拘束力はありませんが、厚生労働省等のガイドライン等に従って、医療関係者によって尊重してもらうことができます」と書かれています。

適切な救急医療の体制も推進すべき

○**鍬方** 「人の生命にかかわること」は、 突き詰めれば、現状では様々な法律に抵触する可能性があり、そのリスクから完全には逃れられません。ただ、世の中の非常に大きな合意として厚労省もそのような方向性を考えていますから、このように安らかな最期を迎えることもひとつの形であろうと思います。 ただ、これとは逆──つまり、積極的に蘇生をしなければならない人達に、適切な救急医療をきちんと供給していくことは非常に重要です。むしろ私はその立場にいますので、そこは強調しておきたいと思います。

○高井 「事前に備える」と言葉で言うのは簡単ですが、それを元気な時にちょっと心

の隅に留めておいて話し合う――私がエンディングノートを買ったのは、子どもや夫が困らないようにと思ったことがきっかけでした。逆に、自分以外の人に対してどうすればいいのかは悩ましいところですね。

皆さんと考えたいこと

今回は人生の最終段階について広 ○加納 く府民の皆さんと考えようと、この討論会を 企画いたしました。終末期といいますと、主 にがんの末期を連想されますが、予期しない 事故や病気で突然、人生の最終段階を迎える こともあります。本日は若い方とご高齢の方 の2つの事例を示しましたが、その後の経過 にはあえて触れず、救急医療の現場における 現状の捉え方、対応などをお伝えしました。 人の生命には例外なく限りがあります。そし て、生と死は紙一重、背中合わせと言われて います。延命治療を望むこと、あるいは治療 を中止して自然な死を受け入れること、いず れが正しいかは誰にも分かりませんし、正解 もないと思います。また、事例でもお話があ りましたが、医療が進歩した結果、現在では

(3)

みなさんと考えたいこと

- 延命治療を望むこと、あるいは治療を中止し自然な死を受け入れること、いずれが正しい選択かは誰にも分からない。
- 機械的な延命が可能な現代だからこそ、本人・ 家族の意思が重要。
- 治療の終了を提示できる社会的環境の整備が求められる。
- 人生の最終段階で、医療とどう向き合うか。国 民も普段から意識し、考えることが重要ではない か。

人工呼吸などで機械的な延命もある程度可能 になりました。だからこそ、日頃から人生の 最終段階を考えておくことも必要ではないで しょうか。事例のように、本人の生前の意思 を尊重するのが難しいこともあります。治療 の終了を提示できる社会的な環境の整備も考 えていかなければならないかもしれません。 また、人生の最終段階で、医療とどう向き合 うか、そして死について考えることを避けず に、皆様もあえて意識されることが重要では ないでしょうか(3)。人生の最終段階では、医 師や看護師などの医療従事者が寄り添い、患 者さんとともに向き合うことが大事です。医 療側にも高い倫理観が求められます。医師会 としましても、若い世代の倫理教育を強化す るなど、患者さんに寄り添う姿勢の大切さを 改めて考えていきたいと思っています。

質疑応答

○会場 救急搬送されて、集中治療室に入ったとして、1カ月で数百万円もの高額の請求が来たらどうなるのですか。

○**鍬方** 「高額療養費制度」があります。 医療費が1カ月で上限額を超えた場合、超過額を支給するものですが、上限額は所得等で定められています。最大でも10数万円程度かと思います。また、条件によっては負担を更に軽減する仕組みも設けられています。それが国民皆保険制度のすばらしいところではないでしょうか。

最後に

○司会 最後に、パネリストの皆さんから

コメントをお願いいたします。

○**鍬方** 皆さんとお話しできる機会を持つことができ、本当に光栄に思います。救命救急医療の話題ですが、街中などで急に心臓停止された方の社会復帰率が高まっています。人生の最終段階も今後、検討を重ねていくべき事項ですが、その対極にある「積極的な救命救急」が大きく貢献できているということです。皆さんも、救急医療について考える機会をつくっていただきたいと思います。

○加納 本日のテーマは非常に深刻なものです。最後に「答えは『これです』」といったものがあれば、皆さんも「なるほど」と納得されると思いますが、これからじっくりと考えていかなければならない問題です。少し重い荷物を背負うようなところがあるという感じでしょうか。あまり深刻になりすぎず、しかし、しっかりと考えていただきたいと思います。

○高井 今回のことがきっかけで事前指示書について知りましたし、白紙のままのエンディングノートも「書けるところだけでも書いてみよう」と思うきっかけにもなりました。また、私の両親も今は元気に過ごしていますが、年齢を考えると、この先、病気などをはじめ様々なことが起こり得ますから、一緒にきちんと話しておきたいですね。また、このような話題はつい避けがちになりますが、口に出して家族と共有しておくことが大事であると思いました。

(文責:広報委員会)

レポート

最期に『のぞむ』-救急医療の現場から-

毎日放送の上田崇順アナウンサーによる司会進行の下、まず加納康至副会長から、救急医療体制は1次救急、2次救急、3次救急と構築されているというような、本日の討論会に関する基礎知識の確認などがありました。さらに、人生の最終段階におけるかかりつけ医の関与の重要性についても述べられました。その後、2つの架空事例が順次提示され、鍬方安行理事と毎日放送の高井美紀アナウンサーの掛け合いのなかで、事例中での時間経過とともに参加者がいろいろ考える流れとなりました。この討論会、「いろいろな立場からの発言を」という観点から例年どうしてもパネリストの人数が多くなってしまいがちですが、今回は人数を絞ったためか、ゆっくり発言できていたようでした。

提示された架空事例は青年と高齢者でしたが、いずれも心肺停止となり蘇生後も意識が回復しないままの状態となった事例です。家族はどう対応したらよいのでしょうか。突然に終末期を迎えたときにどうするかについては、なかなか事前に考えておくことは困難です。またその時の事情によっても異なるであろうし、家族の中で意思統一されることはなかなか難しいと考えられます。当然家族の数だけ考え方が違うということになります。また家族の中で終末期の経験が乏しいという話もありました。核家族化によって、家庭内で死と向き合う機会が大きく減少し、いざというときの経験がないのです。これは、筆者の専門の小児科で、子どもに対しての家庭内での育児力や看護力が、核家族化のため低下していると言われていることに重なって聞きました。大阪府内ではまだ事例がないですが、厚生労働省ガイドラインを基に作成した延命治療に関する事前指示書を役所等で配布するということを行っているところもあるようです。いろいろな考え方の方がこれに対して賛同したり、反対したりしています。ただ、死に対する経験が乏しいのであれば、やはりこういったものを目の前に置いて、家族内で、あるいはかかりつけ医を交えて最期の時をどう迎えるかを考えておくことも大事ではないかと思いました。

討論会後には「最期に"のぞむ"というより、救急の話になってしまったのでは」 という意見も聞きましたが、複眼視的に終末期の問題を考えるにはそれも良かったの かなと思います。次年度以降もまた視点を変えて、関連のテーマは考えていくべきだ と感じました。

広報委員会副委員長 川﨑 康寛