看とりについて考える県民との懇談会

理事　玉井　修

式次第

司　会　玉井　修
（沖縄県医師会理事）

1. 挨　拶　　　沖縄県医師会長　宮城　信雄
2. 懇　談
   - ①在宅での看とりについて
     名嘉村クリニック副院長　大濵　篤
   - ②居住型施設での看とりについて
     有料老人ホームぶどうの木 理学療法士
     (有) ケアエンドサービス 代表取締役
     名嘉　淳
   - ③看とりを希望する救急搬送について
     那覇市消防本部救急課長　比嘉　義樹
   - ④病院での看とりについて
     沖縄赤十字病院救急部長　佐々木秀章
3. フロアとの討論
4. 閉　会

県民との懇談会はこれまで、尊厳死、臓器移植など医療を取り巻く社会的な問題にスポットを当てて県民と直接対話を行ってまいりました。少々重いテーマを扱う事が多いのですが、毎回沖縄県医師会館ホールを満員にする程に盛況です。

今回は平成24年1月22日（日曜日）午後2時から、看とりについて考える県民との懇談会を開催しましたところ、予想以上の反応で、会館ホールは当初準備した椅子では間に合わず一時は立ち見の出る程でした。

死は、いつか必ず訪れるものですが、現代において死を如何に迎えるかについては充分な議論も、法整備もなされておらず、以前のように普通に自宅で死を迎えていた時代と違い、死を受け入れる家族も人の死を間近に経験する事が少ない現状でいきなり身内の死を突きつけられ、混乱の中で身内の死を迎える事が多いようです。

本人が生前DNAR（Do not Attempt Resuscitation）の意思表示があったにも関わらず、その意思が充分周囲に徹底されていなかったために、無為な救急搬送、心肺蘇生処置を受け、場合によっては異常死の疑いに対して警察に通報されるなど、何ともやりきれない現状があります。救急搬送を行う救急隊にもやるせない思い、救急病院でもやりきれない思いを抱えながらも救命措置を行わなければならない医師の苦悩を語って頂きました。死を穏やかに迎える事が出来ない現状は、団塊の世代が寿命を迎える2025年前後に大きな社会問題となるでしょう。人はどの様に死んでいくべきなのか、自分はどの様に死にたいか、家族をどの様に看とりたいかを考えるきっかけになった懇談会であったと思います。

フロアからの質問には、看とる家族が誰も居ない独居の方からの質問がありました。誰にも迷惑をかけることなく、穏やかに逝きたいのだが、その意志を誰に伝える事も出来ないのがその方の苦悩でした。老老介護、独居老人問題、孤独死、家族力の喪失、地域コミュニティの崩壊など多くの社会問題がこの看とりに深く関わっているのです。

講演の抄録

在宅での看とりについて

名嘉村クリニック副院長
大濱　篤

もし、あなたが人生の最期を迎えるとしたら、どこで迎えたいと考えるでしょうか？できれば、住み慣れた地域、家庭で、家族に囲まれながら笑って暮らしたい。そして苦しむことなく最期を迎えたい。そう考える方は多いと思います。しかし、現実はどうでしょうか？看とりの場所についての厚生労働省のデータがあります。病院で最期を迎える人が全体の78.4%であります。かわって、自宅で最期を迎える人は昨今減少傾向にあり、12.4%です。家族の形態が変わって、自宅でなかなか最期を迎えられない状態であります。日本は空前の超高齢多死社会となりつつあります。現在、年間の死亡者数は110万人前後ですが、近い将来、団塊世代が寿命を迎えると170万人を数えると言われています。さらに死亡者数が50%増えれば病院で最期を迎えるということは不可能にならざるをえないと予想されます。特に癌は日本人の死因のトップでありますが、在宅で看とる率はさらに減り、8.3%です。これはいったい何故なのでしょうか。癌の疾病の特徴として、末期になって急激に生活自立度が下がる傾向にあります。このことが患者さんや家族を不安にさせ、自宅ではなく、どうしても病院に入院して安心したいと希望されている場合が多いようです。また、非癌の疾病においても、長期寝たきりの状態で療養していた方が、終末期を迎える時にも同じことが言えるでしょう。では、どのような支援があれば在宅(自宅や居住系施設)で看とることができるのでしょうか。症状が急変する。例えば、痛みが急に強くなる、突然嘔吐する、呼吸や脈拍が弱くなってきたなどの症状が出た時、それを緩和するための処置を行い、それと同時に襲ってくる不安を解消するために、介護支援

専門員やヘルパー等の他職種との連携を密にし、在宅医療スタッフ(在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション)が24時間、どんな時でも対応させて頂いています。それが私達の使命だと考えております。2007年厚生労働省が「看とれる居住系施設の増加を」との方針を表しましたが、居住系施設での看とりを当院ではお手伝いをさせて頂いています。在宅の患者さんが終末期及び現段階では終末期とは言えないが、今後終末期を想定した一種の事前同意書として、もし心肺停止になっても蘇生術を行わないように要望するかどうかの確認用紙をDNRシートと表現し、患者さん自身に、もしくは患者さんに確認ができない場合は家族に確認をしています。これは、急変時に救命のための心肺蘇生を行わなず、自然に死を迎えたいという患者さんの意志、また救命のための救急車を呼ばず、穏やかに看とりたいという家族の思いを尊重するためのものであります。大切なご家族のために また、介護されるご自身のためにも悔いの残らない最期にしていただきたいものです。

このような当院における看とりの現状を紹介します。

居住型施設での看とりについて

有料老人ホームぶどうの木 理学療法士
(有)ケアエンドサービス 代表取締役
名嘉 淳

■ノーマライゼーションの思想

障害や病気がどんなに重くとも、年老いても、死が迫っていても、人間は「ふつうの生活」を送る権利がある。社会にはそれを支える責任がある。というのがノーマライゼーションの思想である。一般社会の中で障害を持つ人が「ふつうの生活」を送れるような条件を整えるべきであり、障害を持つ人と共に生きる社会こそノーマルである。という考えである。デンマークのバンク・ミケルセンが唱えた障害者福祉の最も重要な理念である。

■ニーリエの８つの原理

ふつうの生活を測る物差しとして、ベンクト・ニーリエは「８つの原理」にまとめている。その第１は一日のふつうのリズムだ。朝起きて着替え、外出し、帰ってきて風呂に入るというあたりまえの暮らしである。第２は一週間の、第３は一年の、それぞれふつうのリズム。第４は一生のふつうの経験、第５は男女両性の世界でのふつうの生活。第６はふつうに生活できる収入があること。第７はふつうの住環境の水準で暮らすこと。そして、第８が自己決定と尊厳の原理である。

■会社を興した目的

リハビリテーションとは「人間らしく生きる」権利の回復です。リハビリテーションの最終ゴールは、ノーマライゼーションの達成です。私達にはふつうの生活を支える責任があります。私が理学療法士として病院勤務での13年間で感じたことは、病院ではリハビリテーションは完成しないということでした。そこで、病院でも家庭でもない第３の選択肢としての「住い」が必要だと感じたのです。 病院での入浴介護は週２回のみです。それでは清潔（尊厳）は保たれません。事業を立ち上げた目的は「ふつうの生活を」保障してあげること。その一つが入浴介護を毎日行うことでした。

■会社理念

わたしたちは

一　快適な住まいと安心できる介護を提供します。

二　個別のニーズに応じたサービスを提供します。

三　介護する人を育成し地域社会に貢献します。

■利用者支援の具体的方策

1．利用者の尊厳が守られ、自己決定権が正しく行使できるよう支援します。

2．利用者の要介護状態の軽減、悪化の防止・予防に努めます。

3．在宅療養支援診療所や訪問看護等と連携し家族の協力の下、看とり介護を行います。

■看とり介護の方針

ご本人の意思、ご家族の意向を尊重し、慣れ親しんだ環境の中で最後まで尊厳を保ち、快適に安心して過ごせるよう支援します。

■看とり介護の内容

1．環境の整備：室温調整や採光、換気等、環境整備には最善の注意を払います。

2．清潔の保持：身体状況を確認しながら適切な方法で清潔を保ちます。可能な限り全身浴をします。足浴は最期までします。

3．苦痛の解除：寝返り等できない方に対して、安楽な体位を工夫し、必要に応じて体位交換を行います。

4．廃用性症候群の予防：日中は車椅子にて座位を取らせ廃用性症候群（関節拘縮、筋萎縮）の予防に努めます。

5．食事（栄養）：状態に応じた食事の提供をします。また、ご本人が好きなもの、食べられるものを家族に差し入れていただき、可能な限り経口摂取を試みます。

6．排泄：座位が保てる方には、可能な限り座位姿勢での排泄の介助をします。

7．精神的支援：ご本人の不安を取り除くため、できるだけ一人にしないようにします。

■看とり介護の導入

1．医師の診断：医師からご本人や家族へ状況説明と看取りの意思の確認をします。

2．会議の開催：ケアマネから家族や関係する事業所に看取り介護に入った旨を告げます。

3．看とり介護計画の作成：状態の変化に応じて変更します。

■看とり介護の実践

1．精神的支援：看とりは家族が行います。看とりに入った入居者には、24時間できる限り家族に付き添うようお願いしています。

2．訪問看護・介護の導入：いつ召されても対応できるように訪問看護に入っていただきます。

デイサービスに通えない状況になった時は訪問介護に入っていただきます。

3．在宅療養支援診療所との連携：医師との連絡、連携を密にします→家族の意思の変更には柔軟に対応します（看とりをすると決めていても救急搬送してほしいという家族もいる）。

■看とりの際の取り組み

1．死亡直前の対応：医師の指示に従い、随時バイタルチェックし医師に伝えます。

2．死亡時・死亡後の対応：呼吸が止まった時点で医師と訪問看護事業所に連絡します→医師が死亡確認をした後、訪問看護師とともにエンゼルケアを行います。エンゼルケアを行う中で開いていた口も閉じ、死に化粧をすることによって表情も整い、死体が御遺体になります。看とり後のエンゼルケアにおいて、訪問看護師は、死体を御遺体に変えていく重要な役割を担っています。

3．グリーフケア：エンゼルケア終了後、ご遺体を前にして家族と関わった職員でお別れ式を行います。死後２時間をめどに自宅に送りますが、召された時間帯が夜間（22：00～5：00）の場合は、朝まで待って（家族が一緒にいる）６時半に葬儀社に来ていただき、お別れ式を行い、自宅にお見送りします。

■なぜ看とりを積極的に行うのか

現在は人生のスタートも病院、最期も病院です。せめて人生の最期くらいは家族に囲まれて静かに死を迎えたい。それが多くの方の「ふつうの思い（感情）」ではないでしょうか。「最期まで人間らしく生きたい、人間らしくありたい」それを支えるのがリハビリテーションです。究極の介護（看とり）を支援できてこそリハビリテーションは完成をみるのです。

■終末期リハビリテーションとは

「加齢や障害のため自立が期待できず、自分の力で身の保全をなしえない人々に対して、最後まで人間らしくあるよう医療、看護、介護とともに行うリハビリテーション活動である」(太田)。看とりを支援できないリハビリテーションは中途半端なリハビリテーションです。

看とりを希望する救急搬送について

那覇市消防本部救急課長
比嘉　義樹

看とりを希望する救急搬送についてと題していますが、自宅で看とりを希望する傷病者の救命処置（心肺蘇生法を行わない：DNAR）救急搬送が実際の救急現場においてどのように行われているのか、現状と問題点について救急の現場において経験した事をお話させていただきたいと思います。

さて、普段の生活においては、よく耳にする救急車のサイレンの音「ピーポー、ピーポーという音」が聞こえると救急隊員が現場に向かっている、あるいは傷病者を医療機関に搬送していると連想されると思いますが、その救急搬送がどのような法律に基づき救急業務が行われているのか、那覇市における救急出場の現状をお話して、自宅での看とりを希望する傷病者の救急搬送の現状と問題点について、お話をさせていただきます。

始めに、救急業務の沿革と消防の任務について話を進めたいと思います。

世界で最初の救急業務が行われたのが1881年のウイーンのリングテアトル劇場の火災を契機としたオーストリア救護協会の救急業務といわれています。

わが国では、昭和6年10月日本赤十字社大阪支部で開始され、消防機関では昭和8年3月に神奈川県警警察部が寄贈を受けた乗用車を改造、横浜市中区山下消防署に配置され救急業務が開始されました。一方、那覇市では昭和47年6月から警察所管の救急業が市町村消防へ移管され2台の救急車を譲り受け業務を開始し現在に至っています。

救急業務とは「消防法第2条第9条」

災害により生じた事故若しくは屋外若しくは公衆の出入する場所において生じた事故又は政令で定める場所における災害による事故等に準ずる事故その他の理由で政令に定めるものによる傷病者のうち、医療機関その他の場所へ緊急に搬送する必要があるものを、救急隊によって医療機関、その他の場所に搬送すること(傷病者が医師の管理下に置かれるまでの間において、緊急やむ得ないものとして応急の手当てを行うこと）をいう。

那覇市の救急出場の現状

当市では、市内6署所に高度な救急資器材を載せた高規格救急自動車を配置し、救急隊6隊、専任救急隊48人（うち救急救命士32人）で市民の救急要請に対応しています。

平成22年中の救急出動件数は15,762件（うち不搬送1,447件)、搬送人員14,382人で前年と比較すると出場件数1,490件、搬送人員が

1,356人（10.4％）の増加となっており過去30年間で最高の出場件数となりました。

一日平均の救急出動件数は約43件で、約33分に一回の割合で出場し約40人の傷病者を医療機関に搬送したことになり、また通報から現場到着までの所要時間は平均で約8.3分となっており、交通情勢及び増加する救急要請で現場到着所要時間が年々遅延する傾向となっています。

事故種別出動件数は、急病10,426件（66.1%）次に一般負傷2,027件（12.9%）、交通事故1,341件（8.5%）、その他「転院搬送」1,311%（8.3％）、自損行為319件（2.0％）の順となっております。傷病程度別搬送人員は、死亡175人（1.2%）、重症751人（5.2％）、中等症5,310人（36.9%）、軽症8,134人（56.6%）、その他12人（0.1％）となっており、そのうちの約300人の方々が生命に危険を及ぼし、悪化する症状の病態となり救急隊員が心肺蘇生法等の救命処置を施しながら搬送が実施されております。

数は多くありませんが、そのうちの何症例かが、看とりを希望する家族又は施設職員から（心肺蘇生法を行わない：DNAR「Do Not Attempt Resuscitation」）である旨が伝えられ、医療機関まで搬送してほしいと依頼される場合がありますが、その場合に救急隊員が困ってしまう現状と問題点をご説明させていただきます。

看とりを希望する傷病者の救急搬送の現状

前記したとおり、救急業務とは、その症状が著しく悪化するおそれがあり、生命が危険な状態にある傷病者に対し、気道確保、心拍の回復その他の処置を行いながら悪化を防止し生命の危機を回避しながら医療機関に搬送することになりますので、処置を施さないで搬送することは救急隊員にとっては法律的にあり得ないことをご理解していただいたと思います。

（心肺蘇生法を行わない：DNAR）については、欧米では実施のためのガイドラインが公表されていますが、日本においては患者の医療拒否権について明確な社会合意が形成されたとはいい難く、実施のガイドラインも公的な発表はされていないことから家族、又は施設職員などから、救命処置を施さず搬送依頼された場合でも救急隊は救命処置を施しながら搬送することが救急業務であることを説明し十分な説得を行いながら、救命処置を施し医療機関へ搬送しているのが現状であります。

問題となるのは、日頃看病にあたっているご家族と看護に直接関わっていない家族間に考え方に違いがあり、処置を行った場合（蘇生拒否が侵害された）、処置を行わなかった場合（なぜ処置を行わなかったのか）も訴えられる可能性があることです。

施設において問題となるのは、夜間に(DNAR)である旨を伝えられても、かかりつけ医師に連絡が取れず、DNAR文書の有効性などの確認が取れず現場滞在時間が長くなるなどが起ってしまうのです。

このような問題が起こらないように、救急隊は家族及び施設職員に対して救急救命処置を施しながら搬送することをインフォームド・コンセント（十分な説得と同意を得る）を実施し救命処置を行いながら医療機関の医師に引き継ぐ救急業務にご理解をいただきたいと思います。

最後になりますが、これからもより良い消防行政を行ってまいりたいと思いますのでご理解とご協力をお願い申し上げます。

病院での看とりについて

沖縄赤十字病院　救急部長
佐々木　秀章

その昔は自宅で亡くなる人がほとんどでした。

高度成長の頃から病院で看とられる人が増え、今では約8割が病院で人生の最後を迎えています。では実際病院でどのように人生の最後を迎えるのかイメージしていただきたいと思います。

沖縄赤十字病院は一般的な急性期病院ですが、ここで昨年7月から12月の半年間に死亡退院した101名のカルテを調べてみました。来院時に心臓も呼吸も止まっていた19名を除く82名をみてみますと、病棟で最後の時に心肺蘇生法の基本である胸骨圧迫（一般的には心臓マッサージといわれています）を受けることなく自然に看とられたのは75名（91.5％）でした（癌患者49/52、非癌患者26/30）。7名に胸骨圧迫が行われていますが、病棟での想定外の急変、手術から間もない症例、家族が積極的治療を希望した例、そして家族の同意がまだ得られていない例などでした。

以前は病院は病気を治すところで、一生懸命生きている限り治療を受けるべき、そこにいれば最高の医療、最高の最後を迎えられるという考えがあり、安らかに看とることは主流ではありませんでした。しかしどんどん高齢化が進み、医療の限界も感じられつつある現在、看とりは病院の大事な仕事の一つになっています。病院で心肺蘇生を行わず自然のままに看とる「DNR（=Do Not Resuscitate 心肺蘇生不要の意）」は本人の希望が確認できる場合やご家族の同意のもとに決まります。具体的には胸骨圧迫、気管挿管（呼吸のために口から肺にチューブを入れること）と人工呼吸器、電気ショックや強心剤、輸血などメリット、デメリットを説明したのちに各々の方針を決めてもらうことになります。もちろん積極的心肺蘇生を希望される場合は、医学的常識の範囲内で意向に沿った治療を行います。なかなかご家族の意見がまとまらないときもですが、DNRの方針でも想定外の突然の急変の場合には心肺蘇生する場合もありますのでご理解ください。いずれにせよやはり日ごろから自分の死生観、看とりについての希望を家族に伝えておくことが大切かと思います。なお前述の82名では、いよいよ最後の時には家人のいない方や急変で間に合わない場合を除き、ほとんど病室での付き添いが行われていました。

病院で扱う死にはもうひとつ来院時心肺停止（CPA=cardiopulmonary arrest）があります。この期間当院で扱ったCPAは19名でした。内訳は何らかの病気によるもの14名、事故2名、自殺3名です。CPAの場合、全例警察へ連絡を入れます。警察は事件性の有無等を調べ、病院では状況によっては死亡確認後のレントゲンやCT検査などを行い原因を調べます。そして原則として御遺体は警察に引き取られ検視の後、ご家族のもとに戻ることになります。

さて癌で亡くなられた方は当院に通院されていた方がほとんどですが、他の病院や老人ホーム等の居住系施設から、急変や心肺停止のため救急に来られる方もいます。今回も101歳や103歳の方が搬送されていますが、昨今の救急体制の問題にもなっています。こちらでは救急

熱心に聞く参加者の方々

車で救急センターに送られてくるからには治癒を目指した医療を求められていると考えざるを得ず、疑問を抱きながらもそれなりの医療を行います。その結果スパゲッティーといわれる体中に点滴や人工呼吸器のラインのつながった状態での集中治療室（ICU）ケアとなることもあります。しかし当然ながらなかなか改善せず、人的物的医療資源を長期使うことになりベッドも占有されるため、次の救急車の受入れ困難が慢性的に生じる一因となっています。在宅や居住系施設での自然な看とりが充実することは地域の救急体制も救うことになるのです。

最後に、癌であろうとなかろうと死は必ず訪れるものであり、人によっては心構えのないままに突然の対応が求められます。本人、家族の死生観に基づく人生最後の看とり方、看とられ方の希望をしっかり考えて早期に表明していただき、医療、介護を含めたすべての人にとって納得のいく終末期につなげていただければと考えています。

※懇談会終了後、懇談内容の検証と今後の対応に資するべく、講師間の意見交換会を行ったのでその概要を掲載する。

意見交換会

○玉井座長　皆様お疲れさまでした。フロアとの討論では救急隊員が切迫していることが伝えられてよかったと感じました。また、いくつか質問ありましたが、多くの質問では自分の家族や親の看とりを経験した上での質問が多かった印象を受けます。

中でも、告知しない方針の施設があるという情報もあり驚きました。内容は「食道がんの末期で今から抗がん剤の投与も始める状態の患者で余命3ヶ月と言われている、家族は告知しないとすると、本人が余生を有意義に過ごすことができるのか疑問に思う。」という内容でした。

○佐々木先生　今時そんな施設があるんですね。がんの良いところは、余命が把握できて患者にとっては準備ができることがいいことなのにおかしいと思います。

○大濱先生　そこは老人施設なんですか？

○玉井座長　抗がん剤を投与すると書いてありますから、少なくても病院と思いますが。

その他に、死因の明確でない場合についてはやっぱり警察に引き渡さないといけないのか？という質問も何件かありました。

○比嘉氏　家族にとって気になるところですね。すぐ引き取りたいと思いますし。

○佐々木先生　特に夜間になると検視（検案）する先生が午前外来を受けもっていたりした場合、対応が午後になってしまうこともあるんですよね。

○玉井座長　結局この質問は、ご家族としては速やかに死亡診断書を書いてもらい、速やかに葬儀を済ませたいのに、警察沙汰になるのは納得がいかないという事だと思うのです。

○佐々木先生　そのためには、DNARをしっかりとることですね。

○名嘉氏　私のところでも一昨年4件あったんです。

○佐々木先生　みんな警察にいったら解剖されると勘違いしているかもしれないです。検視検案イコール解剖と。

○名嘉氏　ただ、事前に訪問診療等で先生が関わっていれば24時間診ていなくても大丈夫です。

○玉井座長　そうですね。事件性がないことを医師が判断すればいいですね。そういうこと

を速やかにやってほしいということですよね。

大濱先生に振った「訪問診療で突然亡くなった場合でも死亡診断書を書いてくれるのか」という質問ですが、それは事件性がないことが前提ですよね？

○大濱先生　はい、そうですね。その通りです。

○名嘉氏　あくまで、医師が関わっていることが前提ですよね。僕らのところでも急死された方が昨年お二人おりました。訪問診療所の先生方に来て頂き死亡診断書を書いて頂きました。

○大濱先生　私が丁度、牧港の施設に往診にいっている時でしたが、前田の施設で急変がありまして、そこに到着している消防の方と電話でお話して、DNARの同意書はありますし、施設にもそのコピーがありますので見て下さい。CPRはやらないでいいですといって、一先ずストップしてもらいました。その際、消防の方からどれぐらいでこれますかと聞かれたので、何のことかなと思って急ぎ向かったところ、不搬送（拒否）署名が必要といわれました。

○名嘉氏　救急隊が来たときはあったと言っていましたよね。

○大濱先生　そうです。ご家族はもうやらないと約束したのに、彼女は過去に救急搬送になり気管内挿管されたことがあるんですよね。その後抜管して1年間生きたんです。

それから、施設の方がご家族に気管内挿管したことを怒られたと聞きました。そして今度は絶対やらないでくださいよと話をしてみんなわかりましたということでしたが、職員が動揺して救急車を呼んでしまったんです。

○名嘉氏　それはですね。繰り返しているんですよ、食後だから誤飲と勘違いしてしまうんですよ。1度は私が全部吐き出させて意識も回復したこともあるんです。

今回も食後だったので勘違いしたと思います。けれど、そのときは普段全部食べないのに全部食べたということでした。だから最後の食事だったんじゃないかという話しをしました。そういうことが2例あるんですよ。それで介助した人が食べ過ぎて亡くなったんじゃないかと落ち込むこともありました。

○佐々木先生　そうですね。最後の晩餐ですよね。

○大濱先生　かなり痩せてきたし、発熱し、よく誤嚥性肺炎を起こしました。呼吸不全で酸素もしている。だからいつ亡くなってもおかしくなかった。でも食事は食べれるときは食べていたんですね。

○名嘉氏　患者さんの中では同様な傾向がみられることがありますね。

○佐々木先生　消防はこのようなトラブルが多いので高度なことはやらないで、最低限の事はやると県のメディカルコントロールで2年前頃に決めてあるんですよ。なので、今日比嘉さんの講話の内容は全県統一されています。

○比嘉氏　救急隊としては、示されてもこれが確認できないときにはやらざるを得ないことが実態です。先生方が現場にいたり、電話で確実な情報を取れれば問題ないんですが。

○佐々木先生　遺体の搬送についてもいろいろ意見があって、亡くなってDNR（蘇生措置拒否）なら運ばないという意見もあり、反対に救急隊は税金で食べているのだからBLS（一時救命処置）をやりながら全例運びなさいという意見もある。

○玉井座長　そうですね。難しいことですね。

立ち見が出たぐらいなので、300名ぐらいの参加があったのではないでしょうか。また、新聞社も来ているので後日取材の依頼があるかと思いますのでよろしくお願いします。本日はどうもありがとうございました。

意見交換会の様子