

平成30年度  
救急業務のあり方に関する検討会  
傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会（WG）（第1回目）  
議事録

1 日 時 平成30年5月30日（水） 14時00分から16時00分

2 場 所 三田共用会議所 大会議室

3 出席者 委員15名、オブザーバー

#### 4 会議経過

##### （1）開会

【事務局】定刻となりましたので「第1回救急業務のあり方に関する検討会傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会（WG）」を開催させていただきます。本日の司会は救急企画室の〇〇が務めさせていただきます。よろしくお願いいたします。以後におきましては、着座にて進めさせていただきます。

この検討部会自体については、事前に委員の方々からご承認をいただいておりますが、改めてご意見等はいかがでしょうか。それでは異議がないようですので進めさせていただきます。なおカメラ撮りは円滑な議事進行のため部会長選出までとさせていただきます。

一点、卓上マイクの使用についてですが、ご発言される場合は、マイクの先端を近づけて頂きまして、真ん中にあるボタンを押してご発言をお願いいたします。ご発言が終わりましたら、再度ボタンを押して頂いて、スイッチを切って頂くようよろしくお願いいたします。

それでは、開催に当たりまして消防庁の〇〇次長よりご挨拶を申し上げます。

##### （2）挨拶

【次長】本日はお忙しい中、平成30年度救急業務のあり方に関する検討会「傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生の実施のあり方に関する検討部会」にご出席いただき、誠にありがとうございます。開会にあたり、一言ご挨拶申し上げます。

救急出動件数は年々増加の一途をたどってきておりまして、平成29年における年間救急出動件数は速報値で約634万件ということで過去最多となりました。今後も、高齢化の進展を背景といたしまして救急需要が増大することが予想されます。このような状況の中、救急現場において、救急隊が傷病者の家族等から傷病者本人の心肺蘇生の中止の意思を示される事案が生じてきております。救急業務の実施に当たり、終末期に心肺停止時の蘇生処置を望むか否かという傷病者の意思を尊重することは重要である一方で、一刻を争う差し迫った状況の中で救急隊が蘇生処置の中止を判断するには、様々な課題も存在するところがございます。こうした状況を踏まえ、今年度、救急業務のあり方に関する検討会に先行する形になってまいりましたが、本検討部会を開催するところがございます。消防庁においては、昨年度より救急業務のフォローアップといたしまして各都道府県を訪問していますが、多くの消防本部から対応に苦慮する声を聞いておりまして、現場が直面する喫緊の課題となっております。委員の皆様には、専門的な見地から活発なご議論を賜りますようお願い申し上げます。簡単ではございますが、ご挨拶といたします。どうぞよろしくお願いいたします。

##### （3）委員紹介

【事務局】それでは委員の方を五十音順にご紹介させていただきます。〇〇委員、〇〇委員、〇〇委員、〇〇委員、〇〇委員、〇〇〇委員、〇〇委員、〇委員、〇〇委員、〇〇委員、〇〇委員、〇〇委員、〇〇委員、〇〇委員、〇〇委員、〇〇委員、オブザーバーとして厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療

推進室の〇〇室長にご出席をいただいております。なお、〇〇委員におかれましてはご都合により欠席となっております。

#### (4) 部会長選出

次に本検討部会が第1回目でございますので、部会長の選出を進めたいと思います。部会長の選出につきましては救急業務のあり方検討会開催要項第5条第3項の規程により、委員の互選によって選出していただくこととなっております。よろしくお願いいたします。

【〇〇委員】私から推薦させていただくのも恐縮でございますが、専門的知見をお持ちで、また厚生労働省の「人生の最終段階における医療の普及啓発のあり方に関する検討会」で座長を務められました〇〇先生を推挙いたします。

【事務局】ただいま〇〇委員から、〇〇委員を部会長にというご提案がございましたが、皆さまのご意見はいかがでしょうか。

<異議なしの声>

【事務局】それでは異議がないようですので、〇〇委員に部会長をお引き受けいただきたいと存じますが、〇〇委員ご承諾いただけますでしょうか。

<〇〇委員から「はい」と返答>

<会場拍手>

【事務局】ありがとうございます。それでは〇〇部会長におかれましては、大変恐縮でございますが、部会長席にご移動していただきたいと思っております。それでは、〇〇部会長よりご挨拶をお願い致します。

【部会長】いま、あの、こういった形で選出されて光栄だと思っております。〇〇と申します。私は救急車に2度3度お世話になったことがあり、だから救急の現場での何か困っていることがあれば、恩返ししたいという気持ちがあって、今回こういう会に参加させていただきました。わたし以上に救急現場に詳しい人がおられて、今日もどんな問題かと言うことを〇〇さんからも大筋の話があったかと思うのですが、それをもう少し詳らかに把握させて頂いて、何かやっぱり救急現場に助けになると言う、あの申し訳ないような、そんなことができるのかどうか分からないのですが、皆様のご協力を得て、知恵を集めて何かの形にしたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、議事進行役ということで、いくつかやらなくてはいけないことがあるのですが、まさに救急の現場というのですか、私が倒れる場合を考えないといかんという、ここで倒れたら大丈夫かなって感じはしているのですけれども、議事進行の方は円滑に進めないといけないので、部会長というか何代理というのですかね、とにかく、この部会長代理と言うのを定めさせていただこうと思っていて、規定によると私が勝手に選んでも良いとなっているようでして、誠に申し訳ないのですが、前からいろんな経緯で存じ上げている方で、この中で何人かいらっしゃるのですが、その中で、救急救命のことは一番詳しいと私は思っているのですが、〇〇先生に副部会長という形でお願いしたいと思っておりますがいかがでしょうか。

<会場拍手>

【事務局】では〇〇先生 副部会長席の方へよろしくお願いいたします。

【部会長】それでは、早速議事進行ということにしたいと思っておりますが、一応事務局からあったかと思いますが、冒頭でおっしゃって頂いた通り、撮影の方はここで終了ということで、後はもちろん公開ということですけど、議論を始めたいと思っております。よろしいですか。

【事務局】はい、よろしく申し上げます。

## 5 議 事

【部会長】 それでは議事次第というのを見ていただくと、今日の議事は、救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者、まさに超高齢者社会であって、新たな課題が出てきたのだらうと思いますが、その現状をみんなで認識を共有することだらうと思いますが、それで更に、(2)では後で出てくるのでしょけれど、ここでヒアリングをするだけではなく、実態調査もするというようなお考えらしくて、それについて何うというのが柱だと思います。そこで、まず現状でというか、この会議で一体何を考えたら良いのかということの焦点を結ぶために、現場における話というのを、資料1～5までで、説明して頂こうと思っておりますが、全部という訳にはいきませんので、とりあえず、事務局の方からと、厚生労働省の〇〇さんからご説明を先ず2本頂くことにします。

【事務局】 それでは事務局の方からご説明をさせていただきます。皆様方、資料1の方をご確認いただけたらと思います。どうぞよろしく申し上げます。救急企画室救急専門官の〇〇でございます。どうぞよろしくお願い致します。一枚おめくりください。救急業務の現状ということにおきまして、救急業務の位置付けを、まず法的な形でご説明させていただきます。救急業務の法制化というものは昭和38年に消防法第二条第九項の基で記載されました。その後、平成3年救急救命士法が制定され、いまの様な現状に至っております。この消防法第二条九項につきましては、下記の方に述べさせていただいておりますので、ご確認いただけましたら幸いかと存じます。続いて2ページ目をご確認ください。これが、いま現在行われております救急活動全体のフローという形で、模式図で描かさせていただいております。傷病者が発生し、119番通報があった場合、それを出動指令センター若しくは出動指令を受けて救急車が現場に出動します。そこで救急隊は観察及び応急処置を行い、適切な医療機関に救急車で搬送するというものが、いまの現状の救急活動の全体のフローという形とさせていただけたらと思います。この活動の際に非常に大きな役割を果たす救急救命士について3ページ目をご確認ください。

先程もご説明させていただきましたが、救急救命士とは平成3年の救急救命士法によって定められている役職となります。救急救命処置を行う者という形で規定されており、この救急救命処置とはどういうものなのかということに関してもこの下の方に書かせていただいております。この救急救命士処置というのは、いわゆる医師の包括的指示によるものと、救急救命士法第4条第1項に規定する医師の具体的指示が必要なものというものが大きく分けられております。この救急救命処置において過去6回にわたり拡大されております。この救急救命処置と、いわゆる救急隊と言われる方々ができる処置についてまとめたものが4ページになりますので、ご覧ください。

非常に見にくいスライドになっており恐縮ですが、一般的な方でも可能な応急手当というもの、及び、応急処置及び救急救命処置それぞれ範囲というものが定められております。応急処置に至っては救急隊員として現場で応急処置対応することが可能なもの、及び救急救命士が活動対応可能な救急救命処置という範囲があり、その中でも特に医師の具体的指示、特定行為という風に定められている処置という形で気管挿管や強心薬、エピネフリンの投与等がこの形で記載されております。特に今回の話題の中でも、大きな課題となる胸骨圧迫については、応急処置の中に入っている及び応急手当の中に入っているものであるということをご確認いただけたらと思います。続いて次のページをご確認ください。更にこのようにいわゆる医師の指示の下でおこなう救急救命処置及び応急処置に関してなんですが、いま現在、日本の中でメディカルコントロール体制というものをとらせていただいております。根拠となっているのは平成13年の通知の中で、我々、消防庁と厚生労働省それぞれから通知を出させていただいておりますが、具体的には消防機関と医療機関との連携によって救急隊員が実際に現場で活動する各種プロトコルを策定したり、医師の指示・助言等を行える体制の整備、及び、救急活動を行ったその事後検証、さらに救急救命士への再教育等を行う、そういうものを医学的

観点から応急処置等との質を担保する仕組みという形でメディカルコントロール体制というものを、わが国の方では敷いております。このメディカルコントロールがどうあるべきか、というものを議論する場として、メディカルコントロール協議会というものを、まず都道府県単位で一つ、及び地域単位で作って頂いております。都道府県メディカルコントロール協議会におきましては、全国47都道府県それぞれにあり、地域メディカルコントロール体制間の調整等を行っております。また地域メディカルコントロール協議会におかれては全国各地域に251の協議会が設けられており、地域の医療機関と消防機関の連絡調整であったりだとか、現場の救急隊の活動指針である、業務のプロトコールの作成等が行われているというふうにご認識しております。これが現状の今の救急の制度という観点で、救急隊救急救命士、及び医師等が、どのような形で現場の救急活動を行っているのかというご理解を頂けたらと思います。続いて6ページを御確認ください。ここからは救急需要の推移を簡単にご説明いたします。速報値で先程次長からもご説明がありましたが、速報値で634万件という形で年々増加傾向の救急出動件数、及び救急搬送人員数に至っても、573万件と過去最高を記録しており、この傾向はしばらく続くのではないかと考えられております。更に1枚おめくりください。その内訳といたしましても、非常に高齢者が多くなってきており、平成9年と比べても約2倍近い形の数字が高齢者の割合と占められているということが、ご確認いただけるかと思っております。その上で、8ページをご確認ください。これが、今回の議題の中で是非、ご議論いただきたいものになりますけれども、救急現場において傷病者の家族等から本人の心肺蘇生の中止の意思を示されている事案が生じていると、一刻を争う差し迫った状況の中で、救急隊が蘇生の中止及び救急搬送の判断に苦勞することが課題となっている。救急隊が現場において患者は元々心肺蘇生を望んでいなかったとしても、現場の方に家族が救急車を要請した場合に、その時にどのような対応を求められるかということ、やはり救急隊は先程もご説明させていただいた通り、応急処置をして、適切な医療機関に搬送するというものを元々その業の中で定められているのですが、そこにおいて、行ってみたら今度はご家族等からその意思を示された場合、こちらの方の右の図に書いてございますが、応急処置を実施すべきなのか、本人の意思に従うべきなのか、医療機関へ搬送すべきなのかということ、非常に喫緊した状況の中で直ちに判断しなければならないことが、現在の問題となっているというふうにご理解いただけたらと思います。この問題について検討部会の中で議論いただきたいと我々の方で考えております。実際こういう事例がどれぐらい経験されているのかということに関して、厚生労働科学研究の方で、救急隊員の17%が心肺蘇生を希望しない意思を示した心肺停止事例を経験したり、という事がご報告されているところでございます。続いて一枚おめくりください。現状の更に、その観点からみた、現状の報告ですけれども、平成28年中の70歳以上の心肺機能停止傷病者において、そういった事案が発生場所においては、住宅及び高齢者施設が約9割を占めるという状況になっております。また、同時にそういったDNARを示された際には、こういった対応をすべきなのかということ、DNARプロトコールに従うのかという所については、DNARプロトコールの策定状況については約8割の都道府県MC協議会、及び地域MC協議会が策定していないという様な回答が得られております。続いて10ページをご確認いただけたらと思いますが、そういった救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応についての現状においても、この後、厚生労働省からもご説明がありますが、昨年、人生の最終段階における医療ケアのプロセス決定に関するガイドラインが策定されたり、救急現場に置かれては、臨床救急医学会の方で平成29年にこのような提言を頂いているところですので、こういったものを踏まえつつ、この部会の中でご議論を賜りたいと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。以降のページにつきましては、今後の人口動態等について参考となりますので、お時間のある時にご確認いただけたらと思います。事務局の説明は以上になります。ありがとうございました。

【部会長】 続いて、厚生労働省の〇〇さん、お願いします。

【厚生労働省】 はい、厚生労働省医政局地域医療計画課の〇〇と申します。資料の2に基づきまして、ご説明させていただければと思いますので、お手元にご用意いただければと思います。まず先程

ご紹介いただいた通り、「人生の最終段階における医療の普及に関する検討会」というものを、昨年度開催しておりました。6回開催しておりました、結論を得た訳でございますが、そのメンバーを1ページに書かせていただいております。この中には、このWGの座長を勤めておられます〇〇先生も、検討会の座長としてご活躍いただいたところでございます。このような形で6回やったのでございますが、検討事項は3つございました。国民に対する情報提供普及啓発方法についての検討、患者の意思決定を支援する手法の検討、人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン見直しに関する検討でございます。それでは次のページからは、ガイドラインの改訂と普及啓発についてのお話をさせていただきます。

人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドラインとは、富山県射水市民病院で人工呼吸器の取り外しについてトラブルが起こったことを踏まえまして、平成19年に策定されたものでございます。これは、まあ終末期医療におきまして、人工呼吸器の取り外しなど本人の意思を尊重して何かおこなう時に、どのようなプロセスを経れば透明化され皆様に納得してやっていけるのかという、プロセスの透明化をやったということですが、その策定から10年経過しております。その間、線を引きしておりますけれども、高齢化社会の進行に伴いまして地域包括ケアシステムの構築に対応したものとする必要がある、つまり在宅、施設等で亡くなる方が今後増えてくる現状をどう捉らえるかという問題意識、もう一つは、英米諸国を中心としたアドバンスケアプランニングの概念を踏まえた取り組みを普及しているというこの現状を、どのように日本に反映させるかということ考えまして、見直しを今回行うということにしたところでございます。その見直しの概要といたしまして、資料2の①～⑤案までございます。先程も申し上げましたように、死んでいく方々の場所が、介護という場所にも広がっていくということもあり、在宅医療、介護の現場で活用できるように、名称自体を医療の決定プロセスという名前から、医療包括ケアの決定プロセスというような形での名前を変更しております。また、医療ケアチームとあって、本人、家族を支えるチームの中には介護従事者が含まれるということも明示しました。あと患者という言い方をしておりましたけれども、本人と言いかたをしました。必ずしも病気の状態にある、もしくは医療の管理下にあるような人間だけではないという事を示しているところでございます。二つ目としましてはACPの取組の本質的な所ですが、心身の状態の変化等に応じて本人の意思は変化しうるものであり、医療ケアの方針やどのような生き方を臨むかということが日頃から繰り返し話し合われることが大事であると、その重要性を強調しております。どちらかという、今までのガイドラインは1WAYですね、一回決定するとあまり見直しということが想定していない聞き方になっていたのでございますけれども、今回は重要であると強調しました。あと、本人が自らの意思を伝えられなくなる状態になる前に、本人の意思を推定する際につきまして、家族等の信頼できる人を前もって定めておくことが重要であるということです。つまり、今際の際になって決められるものではなく、もっともっと前の段階からその内容を決めましょう、考えておきましょうということを言っております。その、本人の意思を推定する手段についてですが、今後、単身世帯が増えることを踏まえまして、その対象というものを家族、又は、血縁関係にあるものから、血縁関係にない、例えば親しい友人などといった方を含む家族等というものに拡大しております。最後に繰り返し話し合った内容はその都度文章にまとめておき、本人家族等々と医療ケアチームと共有することが大事であることを強調しました。このような見直しを行いまして、今回3月に皆様にお披露目したところです。3ページ目は以前の人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン第1版の所でございます。その概要でございます。4ページは今回の新たなガイドラインの島でございます。このような流れで考え下さいということになっております。本人の意思が確認できるか、できないかという今際の際、そういった病気になる前に主なポイントのところで、3つ例えば人生が価値観をみんなで把握し、十分に話し合い、話した内容をその都度文章でまとめ、共有した土台があったところで、何か決めないとなったときに、本人の意思が確認できるか出来ないかというような形で分かれるだろうと。本人の意思が確認できる場合は、本人の意思決定を基本とした話し合いを十分して方針を決定するのですが、ただ、いままでなかった線ですけれども、元に戻ることもありうる、心身の状態に応じ意思が変化し得ると、繰り返して話し合うというような形でぐるぐる回るような形に

なります。また、本人の意思が確認できない場合には、上の方は家族等による本人の意思が推定できる場合は、その時には本人にとっては最適な方法をとるのですが、もし、それでも迷ったという場合には話し合いの場を設定して外部の方を入れてですね、話し合いをしましょうと。その上で方針を決定するのですが、繰り返し話し合うということがあり得るんですよと、やはりぐるっと回ってくると。下の方は家族等が推定できない場合でも、医療ケアチームで慎重に判断し決定していくのですが、まあということですね、循環というものを意識した絵になっていると思っております。次に5ページでございますが、このようなガイドラインを作るというか改訂するとともに、やはりそのガイドラインは医療従事者のみならず一般の国民に対してですね、こういったことの重要性、ACPの重要性というものを知って頂かないといけないのではないか、ということで普及啓発をきちんとこれからしますよと、そういうものを書いたものでございます。時間がございませんので十分読めませんが、①～④まで分かれていると思いますが、①は本人、②はその家族等、③はそれをささえる医療ケアチーム、④は国民全体、こういった4つのセグメントに対象を分けまして、伝えないといけないこと、伝える方法、などなどについて整理したものでございます。国民全体につきましては、今後国や地方自治体・民間団体・教育機関などを通じましてACPの重要性について、もっと若いというか早い段階から知っていただく様なことをこれからアピールしていくと、そのようなことになろうかと思えます。ただ、その留意事項ということで下に4つ書いております。6ページの最後ですが、誰もが日常的に話し合える環境作りを進めることが重要であるということ、それから医療費削減・営利目的のためにすべきものではないということ、知りたくない・考えたくない・文章をまとめたくないという方への十分な配慮が必要であるということ。それから、いままで医療の現場でやられてきた様な意思決定といったようなものも、やはりACPの要素を含んでいるということがあるので、全く新しいことをACPという形で持ち込んだものではないということに気をつけて下さいということを書いております。このような形でショートにまとめまして検討会を終了したということでございます。こういう様なことを、これから多くの方に知っていただき、より良い人生の最終段階におけるケアを受けられるような環境作りに努めて参りたいと考えております。

【部会長】以上、消防庁と厚生労働省の方から基本的なことをご説明いただきました。この段階で何か質問はありますか。それでは、あとでこの資料に戻っていいので、先に進ませて頂こうと思えますけれども、資料の1ですね、8ページ目の所に今回のテーマが簡潔にまとめられていると思うのですが、その一番下に各消防本部においてDNARを表明している傷病者への救急隊の対応が異なっているということのようで、それをこの後、大阪市における状況と広島市における状況ということでお二人の委員からご報告をお願いしたいと思います。それから私は委員の方も「さん」としか呼ばないので、一貫しているか分かりませんが、そのように考えておりますので、それでは〇〇さんお願いいたします。

【〇〇委員】資料の3-1をお願いします。大阪市における現状というものをご説明させていただきます。資料をめくって頂きまして、大阪市の概要ですとか、その辺から始まっております。市の概要といたしまして2ページですが、人口は271万を超えております。面積は狭く225km<sup>2</sup>位です。24区です。消防職員は3,500名おります。救急体制の現状ですが、救急隊が63隊ありまして掛ける10人ということで630名の救急隊員で構成しております。救急活動につきましては、昨年度は搬送件数が22万9千件、搬送人員においては18万8千人ということで年々増えております。その推移の方が4ページに示しております。常に右肩上がりでも増加の一途だと思っております。5ページにいきまして、その内の高齢者といわれるまずは65歳以上の方々なんですけれども、3年前前から50%を超えております。さらに、その次のページ75歳以上の方々になりますと、30%を超えて5年間で徐々に増えていって、いまは37%、36.7%と28年よりは若干低くなってはおりますけれども、予想としては増える見込みになっております。7ページ目からが当局におけるDNARを告げられたときの対応ですが、基本的には傷病者本人の意思表示がなされる場合であってもその真意というのは、本

当に救急隊員にとってはほとんど分からない、というのが事実でございます。そこで私どもは「疑わしきは生命の利益に」という形で傷病者を搬送すると、生命保護を優先するという考えでおりまして、あくまでも消防法第2条9項に従って、迅速に傷病者を医療搬送すべきというような形でございます。ですから通知文にも書いているのですけれども、8ページから活動要領ということですが、各救急隊員に対して活動内容を示しております。読みます。DNARは、本人または家族等の意思を受けて、医師が心肺蘇生法などの積極的な救命処置を行わないということであり、救急要請により出場した救急隊が傷病者の観察を行った結果、医療機関に搬送する必要がある場合には、家族や関係者に消防法に基づく活動を遂行しなければならない旨を十分に説明のうえ、必要な応急処置を継続して医療機関に搬送すること。ただし、特定行為につきましては、従来通りインフォームドコンセントを十分に家族にした上で、オンラインMCの指示により行うことにしております。その次、9ページですが、あくまでも心肺停止状態の傷病者を不搬送にできる場合とは、大阪市消防局救急規程第20条（死亡者の取り扱い）に規定する場合であることから、それに該当しない場合にはDNARである旨を告げられた場合であっても、医療機関に搬送する必要があることを認識して活動すること。死者の取り扱いということで、明らかに死亡している場合、または医師が死亡していると診断した場合はこれを搬送しないものとするということで、救急隊が明らかにということは体幹の離脱ですとか、死後硬直の状況、死斑の状況等から客観的に判定できるということでございます。実際に各隊員からすべて聞いた訳ではないのですけれども、代表的な各隊員の悩みとしまして、救命処置をするにはしたのですけれども、蘇生しました。しかし、脳死に近い状態となりまして家族から「こんなことを希望してない」と言われることもあります。また消防としては119番通報があったということは誰かがどこかでこの人を助けてほしいというような要請だと思っておりますので、できる限り救命すべきことはしたいと思っております。本当に増えてきているDNAR事案に関しまして、救急隊としてどう対処すべきか、という悩みもあります。またインフォームドコンセントのこと、書面的なこと、どこまで現場で聴取しなければならないのか、という方向性も一定の指針がありませんものですから、どうしたらいいのだということが現実の悩みになっております。先ほど申しましたことが資料の3-2の方で、私どもは救急活動を消防各本部の署長の方にですけれども、先ほど説明しました内容について平成27年度の2月に通知して現在まで至っております。これが大阪市の現状でございます。以上でございます。

【〇〇委員】 広島市消防局の救急担当部長をしております〇〇と申します。お時間をいただきありがとうございます。お手元の資料4でございます。救命処置を希望しない救急現場の現状等ということでございます。これは千葉でありました救急隊員シンポジウムの時に発表した資料を抜粋して作成させていただいております。大阪さんの方が消防本部の規模を話されたので、我々の方は人口が大体110万人位、プラスα周辺市町からお金を頂いて救急業務を受託しております、それらを含めて135万人位の規模でございます。年間、約6万件の救急出動をしております。救急隊数は39隊でございます。それで活動をしている現状でございます。規程とか基準については大阪さんが申されたとおりでございます。我々の方は資料の下にあります経緯がございますが、MC協議会を設立するということで県の方が地対協で部会を設置しまして、報告書を作成しましてMC体制の構築をしましょう、その中に活動のプロトコルが示されております。平成15年の4月に県のMC協議会が設置されまして、順次、各圏域のMC協議会が設置されました。15年までは大阪さんと同じ活動を行っていたといってもほとんど一緒だろうと。1ページめくっていただきまして、MCができて、このプロトコルができて活動が大阪さんと変わってきているということでもあります。傷病者の尊厳を重視した形の活動ということになります。プロトコルの中に第1章として心肺停止という項目がございます。いろんな活動の内容が書かれてございますが、いちばん最後のところの8、家族等の反応ということで、（1）から（3）までの項目が書かれております。（1）は明らかに死亡している方であれば、搬送しないということであっても、救急業務以外の行政サービスで搬送を否定するものではないということでございます。（2）は蘇生の判断基準をちょっと満たさないような場合、家族が蘇生の施行を望まなくても、まずは救命第一ということでCPRを行います。これはもうCPRであれば全て、明らか

に死亡しているもの以外であれば、CPRを行うということでございます。蘇生をしている中で何らか、家族とか施設関係者等から悪性腫瘍等ありまして、これは蘇生を望まないという要望がございましたら、CPRを継続しながら平行して主治医と連絡を取るようにして、最終的に主治医からCPRを行わないということで指示が得られたならば、CPRを中止するということでございます。したがって、明らかに死亡診断ができない傷病者については、ずっとCPRを継続して救命処置を継続するというのではなくて、主治医に連絡をとればCPRを行わないという選択肢がひとつあるということであり、その内容を大きく書きまして3ページまでできましたが、3ページ目の一番下のところでございます。線を引いておりますけれども、主治医があくまでも一番重要な役割を占めるというプロトコールになります。実際はどうかということになりますと、4ページ目をめくっていただきまして平成27年4月から平成28年12月31日まで約1年と9か月、21か月ですね、調査をした結果、広島市消防局の管内で36例程のDNAR関連の事案がございました。心肺停止傷病者は全体でだいたい月80件程度ですけれども、DNAR情報がある傷病者はだいたい月2件あるかないかくらいでございます。その下は年代別と性別でございまして、ご覧のとおり80代、90代というものが非常に多いという、男性と女性であれば男性の方が多いという状況にはなっております。次のページをめくっていただきまして、プロトコールに悪性腫瘍等ということもございまして、既往を救急隊が情報収集できる範囲の中で癌があるか、癌以外のものかということも性別で示したものでございまして、癌が4割程度でございまして癌以外の方が58%、約6割という状況です。その下でございまして、出動した場所でございます。自宅と自宅以外ということでございまして、自宅以外の場所が多いということでございまして、先ほど冒頭、消防庁の方から急病の発生場所がございましたけれども、当局の場合、だいたい急病が自宅で7割、自宅以外が3割でございますけれども、DNARに関しては自宅以外が逆転しているという状況です。次のページをめくっていただきまして、DNAR情報の確認でございます。現場で家族とか施設関係者からDNARの情報を得ますけれども、最終的にこの期間中に書面が出ていたことはありません。すべて口頭です。口頭の情報に基づいて主治医に連絡をとって最終的に主治医で最終確認を取る。主治医の指示に基づいて活動することになっております。DNAR情報の確認した時期、時点でございますけれども、その下でございますように現場においてDNAR情報を確認すると、その後、現場を出て医療機関に向かう途中、医療機関の方からですね、逆に電話がかかかってきて、この方はDNARですという情報も入ってきております。ほぼ出動現場の活動中でございます。めくっていただきまして、7ページ目でございます。医師への確認と対応ということで、医師に連絡をするのでありますけれども、主治医に連絡がつくのがほぼ9割、主治医さん以外の所は、医療機関に電話をするのでありますけれども、主治医さんは不在で、その他の医師の方が出られるという方が3名。DNARなのだけでも、先生がどこの方か分かりませんというような情報で未連絡ということが1件、これはDNARに含めるかということですが、結果としてですね、主治医に連絡がついて搬送した件数は18件、不搬送した件数は14件でございます。この搬送した18件でございますが、その下、それぞれ主治医に連絡した、その他の医師に連絡したで分類しておりますけれども、主治医に連絡を取って主治医からはCPRは中止して搬送して下さいというものが多くです。CPRは継続して搬送して下さいというのが4件です。あとは表の通りでございます。主治医以外であればすべてCPRを継続して搬送しているということになります。めくっていただきまして、今度は救急隊が不搬送とした14件の内訳でございますけれども、不搬送とした事例はすべて主治医からの指示に基づいて、主治医からはこういった指示が出ますかということ、まずは「CPRを中止して下さい」と。「私がそこに向かいます」ということで、主治医が到着するまで救急隊が現場で待機をしております、医師に引き継いだあと帰隊するという形が大半でございます。残りは主治医が到着するまではCPRを継続しておいて下さい、ということで継続をしている件数が4件です。こういった状況の中で、我々の方も救急隊等のアンケートを実施しております、先般、全職員に対してアンケートを実施しておりますが、「現場滞在時間が長い」という声もありましたので、尊厳の部分は別にしまして救急隊としての限られた資源の部分として時間的にどうなのかなあというものを小さくさせていただきます。あくまでも出動から救急隊が自分の部隊の所まで帰ってくる平均所要時間でございます。出動場所が自宅の場合、搬送しても搬送しなくても平均



時間は大体60分くらい。自宅以外、高齢者の施設関係が多いですが、自宅以外であれば75分前後の数字でございます。平均すると70分という状況です。通常の救急事案の平均時間でございますけれども、心肺停止のCPAであれば年間約1,000件くらいございますが、出動から帰隊までが105分、CPA以外、通常の救急であれば70分ということですので、大きくここには通常の救急と差はたいしてないと数字的なものは出ております。数字的なものは次のページをめくっていただきまして、その出動した場所から搬送医療機関までの走行距離をデータとして出ささせていただきますまして、自宅の場合はやはり最寄りの医療機関が多いようで距離的には短いですが、高齢者施設等の場合はある程度契約をされているといいますか、その決まっている病院が少し離れた医療機関ということで、距離は倍以上ということになっております。まあ全体平均からすると6.4と母数が22しかございませんので、それについてはどうかということもありますけれども、概ね通常の走行距離と遜色がないという状況でございます。我々のところのプロトコールについては、細かくは書いておりません。いろいろ、これまで平成15年から約15年の歴史がございますけれども、救急現場は非常に複雑でございます、家族が来られて家族の意見が違ふとかですね、「医療機関に搬送して下さい」という方もおられますし、「自宅で絶対動かしては困ります」という方もおられますし千差万別でございます。主治医は背景をいろいろご存じですので、主治医の指示を仰ぎながら極端な話、主治医と家族で電話を替わってもらうなどして活動しております。最終的には主治医の指示で現場の状況をいろいろ判断して、救急隊が最終的にいちばんどれがベストか、まあ主治医の指示がいちばん大きいということになりますけれども、こういった現状で15年やってきております。以上です。

【部会長】ありがとうございました。きわめて興味深いご報告があったと思いますが、その前の報告も含めてですが、ご意見ご質問を伺いたいと思います。いかがですか。

【事務局】すみません。事務局から一点だけ補足させていただけたらと思います。本日、救急関係の方以外も大勢いらっしゃいますので、語句の説明だけ簡単にご説明させていただきます。CPAという表現自身はcardiopulmonary arrestの略で、心肺停止の状態のことをいいます。且つ、何度か単語が出てきていると思いますCPRという表現はcardiopulmonary resuscitation、心肺蘇生行為そのものを指しますので、いわゆる胸骨圧迫という心臓マッサージであったり人工呼吸、あとは最近、駅とかにもございますがAEDというような形での自動体外式除細動器であったり、そういうものを含めた形で心肺蘇生そのものをCPRと救急の世界ではいいしますので、今回は法曹会、法学の方もたくさんいらっしゃいますので、その辺の補足だけさせていただきます。

【部会長】いかがですか。

【副部会長】あの広島にお聞きしたいのですけれども、すごくきめ細かい対応をなさっている様なのですけれども、このプロトコールは地域MCですね。

【〇〇委員】おおもとは県のMC協議会で標準プロトコールが示されています。広島は7圏域ございますので、7圏域のプロトコールを作っておりますけれども、このDNAR関係に関しましては県の標準プロトコールがそのまま県下全域の消防本部で運用しているということでございます。

【副部会長】ということは、広島県全域で使われている、広島市だけではない。

【〇〇委員】そういうことでございます。

【副部会長】なるほど。それと主治医というのはご家族から聞いて「主治医の先生は誰？どなたですか？」と聞いているのですかね、現場の具体的な対応を。

【〇〇委員】既往とかを聴かれる中で「どちらの病院にかかっておられますか」ということですね。例えば大学病院で診ていたんですけども、いまは自宅の方ということで、診ていただいているのは何処何処の、何々先生ですという形がほしいですね。

【副部長】現場の救急隊員がそこまで聴き出すという表現でいいのかな、ということですね。

【〇〇委員】そうです。

【副部長】あの癌で手術をしてくれたのは県立の外科の先生だけれども、いま診ているのは心不全で誰々先生、じゃあ、そっちに連絡しよう。

【〇〇委員】言葉はかなり慌てておられることもございますけれども、そういった状況でございますね。加えて、こういう心肺停止の傷病者の通報が入ってきますと、救急隊1隊のみではなくてですね、赤い消防車、我々でいうポンプ車との連携ということなので、マンパワー的にはですね、大体7人くらいで活動をおこないます。したがって情報収集をする、心肺蘇生をするというのは救急隊員だけがするのではなくて、一般の赤い車に乗ったポンプ車の隊員が役割分担をしながら、平行して主治医さんの情報を得ながら、という形で活動しているということです。

【副部長】ポンプ車の連携は全例で、心肺停止例、全例でされているということですかね。

【〇〇委員】near CPAというか、心肺停止が疑わしいということも含めて出動させていただいている。だいたい全症例で1,000例位なのですけどね。結果的にはね、部隊自体はだいたい2,000例位現場の方へ行くと、ちょっとオーバートリアージ気味なのですけども。

【副部長】DNARで搬送しないと捉えるのではなくて、よりもっと手をかけているというかPA連携をかけていろいろ聞き出すというか情報を得て、病院に連絡をして、どうしようという、手間暇をだいぶ掛けているという理解でいいのですかね。

【〇〇委員】心肺停止の場合は、やはり救命をしようということで救急隊員の負担も大きいですし、搬送時間の短縮ということでマンパワーが投入できる環境にあるという状況でございますので、まずは助けるということで現場に向かいます。主治医が見つかるまでの間は、連絡取れるまでの間は、CPRをしていくという、助けるということで、主治医と連絡が取れて、そこでCPR中止という指示があれば、そこで止めるということです。

【副部長】15年近くされているということですから、現場の細かいノウハウはだいぶ育ってきているという理解でよろしいですか。

【〇〇委員】15年間の中で、細かく決めるというような議論もあつたりしたのですが、まあ、それはとてもじゃないけれど決めきれないということです。

【副部長】むしろそれ、暗黙知みたいなもので身につけてきていると。

【〇〇委員】経験値は少ないですけど、症例検討会とか内部の研修でも、時々苦労した事例を取り上げてですね、共有をするということです。

【副部会長】最初に思ったのは大阪市の方が手間暇かかっていて、広島市の方がむしろ手間暇かからないんじゃないかなと思っておったけど、むしろ逆かもしれないですね。いまはもう身について慣れておられるからそれでスムーズにいておられるけれども、新しいところにそのプロトコルをドンと入れれば身につくまで相当大変なんじゃないかなというふうに認識を改めて、まだまだ僕も知らないことを勉強させていただきました。ありがとうございます。

【〇〇委員】まあ、どちらが大変かというのは、まあ、あれでございますけれど。

【部会長】他の委員の方はいかがですか。なんだか座長と座長代理ばかりがしゃべるのもどうだかと思いますが、〇〇さんも私も本当は喋りたがりて困ったものなんです。でも、やっぱり基本的なところから、今日の資料でも私なんかだから分からないのだろうと思いますけど、まず、資料の1ですよ、消防庁からの資料の1の8ページ目のところにですね、広島の方はこういうものが全部口頭であるということ、別にいままで文章で示された例はないということは何ったので十分ですけども、ここには救急隊員の限られた数のデータなんでね、17%がリビングウィル等の書面によって希望しない意思を示したという、これはビックリですよ。というのは、どういうことかということ、リビングウィルなんかを一生懸命やっておられる尊厳死協会の会員が10万人ちょっとくらいのはずなんです。それは一億人の中の10万人なので、それが17%がリビングウィル等の書面によってというのは、どういうことになるのかっていうのが、これ自体は正確な数字なのだろうけど、ちょっとビックリしたもんだから。同じように大阪の方でもですね、こういう書面が示されてもとにかくっていう家族からですね、家族からだと思えるんですけども、本人はもう心肺蘇生が必要な状態なのでしょうから、それから大阪の方にはですね、広島のようにいままでいろいろな事例を経験していて、口頭という形だけなのか、または誰だかが言い出したことなのか、書面まで見せられてということだったのか、大阪の方にお聞きしたいというのが第一点です。

【〇〇委員】さきほどの17%というものですけれども、これは私の方でさせていただきましたので、その内容をちょっとお伝えします。救急隊員というのは、いままでに5年間以上救急隊員であった者、あるいは実際に救急車で出た時間をトータルすると2,000時間を超えているというそれなりの経験のある人が、それまでの経験の中で書面を提示されたことがあるかということなので、すべての接した人の17%だというのではなくて、5年以上の活動の中で、2,000時間という活動の中で、そういった事例に出会ったことがあるかということでございます。それに対して17%の人が今までの経験の中では、そういった事例に出会ったことがあるよという調査結果です。

【部会長】〇〇先生いいですか。大阪が不利ですけど。

【〇〇委員】あの大阪市の方ではですね、実際にDNARが起きて広島さんみたいに細かい統計というのはとってないんです。ですから今回、議題にもあるようにいろいろなことを調べたいねっていう話が出てくるかと思うんですけども、バツとした数字ではウツタインというものがあまして、心肺停止した事例数とあって、それに対しての数字が2,700くらいなんです。その内のDNARオーダーというのが約1割満たないぐらいはあるとは聞いているのですが、現実の精査された数字はないのでちょっと分かりません。ただ、書面ですとか書面等々で統計を取っておりませんので、はっきりとは言えないというのが現状でございます。

【部会長】ついでにですね、広島の方はMC協議会というので、県単位でプロトコルというのを定めていまやっておられるということですけども、大阪の消防本部は、公布の仕方といいますか、さっ

きのような通知まで出してですね、大阪のMC協議会というところで、メディカルコントロールというか医師に相談して、こういう形でやっておられるのですか。

【〇〇委員】そこはやっていないです。MCの中ではどういうふうに救急活動を行っていくかという手順とかね、そういうところはありませんけれど、DNARの方針ですとか、MCの中で協議しようとかいう事態にはなっていません。ただ、当局といたしましては、あくまでも消防・救急という立場として、いくら言われたからといっても「消防の仕事を止めるという訳にはいきませんよ」という判断をしているだけです。だから、どの時点で私どもが仕事を止めるという判断ができるのか、それがいわゆる違法性がないのか、しないことでひょっとしたら僕らがその人が亡くなることに加担したという話みたいにならないのかとか、そういう判断がいま全くつかないということだと思っております。ですから、あくまでもうちとしては、現実のままで消防の業務を優先してやりましょうと、いろいろな問題点が出てきました、でも、みなさん動揺することなく消防に基づく救急の業務をやりましょうと、遂行しましょうということだけを書いただけなので、MCにかけるとかそういうことはやっておりません。

【部会長】他の方々はいかがですか、みなさん。

【〇〇委員】申し訳ありません、一点質問なのですが、まずは広島の方の取り組みの手厚いことを非常に印象深く伺ったのですが、主治医の方が現場にいらっしゃるという事例のご紹介がありましたこととの関係で、主治医の方が現場に来ることができること背景として、距離ですとか、お医者様がそういう体制を取られているかどうかですとか、そのような条件が前提として関係しそうな気がしまして、主治医が来られるかどうかに係わるような背景・事情が何かあれば教えていただきたいというのが、ちょっと漠然としていますけれども一点です。それで、仮に大阪で同じようなことを試みようとした場合に、広島の場合には主治医が全体を合わせて70分で帰っているというのが平均だというお話がありまして、ある程度の早さで主治医がいらっしゃっているというご紹介だったと思うのですが、これも印象論で恐縮ですけれども、大阪に置き換えたとして、その辺についての何かご感触やご事情がございましたら教えていただけたらと思います。

【〇〇委員】平均値は70分ということですが、速やかに来られる事案もあれば、1時間くらい現場で待機することもあるという事案もございます。ほんとに色々な事案がございます、「行けないけれども数時間後には行くから」という先生もおられたりしますし、まちまちでございます。ただ全体を平均すると通常業務と変わらないと。で、我々の資源といいますか体力面だけを主張するといけませんけれども、結果とすると消防機関側にとっても消防体制を構築する時間も短いですし、投入する資材、財源も含めてですね、医療機関側もたぶんそうだろうと思いますけれども、全体とすると結果で見れば良かったかなというデータが出ているということです。

【部会長】はい。

【〇〇委員】いいですか。もともとそういうことをMCといいたし、地域の医療の関係者、病院の先生に来て下さいというルールがございませんので、来れたことはないと認識しております。で、かかりつけで、「先生、ぜひ来て下さい」とかいう話で、もし言われて来られるかなというのは分かりません、いまの時点では。

【部会長】〇〇先生

【〇〇委員】はい。主治医が連絡したら来るか来ないと、まあ〇〇先生のところは沢山やっぺらっぺらやるけれども、僕も現場の感覚として人数としては非常に多いかなと感じの印象を受けました。この主治医がいらっぺらった数の内ですね、例えば、それがどの年代に当たったのかというのがよく分からないように感じました。例えば、訪問診療をしていらっぺらった主治医が、きちんといらっぺらるような70代とか以降の方であれば、訪問診療をしていらっぺらる方であれば、主治医と大抵連絡がつくので可能だと思います。ただ通院しているんですとか、そういうのでは多分、現実的には先ほど〇〇委員さんがおっぺらったように難しいと思いますので、この辺の年代とか分かったら、たぶん訪問診療の主治医がいた可能性が高いんじゃないかなと思います。

【副部長】はい、いまのことで、来て下さるのはかかりつけ医、開業の先生なんかでは、夜なんか来て下さることがあるけれども、主治医が県立中央病院の外科の医者ならまず出てこれないだろうと、たぶん広島はものすごい多様な事例が入っているように思うので、もうちょっと分けていかないと分かりにくいところがあるかなと。それと、MCで大阪の方で議論されていないというのは、これはもう対応するというふうに決めているので、MCが腰を引いているというのじゃなくて、それでも消防本部で対応しますということだから、そうなるのだと思います。

【部長】〇〇さん、どう思います。

【〇〇委員】はい、在宅医療をやっております、〇〇と申します。私たちの方では在宅で看取りという形でしております。また、年間100件くらい在宅の看取りをさせていただいております。もちろん、全てお家にかがっております。実際に在宅診療所24時間対応をしますということで登録している件数を、いま調べると、広島で500件以上、大阪でも1,600件以上ありますので、24時間対応でされている医療機関はそれなりにあると、そういう場合に、私たちもまだ在宅医療がはっきり浸透していない当院の開設当初は、家族が救急車119してしまったということで、現場で話させていただくこともありましたけれども、最近では、ほぼそういう件はなくなって、家族が救急車を呼ばないということでご理解していただいて、その連絡で行ったりとか、実際現場でこのやりとりがあった上で駆けつけるというようなやりとりは少なくはなっておりますけれども、在宅医療の取り組み方であるとか、話し合いがどこまで進められているかによって、けっこう地域差であったりとか、医療機関間の問題はあるかなと思いますし、先生がおっぺらられた通り病院が主治医の場合と、在宅診療所が主治医の場合とで、見えてくる数字も大きく違うのさだろうと感じております。そこで広島の方に伺いたいのは、主治医が登場した事例にせよ、しなかった事例にせよ、在宅診療を受けていたかどうかという基準ではなにかデータがあったりされるのか伺ってみました。

【〇〇委員】そこまでのデータは取っていません。調査をしようと思えば出るのさだろうと思います。ただ、この36例の中に現場に来られる先生で、積極的にやられているのかちょっと分かりませんが、同じ先生が来られる例は入っております。我々の方とすると、いまは主治医に連絡をして主治医の指示に従うということをベースにして、あとは家族と主治医の意見が違った時にも上手く主治医を絡めて救急隊がマネジメントをして、最終的な決断の基に搬送するか搬送しないかというところで対応をしているということです。

【部長】いままで言っていたことで、これはちょっと確認ですけど、これは大阪の資料で8ページ目の所に、大阪ではこういうふうにはやっておりますと要領よくまとめられていますけど、次のように考えればいいのですかね。DNARとしてははですね、大阪としては消防法に基づく活動を遂行するというのが本意なので、この段階であれば何であれ、しかも、主治医がいようがいまいが、ちょっと言い方がきついかもしれませんが、それと関係なくもう消防の範囲という話です。しかし、広島の方はこの段階でDNARかなんか示されるような話があればですね、これは主治医に連絡をして判断してもらおうという、そういう違いだということですかね。それで、次のところに特定行為の実

施になるとね、これは具体的な医師の指示が必要だから、これは大阪であれ何であれ、当然医師と連絡として指示に従うということになる、そういう区別になるということなのですから、そういうことを確認した上でなんですけれども、上の方だけでいいと思いますけれど、家族等が一致していない場合の方が多からいろいろなのだろうけど、現場ではどうということなのかっていうのが難しい、私には想像できないのですけれどもね、やっぱり誰かが「心肺蘇生はうちのおばあちゃんの場合はもういいんです」と言い出した時にですね、「いやいや、こちらは消防法がありますからというので、やらせてもらいます」って言うてですね、それは本当にトラブルにならないかと、なりそうな気がするのですけれど、そういうことっていままでないのですか。それこそ、その場でまさにトラブルになりそうな、うん、家族の中でもトラブルになっているのかもしれないですけれどもね。しかし、片方は消防法があるっていったって、家族だからちょっと難しいのですけれども、本人が望まない医療は消防隊どころか、本当はお医者さんだっただけできないってことに現代ではなっているのね、そういうのをインフォームドコンセントとっている訳ですから、そういうのを私みたいに理屈っぽい人がいれば、大きなトラブルになりそうな気はするのですけれども、そうじゃなくて何とか上手くいままではやってこられているということでしょうか。

【〇〇委員】すみません。あの何人がそういうトラブルになったというデータはございません。

【部会長】上がってきていないのですね。

【〇〇委員】そうです。何とかやってくれているというのが事実です。あの、それはお叱りも受けましょうし、正直言って大阪の場合、病院さえ決まれば5分位で行けるので、市内で二次三次で100くらいあるんですよ、狭い面積の中で。ですから、運ぼうというふうに相手さんが受け入れさえすれば、医師にすぐに引き継げるというのがありますから、その場でずっと議論しながらずっとやっているというのがないので、ひょっとしたら、そこは救われているのかもしれない。

【部会長】なるほど。

【〇〇委員】だから、ほんとに細かくトラブルがあってもめました。だから私たちの立場が出て行って説明しましたと、そういうことはあんまりないです。

【部会長】〇〇さん

【〇〇委員】上智大学の〇〇です。いまの〇〇先生の質問に少し関連して、基本的に素人なので現場のことが全然分かっていないので2点だけ教えていただければと思うのですが、先ほどCPRという言葉があったと思いますが、その中でも本人にとってすごく侵襲度の高いものと、そんなに高くないものってレベルがあるんじゃないかと思いますが、それは一般的に胸を押すとそこが折れてしまうというのは素人でも分かるのですが、それよりも少し侵襲度が低いようなものを、例えば家族等の希望に従って代えるようなことがあり得るのかどうかということが、ちょっと教えていただければありがたい。まあ、家族の意思で代えなくてもいいのですけど、どの位のことが一般的になされるのかというのが分からないので教えていただければというのが一点目です。二点目も、決して責めるとかいう趣旨ではないのですけれども、さっき〇〇先生が言われたように救急現場で本人の意識がある場合、どんなにひどい状況でも「病院送らないでくれ」と言われたら、病院に搬送を拒否したら、たぶんそれを強制することはきっとできないのだろうと思いますけれども、他方、誰かが救急車を呼んで家族の方が「CPRみたいなことをやらないでくれ」って言われた時には、「でも、私たちは法に基づいてやります」という時には、論理としてはどういうふうに、誰か他のひとは少なくとも「やってくれ」ということを言っているから、その同意でOKと考えられているのか、どういうふうに整理されて

いるのか、分かることがあれば教えていただければありがたいと思ったのですけれど。決して責めるとかそういうことではないと、すみません、状況を知りたいということだけです。

【〇〇委員】一つ目につきましては、現実にはそういうアンケートをとったこと無いので、ちょっと分からないというのが現実です。二つ目の本人の意識としては、私どもの内規であるのは、救急隊はというところで、傷病者またはその関係者が搬送を拒んだ場合は、これを搬送しないことができるという一文は置いています。当然、ご本人さんが意思表示をできれば拒否という形になるのですが、ご家族が「絶対に運ばないでくれ」と言われたら、これも状況によっては、それは現場での話し合いにもなりますけれども、そのプロセスがどうなっているところでは、細かいデータをとったことはないで分からないですけれども、一応拒否という扱いで搬送しないことはあります。当然、その時には私どもは活動記録というところに、ちゃんと誰れさんが関係があつて、例えば奥さんとかが何時何分にこういう拒否がありましたと、もしくは本人さんから強い拒否がありましたと申し添えて、「もし症状が悪化するようなことがあれば再び救急要請をして下さい」ということを申し添えましたということまで書いて、記録としては残します。はい。

【部会長】あのもう一件ですね、今日のご報告をいただくことになっていまして、それは〇〇さんからということなので、それを聞いてまた質疑を続けたいと思います。〇〇さん、お待たせしました。

【〇〇委員】はい、ありがとうございます。救急救命東京研修所の〇〇です。私からは資料5-1と5-2を使って説明を致しますが、その前に、私もともと救急医で救命救急センターで働いていたわけですが、救命救急センターには、救急隊の方が患者さんを運んでくると、すると、その家族が「望んでないんですよ」と、あるいは救急隊の方から「望んでない方なんですよ」と伝えられることがあるんですね。すると、望んでない方を救命救急センターに運んできてどうすればいいんだろうと、何をすればいいんだろうと思いついたのがきっかけで、ただそれを考えてみると、実はそれは同じようなことが救急隊でも起きていて、望んでないにもかかわらず救急隊さんが呼ばれてしまうといったことに気がついて、取り組んできて、学会として提言書としてまとめましたので、その内容をご紹介しますと思います。資料5-2が提言書という本文でございまして、それを簡単に紹介するものが5-1ですから、5-1を用いてご紹介いたします。一枚おめくりいただきまして、提言元である日本臨床救急医学会を簡単にご紹介いたします。〇〇先生が代表理事で救急医療に関わる医師のみならず看護師、救急隊員、救急救命士、薬剤師といった多職種で構成される学会でございまして、およそ4,000名くらいの会員がいると、そういった中でこういう問題があるということで、平成27年に学会に検討委員会を設置いたしまして、28年に委員会としての報告書をまとめまして、29年1月に学会員を対象として意見を募集して、意見を取り入れた上で昨年4月にこの提言書を公表させていただきました。その内容を次のページからご紹介いたしますが、まず提言をした背景、いままでご紹介があった通り、救命を希望しない場合には119番通報をしないのが望ましい訳ですが、現実には119番通報によって救急隊が呼ばれて、呼ばれた救急隊が現場で心肺蘇生を実は傷病者は希望してないんだよといったことを言われる事例が現実には起きています。そういった中でどのようにそれに対応したらいいのかという指針が示されていないので、では学会でどういう形で対応すればいいのか指針を作ってみよう、というのが、この指針を提言した背景、あるいは目的でございまして。その次にですね、いま現状がどうなっているのかというのをまとめたのが4ページでございまして。一つ目は先ほど17%で少し議論がありましたけれども、そのものでございまして。二つ目は心肺蘇生等を希望しないという傷病者等の意思と、救命するという救急活動の原則との狭間で救急隊と本部が思い悩んでいる状況というのが、各それぞれの個人個人、あるいは消防本部の枠を超えて全国的な会議においても報告されるようになってきたと。一方で、救急隊がその時にどう対応するのかというのを先ほど広島市、あるいは大阪市の例をご紹介いただきましたけれども決まっている所は少なく、実は16本部、政令指定都市の21の消防本部でみると、どう対応したらいいのか決められていない、決めていないというのが76%

ですよ、というのがこの時の現状であったと。その決めている、文章で示した物があるといった中をみると3本部がかかりつけ医から中止の指示があれば心肺蘇生を中止すると、これは先ほどの広島市さんの例だと思いますけれども、2本部は傷病者の希望や医師の指示にかかわらず心肺蘇生等を実施するというのが大阪市の例だと思いますけれども、こういうふうになっているのが現状であったということでございます。次のページは全国的な会議において、ある消防本部からこういった点で我々は困っているんだということで提案があったものでございます。2の内容といたところで、「本市では119番通報があった時点で、救命の意思があるものとして救命の全力を尽くすことを基本原則としています」、という中で、黄色のところまで飛びますけれども、「さらなる高齢化社会の進展を考慮すると、蘇生拒否の意思表示のある患者への対応は憂慮すべき事案と考えており、主治医より蘇生中止を求められた場合、救命処置を実施するのかもしれないのか、また緊急搬送は実施するのかもしれないのか、さらに消防本部の取り決めがあるのかないのか」、そういったことを議論したいというような形で、全国的なところでも取り上げられるようになったということで、学会で議論が始まったという背景をお伝えしています。次のページ、6ページですけれども、学会の中で「じゃあどう対応するのか」といった中で、基本的な考え方として4つほど大きな方針として挙げました。一つ目は心肺蘇生の開始ということで救急隊は心肺停止、心臓も呼吸も止まっているということを確認した場合には、心肺蘇生、まあ心臓マッサージだとか人工呼吸とかの実施を希望しない旨の意思表示を受けても、まずは心肺蘇生等を開始するのが原則であろうと。とりあえずどういう状況であっても一旦は開始するというのが一つ目でございます。なぜなら確認が不十分な段階でそれを取りやめて、あとになってその誤りが判明した場合には、その間の心肺蘇生等の遅れが傷病者の転帰を悪化させる原因となり得るので、やはり、疑わしい間はちゃんとやろうというのがこの一つ目でございます。二つ目が傷病者の自律尊重ということで、とはいえ、医療倫理の四原則の自律尊重の原則に基づけば、人生の最終段階にある傷病者の心肺蘇生等を希望しないという意味は、それが命に直結するものであってもそれは尊重されるべきであろうと。特にその意思が、それなりのあるいはちゃんとした経緯で決まってきたような意思であれば、それは疎かにする訳にはいかないだろうねというのが、この二つ目の原則でございます。次は三つ目でございますけれども、そういった傷病者の意思がしっかりしている間に、自律尊重するといっても、心肺停止という切迫した状況の中で、救急隊が生死に直結する心肺蘇生等の中止を単独で適切に判断するのもまた、難しい状況があるだろうと。そんな中で、かかりつけ医の介在が必要ではないかと。かかりつけ医の判断に沿って活動するのが妥当ではないかというのがもう一つの基本的な考えと。なぜならかかりつけ医というのは、人生の最終段階に至る傷病者の病歴や生活状況、あるいは家族との関係等を比較的にもっとよく理解している存在だろうと考えられるからだとということで、この三つ目を挙げています。最後に標準的な指針や地域の基準に沿った対応ということで、実際の運用は、あとからご提示しますが、本提言で例示する標準的活動プロトコールに基づいて都道府県メディカルコントロール協議会あるいは地域メディカルコントロール協議会が、地域の实情に合わせて修正した地域の活動プロトコールに則して実施しようと、地域のルールに基づいて実施するのが良いのではないかとというのが4つ目でございます。このような基本的な考えを基に、実際に現場に出動した救急隊がどのように活動したらいいか、プロトコールとして提案しているのが次のページでございます。右側の枠を少しご紹介いたします。119番通報で現場に向いて傷病者の元に行った救急隊が心肺停止を確認する、心臓が止まっているなど、やっぱり確認した場合には心肺蘇生等を開始しようと。心肺蘇生等を開始している中で家族等から「傷病者は心肺蘇生等を希望していないんだよ」と意思表示を受けた場合には、受けなければそのままやればいいんですが、受けた場合には、まず傷病者と心肺停止の状況を確認しましょうと、これは本人が希望していなくても、例えば交通事故だとか、あるいは他の人に何かといった状況であれば、これはやっぱりやらざるを得ないねというようなことで、傷病者と心肺停止の状況はやはり一度確認して、そういった除外しなければいけないような項目がなければ、次は傷病者の意思等を書面なりで確認しようと。確認できればその書面等に記載しているかかりつけ医の先生に連絡を取って、必ずしもかかりつけの先生に連絡がすぐつくわけでもございませんから、先ほどいちばん最初事務局の方からご説明で、オンラインMC、日々、



救急隊員が活動する中で困ったことがあった時に、医師に電話で相談をするといった体制が全国的に作られていますので、そのオンラインMC医に相談をして、そのかかりつけ医の医師等から心肺蘇生等を中止する指示が得られれば、その指示に基づいて心肺蘇生等を中止する。こういったプロトコールを提案させていただいている。実際の提言書の方には、一つ一つのステップについてもう少し細かなことを書かせていただいている訳ですが、大まかな流れとして、このように活動したらどうかと提案をしたということです。最後に、提言書にはいくつか留意事項というのを書かせていただいております。それをご紹介して私の説明を終えたいと思います。

一般的に多くの心肺停止傷病者やその家族というのは救急隊に救命を求めている訳です。一刻を争う差し迫った状態では、全ての傷病者に一律に心肺蘇生等を実施するのはやむを得ない面もあったのだらうと思います。一方で、一律の対応では、人生の最終段階の過ごし方について、傷病者が家族やかかりつけ医等とともに熟慮した上で書面にしたための意思に沿えない状況が生じる訳です。我々はこのように相反する状況に配慮し、傷病者全体の利益と傷病者個人の意思がともに尊重される体制となるように提言を作成したと。最後のページですが、そもそも心肺蘇生を望まないのであれば、119番通報に至らないのが理想なのだらうと思います。そのような社会の実現のために関係各位の取り組みが求められると。特に地域の医療や介護・福祉の関係者等への働きかけが重要であろうと考えている訳です。また、この提言を出した段階では、地域の取り組みとあわせて国の行政においても、傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方について、より広範な視点からの検討を望むというふうに言っていたわけでありまして、今日こういったかたちで検討の場をつくっていただいたことについて、我々としてはとてもありがたいと思っていますところでもあります。以上で、私の説明を終わります。

**【部会長】** 以上で、今日の議事次第の（１）ですね、この現状についてというご説明を伺ったわけですが、全体として意見、コメント、ご質問を伺おうと思います。

**【○委員】** いま○○さんのお話について質問なのですが、心肺蘇生を希望していないのであれば、そもそも119番通報をしないのが望ましいわけですよね。ではいったいなぜ、119番通報が発生してしまうのでしょうか。私は素人なのでそれがよく分からないのです。慌てておられるのかな、とか、何か世話をしてほしいという気持ちがあるのか、など想像して見るのですが。もし何かの世話を求める気持ちがあるのであれば、救急ではないところでどういった世話ができるのか、といった話になっていくのかなと思います。ということで、心肺蘇生を望まないのに通報してしまうということがなぜ起きているのだらうか、ということについて、その実態を教えてくださいなと思うのですが。

**【○○委員】** いくつか背景がありまして、ひとつは夫なり妻なり相方が、こういったことになった時には、主治医の先生から私に電話して下さいねって説明されていることもいっぱいあるのですが、いざ、そういうことが起きると、そういったことが飛んでしまって、いざとなって頼れる119番をしてしまう、これあるのだと思うのです。それとは別に、知っている方、世話をしている方ではない方が、突然その現場に居合わせたときには、これはやっぱり119番通報してしまうのです。たまたま宅配便で家に訪れたら、目の前に人が倒れていたら119番してしまう、これは我々の方も消防の方も、医療の方も人が倒れたときにはどう対応するのだっていうことをどう説明しているかという、人が倒れていたらとりもなおさず、まず119番って教えている訳ですね。ですから、そういった背景からも119番通報がなされてしまう現状は、ある程度受け入れなければいけないのだらうな、119番しない下さいよと言っているだけでは、なかなか上手くいかない部分があるのだらうと思っています。

**【○○委員】** 貴重なご報告を伺っていて、本当にありがたいなと思っています。少し戻りまして、○○委員のご報告の中で、確認したいことがありました。いまの議論にもあったように、その家族が動揺し救急車を呼ぶのは、仮にACPを確認していたとしても十分あり得る範囲だと思います。そこは

やはり配慮をしてそのまま搬送したり、対応を適切にしてもらうことは必要だと思います。〇〇委員のご報告の5ページの下のスライドですが、出勤場所は、自宅以外の搬送と不搬送の合計は自宅よりも多いです。この中で不搬送になったものが9件と自宅よりも多いとありました。36件の中で多い少ないとはいえませんが、その背景についてもう少し教えていただけるといいかなと思います。お願いします。

【〇〇委員】なかなか深い。それぞれの諸事情というのは、かなり掘り込んで調査しないといけませんし、実際その亡くなった方に何う訳にもいきませんし、主治医の先生にどれだけ話ができるかなというのがありますが、自宅以外はほとんど高齢者施設です、介護付きのですね。高齢者施設で医師が常駐されているような施設ではありません。まあ、契約をされているような方で、施設へ行った時に先ほども言ったように、対応している方がたまたまDNARを知らない。で、みんなが集まってきたら、その集まってきた施設職員の中に「この人はDNAR」という情報を持っておられる方から情報を得ることも当然ながらあります。施設であれば「かかりつけ医はどなたですか」、ということもありますし、そこで電話すると。来られる先生もおられれば、もう特定の施設については「病院へCPRをしないで急いで搬送してきて下さい」というような指示も出る。という状況が実態ですね。それぐらいしか私はちょっと分かりません。

【〇〇委員】施設の話が出ました。特別養護老人ホーム、まあ施設の最たる物だと思っております。最近、介護度3以上でないと入れないという、大変、重度化ということで、地域包括ケアシステムの環境も例外ではなくてですね、私たち特養でもこれから看取りをやらなければならないという形で、しかし、全体的にですね、これからは看取りと認知症が私たちにとってはですね、ある程度目標というか、重大ポイントであるというふうに考えておりますが、非常に看取りに関しては、まだまだ埼玉県なんですけれども、全体的にはまだこれからというところでありまして。まあ、やっているところはやっています。やはり嘱託医との関係性が一番のポイントになります。しかし、看取りをやっていた場合ですね、やっても主治医に云々と言っているんですけど、家族等が気持ちが変わるということが往々にしてありまして、その場合には119番しかないというふうに考えております。看取りをやっていないお年寄りについては、一応急変された場合には基本的には119番通報いたします。実はその後、家族に連絡と。とりあえず、まずは119番と。その後、家族に連絡という形になりますので、その時、家族が拒否するというのはあまりいままでなかったもので、今回の蘇生は止めて下さいというようなある程度、同意を得ていた場合に施設としては考えるのだろうと。施設としてはとりあえず、速く医療の方に委ねたいと、責任問題もありますので。逆に、「なぜお医者さんに連絡してもらえなかったんだ」と、「怠慢じゃないか」という責任問題の方が頭の中にありますので、とにかく119番という、そういう話があります。それで先ほど広島さんが距離が9.1キロってというのが在宅で出たと思うのですけれども、これは施設がですね、調整区域が作ってあると。病院は市内にありますけれども、施設っていうのは市外にあるので、たぶんこれは施設のことを考えると9.1キロと、たぶんそうだと、私はピンとききました。とりあえず、いま施設はそんな状況です。

【部会長】ありがとうございました。他にいかがでしょうか。〇〇さんどうぞ。

【〇〇委員】ありがとうございます。〇〇先生にご質問したいのですけれども、プロトコールの中で原則的に書面ということで口頭で伝えられた場合は書面の有無をたずねると書かれています。これは書面がなければもう、この先は進まない、下にはいかずにこっちの心肺蘇生を継続という方に行くということでしょうか。

【〇〇委員】一応このプロトコールを考える段階では、これは書面があることを前提に、書面がある時にはこう対応しようということだと思います。ですから書面がない時は、こういう対応はいけ

ませんよと言っているのではなくて、書面がある場合には少なくともこういう形にはしてあげられるよね、というような建て付けになっております。よろしいでしょうか。

【〇〇委員】ありがとうございます。

【部会長】第1回目では、こういう件のご報告を聞いて、また次回へ繋げるというか、(2)で実態調査というのもあってですね、十分な調査というのも、まだ行われていないということで、今日のご意見の中にも調査に反映すべきいくつかの示唆が出たと思うのですが、今日予定していた議題というのもあるので、とりあえずそちらの方へ移ろうかと思えますけれども、これは事務局からですね、まだ(案)ということですが、それではお願いいたします。

【事務局】はい、事務局からご説明させていただきます。救急専門官〇〇です。お手元の資料6をご確認下さい。Word1枚紙になっております。傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実態調査概要(案)という形で書かせていただいております。あくまで、これは概要ですので細かいものについては2回目でご提出できればと考えております。調査の目的としては、救急要請を受け現場に出動した際に、患者は心肺停止状態であるが患者本人は心肺蘇生を拒否する意思表示をしていたことを家族等から示され、心肺蘇生行為や搬送を拒否される事案が発生している。そういった事案経験の有無や、実際の救急現場における対応であったり、何度か単語が出てきておりますがメディカルコントロール協議会におけるプロトコールへの反映、事後検証の有無についての実態調査を、まずこちらで行いたいと考えております。対象として大きく分けて二つ。一つは全国728ある消防本部に対して行う予定です。期間としてはオンラインシステムを使用しますので一週間程度を見越しております。内容としましては、実際の隊員等のヒアリング等をおこなっていただけたらという意図も含めておりますが、患者は心肺停止状態で、患者本人が心肺蘇生行為を拒否する意思表示をされていたことを家族等から示され、心肺蘇生行為や搬送を拒否された事案が、経験があるのかどうか。あるような場合、どの様に対応したのかという所について確認をしていただきたいと。その場合の対応として、以下に例として挙げてあります。その場合、心肺蘇生行為はしたのか。病院にそのまま搬送したのか。本人の意思をどのようにして確認したのか。夜間や休日でも在宅医とは連絡がとれたのか、もしくは、かかりつけ医、主治医と連絡はとれたのか。不搬送とした場合、その後の対応はどの様にしたのか。警察等への連絡であったりは、どのような形にしたのか。家族等が救急車を要請した理由はどの様なものがあるのか。等々について、調査できればと考えております。続いて対象2になりますが、こちらが各メディカルコントロール協議会に対して調査を依頼しようと考えております。各都道府県を通じての形になりますが、都道府県メディカルコントロール協議会、地域メディカルコントロール協議会へアンケート用紙を送付いたします。収集にはおそらく1か月程度が見越されると思われれます。内容としては大きく分けて三つ。心肺蘇生行為を拒否される事案対応における救急隊の活動についてのプロトコール作成があるのかどうか。心肺蘇生行為を拒否される事案した場合の事後検証の実施をされているのかどうか。担当医と連絡がとれず、メディカルコントロール医師に連絡がきた事案があるのかどうか。と、いったところの内容についてのアンケート調査を予定しております。二つの調査の内容について、この後、ご意見等を賜ればと考えております。また、この調査結果は事務局の方で集計後、検討部会、および、検討会の方で資料として使用することを見越しております。ご説明は以上になります。

【部会長】資料の6についてです。この会をつくって、ただ議論していただくだけでなく実態調査も併せておこなった上で、皆様にまた考えていただくということで、これ、まだ本当に素案なので、実際には次の第2回で、実態調査の(案)をもう少し詳しいものが出てきて、そのご意見を伺って、それをブラッシュアップして、その後、実態調査に入ると事務局では考えておられるというようなので、次回にですね、こういう実態調査をせっかくやるのだったら、こういうことを是非とも聞い

ておきたいということを皆さまにお伺いしたいと思っておりますので、お考えいただきたいと思うのですが、この時点でなにかありますか。どうぞ、〇〇先生。

【〇〇委員】消防庁のワーキンググループでお話しするのがいいのか分からないのですが、この件に関して、意思を示した本人とそれを受け止める家族、そしてそこに救急隊、救急というふうに繋がっていると思うのですけれども、肝心のかかりつけ医・在宅医、〇〇先生のご報告でもかかりつけ医が十分報告しているはずだと言っていたのですけれども、このかかりつけ医がどういうふうに情報を扱っていたのかですとか、家族に話していたのかが、かなり重要なことになってくるのじゃないかと思ひまして、特に先ほど書面のことも話したのですけれども、POLSTですね。〇〇さんが示された、医師による指示書という時間を止めた指示書が書かれた時点での意見という形から、今回、厚労省の方からACPという話を続けるという形に変わってきている現状で、書面が一時あることよりも話し合いを続けていくことを重要視しようというふうにガイドラインが変わってきているとすると、やはりかかりつけ医がこの話し合いに入ってきていないと、書面あるないというところと、家族が呼んでしまった、呼んでしまわなかったという話と、救急隊員にそのあと責任はどうだという話だけで結びつけるのは、どう繋げるのかアイデアがあるわけじゃないのですけれども、在宅医として在宅医の責任であるとか、というふうに在宅医が動いていいのかというところを、一緒に検討することが可能なら、ここに含めていただかないと、少し肝心なところが抜け漏れるような気がいたしましたので発言させていただきました。

【部会長】ちょっと私も〇〇さんの意見に乗かってなんですけれどもね、そもそもDNR、DNARって最近はやらしいのですけれども、そもそもDNARってお医者さんのオーダーなのですよね、そもそも。つまり、個人のリビングウィルとかいう話じゃなくて、お医者さんが、もちろん本人と話し合った上で、次にいろんな発作があった場合は、もう無理はしないでおこうね、っていう点で、カルテに書かれるものはずなのですよね。それが家族のところDNARとか出てくるというのが、本当はよく分からないのですよ。そういう頭からすると。だから消防隊に聞く中で、上手く出てくるか分からないのですけれども、かかりつけ医であれ、誰であれ、お医者さんがやっぱり判断して、こういう判断をこの特定の患者にしているのだっていうこと背景とか、まあそういう事情だと思うのですよね、もう無理はできないような人なのだと、意味なく苦しめるだけだからっていう、そういうことが出てくるようであれば、それはこちらとしても対応するっていう話に普通はなるので、お医者さんのDNARっていうのか、そうじゃなくてDNARという言葉が、もう一人歩きしていて、もう本人と家族で救急隊はもう呼ばないみたいな話になっているのかどうかっていう、お医者さんの方の指示も本当はあった上でっていうのが多いのか、こういう事例ですよ。そうじゃなくて、こっちで自己決定で判断するっていう、まあ家族決定かもしれないけれど、そういう話なのかどうかっていうことも、ちょっと入れて下さると、もう少し焦点が結べるかなって思うのです。それから、さっき〇〇さんもおっしゃったのですけれども、やっぱり患者がね、私の身の回りであったのは97歳の親族の場合で、それであれば無理しないっていうことがあった。つまり、年齢は大きいと思うのですよね、でも、一方で私の中でも、こう矛盾があって、なんか90だからとかね、昨日も自動車運転して90だからっていうからあんな話になって、年齢に注目しすぎると実は偏見を助長する。あの人は70の時にもあんなことやってたかもしれないのです。50歳の時にも。いやいや、これはあくまで憶測です。赤信号でもってというのが、90になったからっていう話はね、もちろんあるかもしれない。得手勝手になるのは年寄りになったからだっていうのは自分のことが言われているような気がするけれど。つまり、一方で年齢でパッと判断して、まあ、もういいんじゃないのっていうのも、年齢による差別ではあるのですよね。まあ、しかし、一方で、ある程度の常識として、もうこれだけの高齢者になっているのだから、却って本人にとっても辛いだけだっていうのも、常識的な判断としてあるみたいな、つまり、正にこの場面で、何歳の患者が問題になっているのだというのがあっても、いいんじゃないかなって思ったりするのですね、患者サイドとして。それで、どうしたらいいのかっていう、それじゃあ80以上はこうしま

しょう、80以下はこうしょうっていうことには、ならないと思うのですけどね、やっぱり重要なデータの一つとしては、検討要素としては、あるいは資料としてはあってもいいかなと思ったりしたということですね。

【副部長】実は明日、全国メディカルコントロール協議会というのがありまして、そこでちょっと話さなければいけないのですが、今日、こういう会議があったっていうことと、あと、夏頃に調査するので、協力して下さい。これ消防本部に事務局やってたら二ついくかもしれないので、これはMCと消防本部の別ですよ、と、ちょっとアナウンスをさせていただきたいと、協力して下さいということを、ここで皆さまにご了解いただけると、調査するので協力して下さいと、ご案内だけさせていただきたいと思います。

【部長】そうですね、これ対象にメディカルコントロール協議会というのが入っているのですから、よろしく願いいたします。

【部長】他には、いかがですか。

【副部長】あの、実は、全体の調査のことではないのですが、僕も救急医で10年くらい前までは119番通報してきたら、どっかの誰かが助けを求めていると。それも地域のヒューマンとあらゆるリソースを最適化して命を救う、ただその一点で消防の人といままでくみ上げてきて、メディカルコントロールやってきたけれど、10年前くらい前から助けた後から、ものすごく主治医の先生に怒られて、「何をしてくれるんだ」と、「もう何遍も話をしてくれて、もう蘇生はしないということに本人納得してきて、お前たちが余計な事をした」というので、こっちは徹夜してやったのに怒られてというのが、〇〇さんが言ったように、「これどういうことなんだ」と、救急医としては。救急隊員たちも、「どうして俺たち呼ばれたの」という、実は適正なケアと終末期が欲しいという人たちが、救急の所へ入ってきちゃった、入ってきちゃったっていう表現は適切かどうか、ともかく、心臓が止まったときには、もう一般の人は頸動脈触るなど、これ分からないと、一生に一回か二回か、一回くらいしか見ないのを、亡くなったか亡くなっていないか、おそらく分からないので、思わず119番しちゃう人がおられる。救急の人たちだけじゃなくて僕たちの所に来ても、「お母さん、あなたが119番するからこんなことになるんだ」と、ご家族でけんかになっちゃって、それがこっちへ「先生たちが余計な事をやるからだ」と、我々の立つ瀬もないっていう状態に、でも、それにちゃんと対応できるように、救急も成熟はしてきていると思うので、ちょっとそのところ消防法の第2条9項ですか、それを上手く対応していく必要があるのかなっていうのを改めて思ったのと、広島さんの対応を詳しく聞いたら、これ決して対応しないじゃなくて、ものすごくきめ細かい対応をなさっているんで、きちり情報を消防の人たちに流してあげないと混乱するかな、また現場は混乱するかなと思いますので、改めて部長によりしくお願いいたします。

【部長】資料7ですね、今後の日程があるので、まあ予定通り行くかどうか分かりませんが、事務局の方、ご説明下さい。

【事務局】資料7をご覧ください。検討のスケジュール（案）ということで、簡単にご説明させていただきます。第1回目については本日になります。第2回目につきましては平成30年6月28日を予定しております。その後、第3回目については7月以降を予定しております、実態調査をいたしまして結果を受けて、論点整理、意見交換等をおこないまして、平成31年の1月頃を目処に議論のとりまとめをしたいと考えております。事務局からは以上になります。

部長：ありがとうございます。今回は〇〇さんと〇〇さんと、きょう欠席でございますけれど、〇〇さんからもいろいろなお話を伺い、さらに、実態調査の中身について詰めるということになりま

す。きょう時間になりましたので、これで今日は閉じさせてもらおうと思っているのですが、ちょっと一点だけ、私も忘れてしまうので、ここへ書いて置いても。先のCPRをしないで搬送するっていう例ね、お医者さんの指示もあってっていうのは。それは具体的には、その方は搬送してもたぶん亡くなるのですよね。CPRしないのだから。で、亡くなっていいっていう話で搬送だけはすることになると、それはそれでいいような気もするのですけれども、結局、病院で死亡するっていう話になりますね。で、もしかして、本当はそういうケースじゃないから指示が出るのかもしれないですけど、やっぱり自分は在宅で、あるいはこの施設で亡くなろうと思っている、終の棲家はここだって思っているような場合にはですね、本当はCPRしないで搬送っていうのも、本当にそういうのでいいのだろうかという気もしないではなかったっていうことなのです。どこまでを本人の希望に沿ってというのが実際には難しいことなので、それが実態調査の中で出てくるのか、聞き方も難しいと思いますし、今日はもうしゃべるのを止めて、今日は長時間に渡ってご意見をいただいて、ただ私を含めてですね、現場でどういうことで本当に悩んでいるのかという点については、本当にいろいろご教授いただいたと思いますので、また次回、議論を続けたいと思っております。どうも今日はありがとうございました。

## 6 閉会

**【事務局】**〇〇部会長ありがとうございました。事務局から二点、連絡をさせていただきます。一点目ですが、次回のスケジュールを先ほどは申し上げましたが、6月28日の木曜日の16時から開催を予定しております。開催場所は都内を予定しておりますが、後日、正式にご案内をさせていただきます。二点目ですが、お手元にある資料についてですが、事務局から後日、郵送させていただきますので、机上に置いたままでもけっこうでございます。それでは、以上をもちまして平成30年度救急業務のあり方に関する検討会、傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会（ワーキンググループ）の第1回会合を終了いたします。本日はお忙しい中、誠にありがとうございました。（了）