

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(第2回目)
議事録

1 日 時 平成30年6月28日(木) 16時00分から18時00分

2 場 所 大手町ファーストスクエア カンファレンス Room A

3 出席者 部会長、委員11名、オブザーバー、参考人

4 会議経過

(1)開会

【事務局】定刻となりましたので『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』を開催させていただきます。本日の司会は消防庁救急企画室の〇〇が務めさせていただきます。よろしくお願ひいたします。以降につきましては着座して進行させていただきます。まずは第1回の検討部会でご欠席されました委員のご紹介となります。〇〇委員でございます。

【〇〇委員】よろしくお願ひいたします。

【事務局】また、本日は埼玉西部消防局の〇〇救急課長様にご参加いただきまして、埼玉西部消防局のDNARプロトコルの取り組みについてご発表いただきます。どうぞよろしくお願ひいたします。なお、〇〇委員、〇〇委員については、所用によりご欠席となっております。

続きまして、配布資料の確認についてですが、配布資料は割愛をさせていただきますが、委員の皆さまについてはパンフレット、それから報告書を配布しております。パンフレットにつきましては、〇〇委員からご提供いただいたものになりまして、黄色と紫と緑の三つのパンフレットになっております。後ほど〇〇委員のほうからご紹介をいただく予定となっております。また、報告書につきましては、第1回まで本検討部会の際に事務局の資料の中で説明させていただきました北九州市市立八幡病院の伊藤先生が研究の代表をお務めになりまして、おまとめいただきました報告書となっております。ご参考として配布させていただきました。では、まず、開催にあたりまして〇〇部会長よりごあいさつをお願ひしたいと存じます。

(2)挨拶

【部会長】この会議、これで第2回ということになります。そのテーマは、そこにあるように、今日の議事1の所にあるように、救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応ということです。私も救急の活動にしばらく前から少しだけ関係していたので、ちょっと前までは、救急現場で救急隊員がどれだけのことができるだろうかということが、むしろ議論になっていたのが、今や、まさに超高齢社会の中で、救急隊員に、やれるのだけれどもやらないほうがいいかどうかという、新たな、現代的な課題が出てきたということを知りました。前回は広島の方と大阪の方からそれぞれの対応について伺いをして、さらに今日は埼玉ということなんですけれども。まず、この最初の2回ぐらいで、現場がどういう問題で悩んでいるかということの問題意識を共有しようというわけです。さらに、ここに出ておられる方からだけでなく、後ほど、今日は問題になりますけど、二つ目として実態調査を行って、本当の現場を知っている方から広くご意見を伺い、悩みを取り上げようということになっております。その上で、また先生方にご議論いただくこととなりますけれども、何かここで一

定の方針というか助言みたいなものが出てくればいいというふうに願っております。よろしくご協力をお願いいたします。

【事務局】〇〇部会長、ありがとうございます。撮影のほうはここで終了させていただきますので、マスコミの皆さまにおかれましてはご配慮のほう、よろしくをお願いいたします。それでは、以後の進行を〇〇部会長にお願いしたいと存じます。よろしくをお願いいたします。

5 議 事

【部会長】議事次第というのを見ていただくと分かりますけれども、今日の議事は2点ですね。救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応の現状についてという、現場のことをよく知っておられる方がヒアリングに来てくださっている方もおられるし、それから、この中の委員の方もよく知っておられるというので、配布資料の順でいうと、事務局から、まず説明があり、それから埼玉西部消防局の〇〇さんからもお話があり、その上で、ここの委員であるところの〇〇さんと〇〇さんと〇〇さんにお話を伺うことになっております。これがいわば第1部でありまして、それから、実態調査案というのが事務局のほうでまとめていただいたようですので、こういう実態調査でどうだろうかということをご意見の伺いながら、改善すべき点があれば、これからの問題ですから改善しようという心づもりでおります。

(1) 救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応の現状について

【部会長】それでは、早速、まず議題の1で、事務局と、それから埼玉西部消防局の〇〇さんからお話を伺いたいと思います。よろしくをお願いいたします。

【事務局】それでは事務局の救急専門官を拝命しております〇〇のほうから資料に沿ってご説明させていただきます。資料1のほうをご確認ください。事務局から本日ご説明させていただく内容につきましては、前回、第1回のほうでご説明させていただいた内容の、主に補足という形になります。今回の検討会は、ご説明がありましたとおり、救急関連の方以外の方にも多数ご参加いただいている関係上、救急の、実際われわれが使っている単語であったり消防の現状についての補足になるとお考えいただけたらと思います。

では、1枚目の1ページ目をご覧ください。消防の組織というものについての資料となっております。市町村消防の原則として、消防組織法、この第6条の中で、市町村は、当該市町村の区域における消防を十分に果たすべき責任を有するという形で書かせていただいております。この市町村の下に常備消防および非常備消防という形で現在消防は組織されております。現在の消防本部数は728、消防職員数は16万2094人、平成30年4月1日現在という形になっております。この消防本部の下に消防署であったり消防の出張所であったりという所があるとお考えください。現在の救急隊数としては5140隊、救急隊員数は6万2489名、実際に運用されている救急救命士の数が2万5872名という形で示されております。

また、その728ある消防本部それぞれにおいても、管轄人口によって非常に大きな差がございます。70万人以上、こちらは東京都、東京消防庁や横浜消防局、大阪消防局などの大きな本部になります。その一方で1万人未満という本部もございます。それぞれの出動件数も、やはり管轄人口に応じてかなり大きな差があり、例えば23本部、70万人以上の所では平均数、救急隊1隊の年間平均出動件数が2507件ということで、平均すると1日7件程度。一方で、1万人未満の所においては、やはり平均1件弱というふうに変ってくるというところに差があるということをご理解いただけたらと思います。

続きまして、2ページ目にまいります。CPA等の用語についてという形で、前回も私のほうから簡単に、口頭でのみご説明させていただきましたが、CPA、CPRという単語は今回何度も出てきますの

で、改めてご説明させていただきますと、CPAとは、略語なのですが、cardiopulmonary arrestという表現で、心機能、肺機能のいずれか、もしくは両方が停止した状態ということを示しております。一方CPRとはcardiopulmonary resuscitationという表現の略になり、心肺機能が停止した状態にある傷病者の自発的な血液循環および呼吸を回復させる試みおよび手技という形で書かせていただいています。日本語でいうと心肺蘇生法という表現をされております。CPA0Aは来院時に心肺停止の状態であるという表現になりますが、こちらのほうは少し割愛させていただきます。上記はいずれも日本救急医学会のホームページのほうから抜粋させていただきます。今後も、この単語が出てくると思いますので、皆さまがた、ご承知おきいただけたらと思います。

続きまして、3ページ目にまいります。前回口頭でご説明させていただきましたメディカルコントロール体制というもの、都道府県単位と地域単位であるということをご説明させていただきましたが、少し具体性に欠け、具体的なイメージを持っていただこうということで、大阪府のMC協議会の組織図というものを示させていただきます。大阪府救急業務高度化推進連絡協議会、こちらが都道府県MC協議会という形になり、その下に地域のMC協議会があるという形になっています。それぞれの中で教育に関する検討、協議に関する小委員会だとか、実際の活動に関する検証に関する小委員会等も持たれているというのが、この図で示させていただくとお考えいただけたらと思います。

引き続きまして4ページ目をご確認ください。こちらは何度か出てくる単語になりますが、プロトコールという表現。こちらは救急隊が従う実際の現場における活動の指針になりますけれども、心肺蘇生プロトコール、こちらは湘南地区のものを抜粋させていただきます。心肺蘇生時にどのような活動を行うのかというものを事前に決めていくものになります。反応を確認し、用手的気道を確保し、心停止を判断した場合、CPRを開始し、AEDという体外式自動除細動器を使い、その上、患者の状態等に応じて、このECG、心電図の波形等を確認しながらCPRを継続するか、もしくは心拍が再開したら、この後どのような対応をしていくのかというのを一連の流れ図で示しているものになるとお考えください。この一覧を全てプロトコールという形で、心肺蘇生以外にも多くのプロトコールがございます。

5ページ目は、先ほど述べさせていただいた一般的な活動を、写真を元に示させていただいているものになります。一番左でCPAの状態であることを救急隊が確認し、胸骨圧迫とバッグバルブマスク等での人工呼吸による心肺蘇生CPRを行います。波形等に応じて自動式体外除細動器も使い、除細動を行い、場合によって医師の具体的指示の下で行われる救急救命士の特定行為を行い、その蘇生行為を継続もしくは継続させながら搬送したりという形になると。もしくは、蘇生したのであれば、すぐに救急隊、医療機関に搬送するというのが一般的なCPA事案における活動であるというものを写真で示させていただきます。

また、6ページ目が、こちら、消防庁の調べになりますが、心肺機能停止搬送者の年齢区分別の割合というものを示させていただきます。左にありますものが今回、平成28年中の年齢区分別心肺機能停止搬送者数の割合になり、概略ですけれども、70歳以上の傷病者においてが70パーセント以上を占めていると。さらに、そのうち、心原性および非心原性という形で分けており、非心原性は外傷で、大きなけがのようなものになりますが、こちらで見ると約4分の3は70歳以上になるというデータが得られております。今回、この資料におきましては、今後の議論の一つの言葉等の参考状況となればと思っておりますので、ご確認いただけたらと思います。事務局からの説明は以上になります。

【部会長】ありがとうございました。続けて埼玉西部の〇〇さん、お願いします。

【〇〇様】埼玉西部消防局救急課の〇〇と申します。本日は当局が取り組んでおりますDNARプロトコールについてご説明をさせていただきます。着座にて失礼いたします。それでは、資料2に基づきまして説明をさせていただきます。資料の2ページ目でございますが、埼玉西部消防局は平成25年4月1日、消防広域化に伴いまして設立された消防本部でございます。埼玉県南西部に位置し、首都圏

からの近郊の住宅街となっております。広域化のスケールメリットを最大限に発揮し、管内人口約78万人の安心安全を守るため、消防行政の推進に全力を挙げて取り組んでいるところでございます。当地域でも65歳以上の高齢化率が進んでおりまして、現在はわが国の集計結果と同じ3.7人に1人が高齢者という状況となっております。

3ページをご覧ください。当局の消防力でございますが、救急車は26台のうち22台が、いわゆる第一線として活動しております。そのうちの1台につきましてはドクターカーとして運用しております。全ての救急車に救急救命士が搭乗し活動しているところでございます。資料4ページ目をご覧ください。救急出動件数と搬送人員数の推移でございます。平成27年にいったん減少に転じましたが、件数、搬送者ともほぼ一貫して増加をしております。また、搬送者のうち65歳以上の方の割合は半数以上を超えておりまして、また、さらに年々増加しているところでございます。当局に関しても75歳以上、85歳以上と分けてみますと、その他の年齢区分よりも大きな増加率になっているところでございます。

5ページをご覧ください。それでは、DNARプロトコル策定までの経緯についてご説明をさせていただきます。平成17年の当時でございますけれども、救急隊が出動した現場で心肺蘇生処置を望まない申し出のある現場をいくつか経験をいたしました。処置は望んでいないのだけれども、どこに電話していいのかわからないのか、誰に助けを求めていいのかわからないのか分からず119番を押してしまった。あるいは、やっぱり処置は望んでいないのだけれども、動転して119番を押してしまった。そのような現場がいくつかありまして、救急活動事後事例研究会という所で検討することになりました。救急活動事後事例研究会と申しますのは、救急隊員と医師とが救急活動の中で疑問に思うことなどを観察、判断、処置内容、病院選定など、さまざまな点についてディスカッションをする場となっております。ここでの検討結果が後の活動指針となったり、プロトコル化されたりしているというところでございます。当局では平成4年から年間約10回程度を開催し、今年、6月に開催を既にしましたが、通算253回を迎える、いわゆる歴史ある勉強会ということになっております。そのような勉強会の場で救急要請の現場に出動したものの、心肺蘇生を望まないというご家族の申し出に対して具体的な対応を検討し、平成18年から、家族のご希望があれば心肺蘇生を行わない運用をしており、その際に記載していただく書面が救急隊員の行う救急救命処置に関する要望書というものでございます。

それでは6ページをご覧ください。先ほど申し上げましたように、平成25年4月に広域化をいたしました。消防広域化に伴いまして、地域メディカルコントロール協議会が改編されました。当地域は埼玉西部第1地域なんですけれども、広域化に伴いまして埼玉県西部第2地域から飯能市と日高市が編入をいたしました。埼玉県西部第2地域では、心肺停止の事案に対しては処置を実施しながら搬送するということを前提としておりました。このように、メディカルコントロール協議会の改編に伴いまして、要望書の継続使用について検討しようというところでワーキンググループが立ち上がりました。

それでは7ページをご覧ください。ワーキンググループのメンバーをご紹介します。6名のワーキンググループでございますけれども、6名のうち3名が医師でございます。救急救命センター長で、地域のMC協議会委員のお立場から、また、地区医師会の会長で、地域MC協議会の委員、また、ご自分の救急病院の院長というお立場から入っていただきました。また、さらに、MC協議会委員の先生がたから在宅を専門としている先生にもご参加いただいたらどうだろうというご意見がございましたので、協議会委員の先生ではございませんけれども、在宅医療をご専門とする先生に入っていただきました。一次施設の院長の先生でございます。以上が医師でございます、その他3名は救急救命士、いわゆるベテランの隊員から選出をしております。

8ページをご覧ください。ワーキンググループ会議の経過でございますけれども、集合しての会議と書面での会議を何度か持ちました。会議では、日本臨床救急医学会ならびに日本集中治療医学会の委員会報告、また、在宅診療関連のトピックなどを参考にさせていただき、また、現場救命士からの経験などを踏まえて検討を重ねてまいりました。そのような中、平成29年4月、日本臨床救急医学会からの提言が示されました。この日本臨床救急医学会の提言につきましては、実は埼玉西部消防局の

職員に臨床救急医学会の評議員がおります。ですので、広く提示される前の案の内容の時点から確認することができておりましたので、早くから会議の中で参考とさせていただいておりました。会議の経緯を時系列で見ますと、3回目の会議で提言を検討したというふうに見えるかもしれませんが、ただ今申し上げましたように、早くから参考にさせていただき、当初から要望書の継続使用と新プロトコル策定の両面から検討し、具体的な対応をまとめたところがございます。続きまして9ページをご覧ください。地域MC協議会に提案し承認された3本となります。具体的な説明はこの後させていただきます。承認は9月の後半でございました。運用が12月1日で、約2カ月間、間が空いておりますけれども、この2カ月間は各医師会あるいは医師会会員の先生がた、また所属する救急隊員に対して運用要領の周知徹底をする期間を設けまして、2カ月後の12月1日からの運用開始というふうになっております。

10ページをご覧ください。承認されましたDNARプロトコルでございます。申し出があった場合の手順を示したものとなりますが、詳細は後ほどまたご説明させていただきます。11ページをご覧ください。医師の指示書になります。医師が使用する指示書でございます。患者本人と主治医、ご家族とが事前に意思を確認する書式となります。この指示書を準備していただく中で、このような最期を迎えるときには救急隊を要請しない、119番をしないというふうな説明も大変重要なのではないかと考えているところであります。しかしながら救急隊を要請した場合には、到着した救急隊員に示すこととなります。こちらは、いわゆるひな形として作成しまして、同等の内容であれば、多少の変更について各医師会の裁量とするというふうにしていただいております。

続きまして12ページをご覧ください。こちらは説明と同意書になります。医師の指示書が提示されなかった場合には、救急隊が使用する書式となります。左側が救急救命処置についての説明となり、現在の状況と、でき得る処置、その必要性を説明いたします。右側は処置への同意書となります。救急隊から受けた説明、処置の必要性について、処置を受けることに同意するのか、同意しないかを記載することとなります。ここで『同意する』には『続けてください』、『同意しません』には『中止してください』という言葉を加えました。緊張する、そういった場面で同意する、同意しないという言葉では判断に迷うこともあると考え、分かりやすい言葉を加えるということにしております。

続きまして13ページをご覧ください。先ほどお示しいたしましたプロトコル運用に関わる、特に重要な部分、いわゆる肝となりますけれども、ちょっと表現は悪いんですけども、心肺停止の場面に出勤したら、「まずやる、いつもどおりやる、迷ったらやる」ということを徹底しております。こちらからプロトコルを持ち出さないということにしております。書式についても、迷ったらやる。家族関係が、本当にこの人が奥さんなのか、迷ったらやる。もろもろ現場で判断に迷うことがあったら、とにかくCPRをやるという方向に進むように指導しております。また、先生からの処置の中止は死亡の判断ではないというふうにしております。

続いて14ページをご覧ください。プロトコルの備考欄に記載した運用上の重要な項目でございます。1番は、先ほど申し上げたように救急隊側から積極的に運用するものではないということに記載しております。また、最終の確認は必ず書面ですということになっております。2番につきましては除外項目という所を設けております。いわゆる生命を脅かす疾患が原因で心肺停止になっているのかというところを判断いたします。外傷とか、そういったもので心肺停止の場合にはCPRを実施するというように決まっています。また、近くに蘇生を強く望むご家族がいる場合には除外項目としております。3番では、書面は先ほど示した指示書、同等なものを含みますが、それと同意書いずれかによるというところを記載しているところであります。続きまして15ページになります。4番では、医師の連絡について書かれております。かかりつけ医を優先し、かかりつけ医に連絡が取れなかった場合にはオンラインMC医にも連絡ができるというふうにしております。また、5番につきましても、先ほど申し上げました医師の指示については、処置の中止であって死亡の診断ではないというふうに記載しております。6番につきましては、原則搬送するというふうに決めております。搬送し、医療従事者に引き継ぐ、医師または看護師に引き継ぐというふうにプロトコルで決めているところがございます。

続きまして16ページをご覧ください。昨年中と本年5月31日までの件数でございます。DNARに関しては、消防から管内の住民に対して広報活動などは、もちろん一切行っておりません。全国にもこういった割合で、そういった希望をする方がいるのだらうというふうに考えております。現場でDNARの申し出があった事案について、当局はこのように集計をしておりますけれども、全国的なデータの集積も必要ではないのかというふうに考えているところでございます。続きまして17ページでございます。当地域はこれまで要望書を含め、平成18年から、いわゆるDNARの要望に添えておりますけれども、処置を中止した事案においても、関係者等から特にクレーム、問題など提起されたことはございません。その理由が先ほど申し上げました救急隊側からプロトコールを持ち出さないということ。迷ったらやる、とにかく、まずはやるということで徹底しています。そして、家族からの申し出があってから運用するというように決めております。また、判断をするのはかかりつけ医の先生でございますので、患者家族とかかりつけ医との先生の信頼関係、これが大変重要なのだらうというふうに考えています。また、ご本人、ご家族、医師と、指示書を作っても、やっぱりその場で助けてと言えば、処置を継続するというを前提としていますので、問題は少ないというか、なかったのかなというふうに考えているところでございます。

続いて18ページをご覧ください。運用事案の詳細でございます。例えば1番の例でございますけれども、これは医師の指示書が提示をされました。しかし、家族が処置をしてくれということで強く希望されましたので、先ほど申し上げました除外項目に当たると考え、処置を実施して搬送しております。3番の例は、医師の指示書がありました。ひな形と同等のものと判断しております。ですので、近くにいらっしゃいましたご家族からは説明と同意書はもらっておりません。医師からの指示書に従ってプロトコールを動かしたということになります。10番の例は、老人福祉施設でございますけれども、これが指示書なんですというふうにお示しをされましたけれども、そこには医師の、かかりつけ医の署名がございませんでしたので、その指示書ではできないということで、また、近くにご家族がいらっしゃいませんでしたので、処置を継続して搬送していると、そのような事案になっております。

続いて19ページをご覧ください。現場滞在時間、母数が少ないのですけれども現場滞在時間というのを調べてみました。DNARプロトコールを発動して、処置をするかしないかということ現場で決めていくと、処置の遅れを懸念する声があると思っておりますけれども、傷病者接触時から心肺蘇生を開始して、通常の活動に並行して意思確認作業を行うことで、現場滞在時間は延伸しないというふうに考えております。処置を継続した事案では18分34秒、当局の平成29年中の、いわゆる急病という状況で心肺停止になった方への処置をした現場の滞在時間は17分36秒ですので、大きな差はないというふうに考えております。一方で、処置を中止した事案につきましては、現場滞在時間が長くなっておりますけれども、これは、ご家族に対して、より丁寧な説明や対応をしたり、あるいは、原則搬送としておりますので、搬出に関しましても、急いでドタバタというよりも、きちんと丁寧な対応をして搬出しているところから、28分3秒というふうになっているのだと考えているところでございます。また、処置を実施しなかった事案には母数が少ない2件でございますけれども、現場に先生が到着するのを待っていたというのがございますので、そういった意味でも時間が伸びたのかなというふうに考えているところでございます。

続きまして20ページをご覧ください。これまでの取り組みと今後の予定でございますけれども、DNAR事案は全て医師による事後検証を実施しております。現在のところ、活動上問題ないという評価をいただいているところでございます。また、運用状況は、地域のメディカルコントロール協議会へ定期的に報告するというようになっております。現在定期的な開催は年2回でございますけれども、特別なことがあれば臨時で開催をいたしますが、地域MC協議会に報告するというようになっております。また、学会等での発表や情報発信も今積極的に行っているところでございます。また、今後の予定になりますけれども、先日救急企画室からのヒアリングでもご指示がありましたが、DNARプロトコールの策定に関わった6名のワーキンググループがございましたが、そちらのメンバーでの検証も実施しようというふうに考えております。また、プロトコール研修会での想定訓練をやろうと思ってお

ります。プロトコール研修会というのは、どういうものかと申しますと、当地域では、現場で活動する全ての救急救命士に対して年1回、地域のプロトコールを習熟するための座学と訓練を行っております。今年度も10月頃に開催を予定しております、その中でDNARのプロトコールに基づいた想定訓練を実施したいというふうに考えております。また、課題を抽出するために、アンケートになるかなと思っておりますけれども、救急隊員に対する聞き取り調査というのもやりたいと思っております。運用上の課題を見つけること、また、傷病者、その家族の思いに寄り添った活動ができるという一方で、救命に懸ける思いで現場に臨む隊員にとって、どのような影響があるのか、そんなところも調べていきたいというふうに、考えているところでございます。以上が当局のDNARプロトコールについての説明となります。ありがとうございました。

【部会長】ありがとうございました、こちらこそ。事務局と埼玉西部の〇〇さんからご説明を伺いましたが、どういうことであれ、ご質問ないしコメントがあれば伺いたいと思っておりますが、いかがですか。〇〇さん、どうぞ。

【〇〇委員】プレゼンテーションありがとうございました。私も埼玉県中央地区という所でMC協議会の地元の会長として関わってきたことがあるのですが、在宅の委員を入れる、構成員を入れるというのは、あまりない試みだと思いき、非常にいいかなと思っておりますが、埼玉県でも他のMCでもやってらっしゃるのかどうかをお聞きしたいのが一つと、あと、もう一つが、この在宅の委員というのが、どういったことで入っていらっしゃるのか。例えば、地元の医師会を通じて推薦をされているのかとか、その辺がお分かりになったら教えていただきたいなと思っております。

【〇〇様】在宅の先生につきまして、他のMC地域での取り組み、参加については、承知しておりませんので、申し訳ございません。当地域で在宅の先生に入りました経過は、このDNARワーキングを立ち上げるという検討を地域MC協議会の中で検討いたしました。その地域MC協議会の委員の中から、在宅に詳しい先生に入りましたらどうだということでも検討し、今回議長になっていただいた先生からのご推薦をいただいて、在宅を専門に行っている先生をお願いをしたというところでございます。

【部会長】他にいかがでしょうか。どうぞ。

【〇〇委員】ご報告ありがとうございます。簡単なことなのですが、二つ確認させていただきたいことがあります。一つ目は〇〇専門官からお話いただいたことで、事務局資料の6ページにあるグラフに関する事です。この左側のほうのグラフで、28年度中の年齢区分別心肺機能停止の搬送者数の割合というのがあるのですが、これについて、目撃の有無で分けた数値というのはいかがでしょうか。

【事務局】手元にはございませんけれども、それは出そうと思えば可能です。

【〇〇委員】そうですか。では、後日、次の検討部会の際にでも、もしお見せいただければ大変ありがたいと思っております。それからもう一点は、埼玉西部のご報告いただいた件なのですが、これも確認なのですが、18ページに具体的な患者さんの年齢など、入っている所、表がありますけれども、ここで、例えば2番の方、5番の方、6番の方、自宅と書いてある、この方たちは、在宅医療を受けていた方たちという理解でよろしいですか。

【〇〇様】生命を脅かす最期といいますが、そのような状態ですので、在宅が関与していたのだろうと思います。全ての方ががんの終末期の方でございますので、在宅医療が関わっております。

【部会長】他にいかがですか。どうぞ。

【事務局】申し訳ございません。事務局のほうから、本日ご欠席をされております〇〇先生と、あと、〇〇先生のほうからコメントと、あと何点かお伺いしたいことをお預かりしましたので、それだけご紹介させていただきたいと思います。まず、〇〇先生から埼玉西部消防局さんの発表につきまして、こちら、埼玉西部消防局さんのご対応が前回の広島消防局さんと同様に、非常にきめ細かい対応をされているというご感想をお持ちで、こういったきめ細かいご対応をするためには、恐らく現場に必須かつ重要なノウハウがあるだろうというご感想をお持ちでいらっしゃいました。また、救急医としての印象ということで、こういったプロトコルの策定、運用につきましては、消防本部と救急医の皆さんとの関係が非常に密で良好であって、この連携が大いに役立ったのではないかという印象をお持ちでして、また、同じように、救急医としてのご印象としまして、埼玉西部さん、それから広島さんは、医師の方と消防との間で非常に連携がいいのではないかというような印象をお持ちでして、こういったご対応を全国700以上ある消防本部全てに対して求めるのは無理があるのではないかとといったご印象でした。それから、前回の広島消防局さんもございましたけれども、心肺蘇生なしで搬送している事例がございまして、こちらにつきましては、それ自体がいいとか悪いとかではなくて、これは、なぜCPRなしで搬送するなどといったことが、救急医のお立場のほうから、なぜだろうというご意見が出るかもしれないというようなご感想をお持ちです。

それから、ご質問ですけれども、スライドの18でございます。こちらの中で、3から6の事例になりますが、CPRを中止して搬送する指示がかかりつけ医から指示が出ておりますけれども、これに対しまして、搬送後の死亡診断はどなたがされたのだろうかとお分かりになるようであれば教えていただければと思います。ここが、もし同じ先生でなければ、かかりつけ医の方以外が看取ったという形になるのではないかということなので、もし、お分かりであれば教えていただければと思うのが1点と、次いで、〇〇委員からのご質問でございまして、資料の12ページになりますけれども、説明と同意書がございまして、こちらの中で、代諾者という形で同意を取得されているわけですが、こちらは法学の先生がたがいらっしゃるもので、恐らく発言があるかというふうなお話でしたけれども、この同意を取るの意味といいますか、趣旨といったのは、こういったところにあるかということについてお聞きしたいということでございました。よろしく願いいたします。

【〇〇様】まず、スライド18ページのほうの3番から6番がかかりつけ医からの指示で、その後の死亡診断はどういった先生でというご質問ですけれども、全てかかりつけ医の指示で、かかりつけ医のもとに搬送しておりますので、死亡の診断もかかりつけ医が行ったということになります。続いて、12ページのスライドの同意書の趣旨でございまして、同意書にサインをいただくというのは、例えば救急活動の中で、心肺停止の事案ではなくて、もろもろの事案の中で、救急車が要請されたんだけれども、例えば傷病者、あるいは家族から搬送を拒まれるということがございます。搬送拒否の事案につきましても、搬送拒否の署名というのをいただいておりますので、それと同じように考えて同意をご家族等からもらうというふうにご考えています。また、この説明と同意書を作成するにあたって、ワーキンググループの委員の先生の所属する病院の法律家の方に説明書を見ていただきながら、また、その病院で使っている、普段治療の説明をするときの説明と同意書にならって、そういったところからの根拠からご確認をいただきながら作ったという経緯でございまして、よろしいでしょうか。

【事務局】ありがとうございます。

【部会長】はい。お願いします。

【〇〇室長】今、先ほどさらっとおっしゃられたんですけども、搬送の非同意書というか、搬送を同意しないということを書面で書いてもらいますということがあったんですけども、それって結構ある話なんですか。こういうシチュエーションじゃなくて、普通の人で搬送を同意しないということってというのはあり得る話なんですか。

【〇〇様】そうですね。ちょっと今、何パーセントとか何件とかは、すいません、あれですけども、不搬送事案というのは、それなりにある事案でございます。

【〇〇室長】それは本人が要りませんと言わないと駄目なのか、それとも、周りも、もういいのではないかみたいな感じになって不搬送となるのか、誰がそれを決めているんですか。

【〇〇様】基本的にはご本人ですね。例えば交通事故なんかで、目撃をした方が通報した。救急隊が現場でけがをされたご本人と接触してみたら、本人は大したけがじゃないし、自分で病院行けるので、いいですよ。このような場合も拒否の事案となりますので、基本的には拒否はご本人からいただいております。また、ご本人とご家族が協議をして、家族が自家用車で病院に連れて行くから大丈夫ですなんてこともありますけれども、そういったときには本人に代わってご家族にサインをいただくということもございます。

【〇〇室長】分かりました。ありがとうございます。

【部会長】はい。お願いします。

【〇〇委員】すいません。なかなか特養の施設長で、ちょっと質問の内容が素人っぽいんですけど、15ページに、書面等に記載のあるかかりつけ医に連絡ということで、プロトコルの場面で、かかりつけ医に連絡が付かない場合はオンラインメディカル医に連絡するということなんです。メディカル医は24ページの2、3に基づいて判断するということになるろうということだと思のですが、かかりつけ医の場合は、いわゆる主治医として普段患者さんと接していますが、いきなりオンラインのお医者さんが判断するというのは、2ないし3の指示書等があるにしろ大変難しいんじゃないかと思うのですが、その辺は具体的にはどうなんでしょうかね。

【〇〇様】ここで医師の指示についてかかりつけ医とオンラインMC医としましたけれども、やはりオンラインMC医を入れるというところで、今、先生がおっしゃったような問題が挙がりました。やはり長く診ていない患者、救急隊が見て報告を受けて、それをやめる、やめないというのはなかなか決められないよというところで、継続をすると。中止をしないでくれ、処置を続けて病院に搬送しろ、これも指示であるので、そういった判断になることが多いだろうなというところですけども、そういったご判断をいただいているところでもあります。

【部会長】他にいかが。どうぞ。

【〇〇委員】2点質問がございます。資料の15ページでございますけれども、5番、6番の所で、CPRを中止した場合についても、これが死亡診断を意味するわけではないということから、原則搬送するという方針についてご説明いただきましたけれども、私の理解が間違っているのかもしれませんが、CPRを中止すれば早晚死亡するわけですよ。それにもかかわらず、あえて医療機関に原則搬送するという方針がどういう趣旨に基づくものかというのが1点目の質問でして、あと、もう一点なんですけれども、このようなご方針にもかかわらず、17ページの統計を拝見いたしますと、CPRを中止した場合についても搬送していないケースもあるようです。このようにCPRを中止した場合につい

て、さらに搬送するか否かの判断基準について、もしよろしければ、ご説明いただけますと幸いです。

【〇〇様】処置を中止と、死亡の診断ではないという所ですけども、死亡の診断については、医師でなければ死亡の診断はできないというところで、そういった意味からも、もちろん死亡の判断はできません。処置を中止すれば、おのずと死亡するというところは説明と同意書の中でも説明をしますけれども、そういった意味で死亡の診断というのは先生にさせていただいているところでもあります。また、搬送するかしないかは、かかりつけ医といいますか、指示をいただく先生のご判断により、処置を中止して運んでください、処置を中止して運ばなくていいです、運ばなくていいという場合には、今から私がそこへすぐ行くので、15分、20分待機していてくれ、あるいは、うちの所属の看護師をすぐに向かわせるので、搬送せずに自宅で待機していてくれ、そういった場合が不搬送となる事案でございます。医療従事者に引き継がずに、運ばずに、救急隊が帰ってしまうということは当局ではやっておりません。

【〇〇委員】端的に確認させていただきますと、要するに医師がいなければ死亡診断はできないと。それで、医療機関に搬送した上で死亡診断を受ける必要がある場合については、搬送すると。これに対して、医師の方が現場にいらっしゃった場合については、搬送の必要がないので、その場合には不搬送で、現場で死亡診断をするということでしょうか。

【〇〇様】そのとおりでございます。

【部会長】よろしいでしょうか。また、チャンスはいくらでもありますので、ちょっと先を急いで、今度はわれわれの同僚の委員として、現場のことをよく知っている〇〇さんと〇〇さんと〇〇さんと、この順番でお話を伺おうかと思っておりますので、まず〇〇さんから。

【〇〇委員】では、始めさせていただきます。資料の3-1をご覧ください。心肺蘇生法におけるフレイル評価の重要性ということで、高齢者救急の論理と倫理について話をさせていただきます。1ページ目、ここには基本的な臨床倫理の原則を挙げてございます。患者さんの意思を尊重する自立尊重、そして、それを含む患者さんを人として尊重する人間尊重の原則の下で医療を行っていただいております。そして、患者さんには医療行為を行う。医療行為には益があるから行うのですけれども、医療行為の多くには害もある。益と害を総合して考え、益が上回れば行うという与益の原則。総合評価して与益になるということが重要であるという原則です。そして、医療資源は限定的ですので、資源配分が公平公正であることということも原則の一つとして挙げられております。

この原則は2ページ目にまいりますと、臨床における倫理的な判断・行為の中の最初の臨床における倫理的な姿勢というところに関わっております。現場で医療や介護の専門家は、患者さんの意思を尊重するとか、害を与えないとか、益を与えるなどの倫理的な姿勢を持って仕事をしております。この姿勢を持っている医療ケアの従事者が、まず医学的に適切な状況把握をし、その把握に基づいて、医学以外の事柄に関する適切な状況把握をする。つまり、医学的な状態を踏まえて、この状態ならご本人のQOLはどうなるのか、ご本人の思いはどうなのか、ご家族はどう考えているのかというような状況把握をしていただく。そのように「状況に向かう倫理的姿勢」プラス「状況把握」で「倫理的な行動」につながっていくと、そのようなことが、この図式で表されております。そして、私がこれから申しますことは、この真ん中の医学的に適切な状況把握に関するところで、高齢者医療に関して非常に重要性が増してきているフレイルの話です。

3ページをご覧ください。フレイルというのは加齢による心身機能・生理的予備能の低下のことで、疾患ではなく、状態でありまして、基本的には身体の要因でもってフレイルになって、そしてフレイルが進んでいくのですけれども、人間は心身相関の生き物ですので、そこに心理・社会的な要因

も関係していくということが分かっております。そして、フレイルの問題として、個人差が大きいということ。また、若干フレイルになりかかったかなくらいのところでは、頑張れば元に戻すことができるということも分かっております。4ページにまいりまして、フレイルの影響なんです、フレイルなお年寄りでは症状が変わりやすい。術後の死亡リスクが高まる。脱水を起こしやすいので心血管、脳血管の問題が発生しやすくなる。薬剤の副作用が現れやすいので、薬物療法には要注意であるということ。それから、免疫力が低下しているので感染症にかかりやすい。適応力、回復力が低下しているので、回復が遅くなる、入院期間が長くなるということが分かっております。また、合併症には2種類ありますけれども、1番の合併症、2番の合併症、両方起こりやすいということが分かっております。

5ページ目に、まいります。そのような中で、フレイルな高齢者では、ある疾患の治療を行うと、別の疾患の症状が悪化するということがあるということも分かっております。それで、木の枝を見るよりも森全体に注目してくださいということがいわれているわけです。これはどういうことかといいますと、例えば、この方は肺が悪いとか、肝臓が悪いとか、そのような場合でも、その方全体のお体がどれぐらい老化しているのか、どれぐらい老化したお体の中に、その悪い部分があるのかということを見てくださいますということが高齢者医療ではいわれるようになってきております。それは、フレイルの場合には、ストレスに弱くなっているからなのです。ストレス者といいますのは、ストレスの元になるものということなんですけれども、日本語でストレスといった場合にはメンタルのものを指しますけれども、この場合のストレス者はご本人に悪影響を与える全てのものをいいます。物理的なものも化学的なものもストレス者になります。というわけで、医療行為もストレス者になるものがほとんどであると。例えば投薬は化学的なストレス者になる。手術などは重大な物理的ストレス者になるということなんです。このようなストレス者の影響で、要介護状態ではなかったのに要介護状態になってしまったり、亡くなってしまったりする方もいるということが分かっております。

そのようなわけで7ページにまいりますが、70歳以上の方全てを対象にして、まずフレイルかどうかをスクリーニングすべきであるということがいわれております。このスクリーニングの方法なんですけれども、世界各国でいろいろな方法が開発されておりますが、日本では、8ページ、ご覧ください。基本チェックリストというのが、とても使いやすいということが分かっております。実は、この基本チェックリストは、このページの一番下にありますように、2006年以降の厚労省の介護予防事業で使っているもの、つまり、まだ要介護状態ではないのだけれども、要介護になることを遅らせるための介護予防の、その介入のために、介入が必要な人を判別するために使っていたものなんです、実は、これがフレイルかどうかを見分けるということと概念が同じであったということで、この基本チェックリストが使いやすいということが分かっております。

9ページ、ご覧くださいませ。この基本チェックリストを使いまして、現在日本の老年学分野では、フレイルの活用は、この上の丸のほうの所なんですけれども、ここに集中しております。まだフレイルでない方、あるいは、若干フレイルになった方がフレイルになることを、本格的にフレイルになることを予防すること。予防の方法としては栄養、運動、減薬、そして、人とのつながり維持ということがあるんですけれども、こうやってフレイルになることを遅らせれば、それは要介護状態になる時期を遅らせることを意味しますので、これは健康寿命の延伸ということで、今、日本の老年学者の多くは、フレイル研究はここに取り組んでおりまして、啓発活動も始まっております。

しかし、今日私が申し上げたいのは下のほうなんです。フレイルは進むのです。フレイルの程度に合わせた治療法の選択をすることが重要になってくるということなんです。重度フレイルの場合には、侵襲性の高い治療は有害無益であるということが分かっております。フレイルになったら緩和ケアのアプローチでいくべきであるということが西洋ではいわれ始めております。

そこで、フレイルの程度を見分けることが必要なのですが、日本ではフレイルの程度を見分けるスケールがございませんので、10ページに掲げておりますのは、国際会議で推奨された「臨床フレイル・スケール」というものです。これは9段階のスケールでありまして、1番、2番は大変元気な状

態から、9番は、これはがんなどの末期で予後が短いということで9ということになっております。フレイルに直接関係があるのは4番から8番です。プレ・フレイル、つまりフレイルの前段階から、軽度、中等度、重度、非常に重度のフレイルになっていくというスケールになっております。11ページ、ご覧ください。これが臨床フレイル・スケールの4、プレ・フレイルの段階です。脆弱と呼ばれる段階で、日常生活は自立していますが、ご本人の発言で、この頃ご自分の動作がゆっくりになってきたとか、疲れやすくなってきたな、などとおっしゃることが多くなってくる、そのような段階です。5番、軽度のフレイル。より明らかに動作がゆっくりになってきて、手段的ADLのうち難易度の高い動作には支援を要するようになってきた段階です。13ページにまいります。中等度のフレイルになりますと、屋外での活動全般および家事において支援を要するようになってきます。階段昇降が難しくなって、入浴に介助を要するようになってくるのも中等度のフレイルの段階です。14ページ、7番、重度のフレイルです。生活全般において介助を要する段階です。そして15ページ、8番は非常に重度のフレイル。全介助で死期が近づいています。軽度の疾患でも回復しない段階です。このフレイルの、だんだんどのように進んでいくのかというのを、今ご覧いただきましたけれども、もうフレイルになったら緩和ケアのアプローチでいくのがよいということが西洋ではいわれ始めております。これは、つまり、治そうとすることよりも、ご本人ができるだけ快適に生きていくことを支援することです。そして、フレイルは進行性なので、重度フレイルになったら、病院でも介護施設でも自宅でも、療養場所を問わずエンドオブライフ・ケアを行って、QOLの最適化と症状緩和に焦点を当てるべきだということもいわれております。

そして、これを、すでに政策に移している国があります。17ページ、イギリスなんですけれども、イギリスのNHSは、医療、介護のプロフェッショナルのためのプラクティスのガイダンスを出しております。この中で、フレイルが進行した高齢者に対しては、今度の展開を予測しつつケアプランを立てていくことと、エンドオブライフ・ケアを検討することが適切であるといっております。これは、具体的に申し上げるならば、アドバンス・ケア・プランニングを行っていき、そして、その中で、フレイルの評価を組み込んでいくということになります。

高齢者に対する医療行為の適否は、18ページですが、フレイルではない場合には、暦年齢は高くても壮年と同様の治療効果を期待することが可能です。フレイルが進行したら、治療は益ではなく害をもたらすこともあるということで、フレイルの進行には個人差が大きいので、これまでの私たちの社会で見られた通常の判断であるところの、暦年齢が高いから、もうこういう治療はやめておきましょうというような、そのような判断は、これからは不適切になっていくということがいえるというふうに考えられます。19ページにまいります。もし、これからも暦年齢が高いので、こういう判断は、このような医療はやめておきましょうというような判断がなされた場合には、それはエイジズムのそしりは免れないことになっていくと思います。エイジズムといいますのは、これはアメリカで作られた言葉なんですけれども、高齢者に対する社会的な差別全般を指しますが、医療現場では、高齢であることを理由にした過少医療のことをいいます。これからの高齢者医療では、フレイル評価を行うことによって、暦年齢ではなくフレイルの程度に応じてということは、70歳だからまだやるとか、90歳だからもうやらないということではなく、フレイルに応じた判断をしていただくことが適切であろうというふうに思います。20ページにありますのは臨床フレイル・スケールの評価なんですけれども、救急現場で使いやすいフレイル・スケールの調査を行ったものが発表されておりました。その中で、これは、このスケールは改良の余地はあるとはいうものの、所要時間1分で判断できて、発表されているスケールの中では最も使いやすいという評価がなされております。

21ページにまいります。ICUでも、この臨床フレイル・スケールを使った研究が発表されておりました。それはフランスの研究なんですけれども、四つの大学の付属病院で、ICUで前向きに観察研究をした結果なのですが、65歳以上の方を対象にしました。そして、ICU入室時に臨床フレイル・スケールのスコアが5以上、5以上と申しますのは軽度フレイル以上ということですが、この軽度フレイル以上の方が196人中23パーセントいたと。そして、その23パーセントの方は、暦年齢とフレイル・スケールとの相関はなかった。年齢が高いからスコアが上ということではないということが報

告されております。それから、入室時の重症度スコアとも相関がなかったと。ですが、スコアが5以上であると、ICUにおける治療の制限とか治療の終了、つまり、せっかくICUに入ってもらって治療をしていたけど、その行っていた治療をやめるとか、次の治療をやらないで置く、そのような判断に至ったことが有意に多かった。死亡の転帰をたどることも有意に多かったということが報告されております。このようなことがございますので、高齢者に対する侵襲性の高い医療行為は、22ページですが、フレイルの進行に伴って治療の効果を得るのは難しいと。投薬や医療処置も害になることもあるということで、国際フレイル・コンセンサス会議では報告書の中で、特に手術や化学療法や放射線療法、循環器関係の処置には要注意であると報告しております。

今日のテーマであるところのCPRは、この循環器関係の処置であります、23ページ、ご覧ください。大阪ウツタインプロジェクトの先生がたがご報告になったところでは、65歳以上の目撃のある院外心肺停止の方、1万1000例近く、この方たちのデータを分析なさったところ、高齢者施設からの搬送患者では、神経学的に良好な回復は非常に困難であると報告されております。高齢者施設にいらっしゃる方は、ある程度要介護度が進んでおられる方で、この要介護度が、もしゆっくり進んできた方であれば、これは老化がそのように進んできたということで、フレイルが、もうかなり重度になっている方であるというふうに判断できると思います。この大阪ウツタインプロジェクトの報告のこの部分は目撃あり場合のことなのですが、次のページ、24ページをご覧くださいますと、目撃なしについて報告なさっている〇〇先生のご報告ですと、目撃なしの症例では、65歳以上では、神経学的な回復はなかったということが報告されております。このような報告なのですが、救急医学会の学術集会で、私は、もう10年以上参加しておりますが、例年、このような発表がたくさんなされております。各施設から高齢のCPAの患者さんで院外心肺停止の方で目撃ありの場合はこうである、なしの場合はこうであるというような発表がたくさんなされております。

25ページ、ご覧いただけますでしょうか。CPRをするのかどうか。ご本人の意思がもちろん重要であることは言うまでもないことなのですが、ご本人の意思の判断の元になる医学的な判断、この医学的な判断において、つまりProfessional autonomyとして、私は重度フレイル高齢者の目撃なしのCPAは、これはもう不搬送でよいのだというふうに医学側で判断するべき時期にきているのではないかと思います。つまり、CPRの適応外であるという医学的な判断ができるのではないかと思います。これを、もし、よりしっかり確認することが必要であれば、院外心停止レジストリにフレイル評価の項目を追加していただいて、これから前向きにデータを集めていただくと。恐らく1年もやっていたら十分にデータ分析可能になるのではないかと思います。

26ページに進みます。フレイルが進行した高齢者の人生の最終段階にご家族が「できることは何でもしてください」とおっしゃるのは、日本では普通の風景です。このように発言することが孝行息子、孝行娘の象徴であるかのように日本社会ではいわれているところがあります。ですが、フレイルのことを理解していただいた医療者であれば、技術的に可能なことをやり尽くすのは、これはご本人にとって医学的に、倫理的に適切なことなのか、そうでないのかということはお分かりいただけると思います。今後医療者がやるべきことは、意思決定プロセスにフレイルの評価を組み込んで、本人、家族と情報共有する、このプロセスを共有していただくということ。つまり、アドバンス・ケア・プランニングをやっていただく。その中にフレイル評価を組み込んでいただくということが重要なことであろうというふうに思っております。

27ページ、まとめのページですけれども、今後の高齢者医療については、フレイル評価を、フレイルの知見を生かしていただくことが重要であると。重度フレイルの高齢者における目撃のない心肺停止はCPRの適応外であるといえるのではないかと、これまでのデータから十分示唆されているのではないかと思います。これからアドバンス・ケア・プランニングにフレイルの評価を組み込んでいただく。そして、フレイルの進行過程でご本人、ご家族と情報共有をしていただく。そして急性期に備えていただく。このようなときに、先ほど埼玉西部からご発表いただきましたように、かかりつけドクターの役割、在宅医療を担っておられる医療者、在宅ドクター、それから訪問看護師さんの役割が非常に重要であると思います。それから、医療のお世話にはなっていないけれど、老化が進んで要介護

の状態であって、ヘルパーさんなどにお世話になっている方については、ケアマネさんが付いてケアプランを立てて介護サービスが提供されているはずですので、そういう方についてはケアマネさんに、ケアプランを立てていただくときに同時に、このフレイル評価もやっていただく。ケアの話しをする中で、このぐらいフレイルが進んできましたねということをご本人、家族と情報共有していただく。こうなってきたら、例えば手術などというのはご本人にとっては、かえって厳しいことになることが多いですよ、などという話を、ある程度の期間を持って話をさせていただくとよいのではないかと。最期の段階で、ご本人にとって過剰な医療行為をして、ご本人の尊厳を損なうことがずっと少なくなるのではないかと思います。

今、私が申し上げたことは、救急隊員に何をさせていただくかということよりも、それ以前の段階で、救急隊のお世話になる前の段階でやっておくべきことです。これを実行していただくと、救急搬送がぐっと減るのではないかとこのように思っております。ご清聴ありがとうございます。

【部会長】ありがとうございました。ちょっと2点だけ私からも申し上げますけれども、やっぱり今の〇〇さんのお話は、老年医学会、あるいは老年医学というものがいろんな形で変化、あるいは進歩してきていて、やっぱり救急隊を含めて、でも、救急隊だけの問題では、もはやなくて、われわれ一般人というか、普通の家族であり、普通の市民が学ぶべきものというか、今まで覚えてきたこととか、言われてきたことは、本当は違うんじゃないかというようなことを考えさせるような話だと思うんですね。

それから、ちょっとこれは小さなことですが、できることは何でもしてくださいというのは、日本だけじゃなくて、私はアメリカのことを少しやっているんですが、アメリカだって冷たい人間ばかりじゃないので、everything possibleと英語ではいうんですけれども、本当、あらゆることをやってくださいと言う家族は、当然いっぱいいるんだそうです。それで、意味のある延命治療になっていないような状況のときに、それをやることは、医者としては倫理的にできないというふうになっており、向こうではどうするかというとtreat the familyというんですけれども、treatは治療するって意味なんですけど、もう患者本人は治療できないので、そういう家族の思いは大切なことなんだけれども、実際はピントが外れているというか、結局本人を害しているだけということで、そういうご説明を家族にします。そうすると、家族は分かってくれるという、多くの家族だと思いますけれど、そういうような話も聞いたことがあります。いや、しかし、私がここで嘆息していてもしょうがないので。今の〇〇さんの話についてどうですか。〇〇先生、いかがでしょうか。

【〇〇委員】いや、非常に共感できる話だと思って伺ってございましたけれども。やっぱりこういった議論をしっかりすべきだと思いますし、あとはかかりつけ医、あるいは他のスタッフもそうですが、同じように日頃からよく本人、家族と話し合っ、こういったことを理解していくと、非常に重要な視点だと思っております。先ほどの埼玉西部消防局さんの話もありましたけれども、やはりかかりつけ医の方とすぐ連絡取れるようなことをしておいて、その事前準備の、今おっしゃいましたけれども、準備段階からちゃんとやっておくことが、もう大切なことだと思って、非常に感銘を受けました。ありがとうございました。

【部会長】それでは、またいくらでも元へ戻ることにして、あと、〇〇さんと〇〇さんからお話を伺いたいと思います。〇〇さん、どうぞ。

【〇〇委員】〇〇です。よろしくお願いたします。資料4を用意しております。福井県福井市のほうで在宅医療専門クリニック、オレンジホームケアクリニックをやっている〇〇と申します。ちょっと自己紹介なんですけれども、私、医師として最初の2年半は救急現場をメインに働いておりました。そこでは、もう患者の死は敗北というふうに、医療の敗北と考えて必死に働いておりました。その後、機会があつてへき地医療に取り組むようになり、そこで随分考えが変わってきたのを自覚して

います。年を取ることや、病を持つこと、亡くなることということは敗北ではなくて、それを支える形の医療が必要じゃないかというふうに考えるようになって、その積み重ねで今在宅医療に取り組んでいるという状況です。

それでは、1ページ目なんですけれども、私たちの担当している地域というのは福井県福井市で、人口約26万人、高齢化率は約28パーセントという町です。そこで医師5名体制で24時間365日の在宅医療を提供している、いわゆる在宅医療支援診療所というものです。在宅で診ている患者さんは約300名おります。うち、小児も医療ケアが必要な障害を持ったお子さんが40名診ております。年間の在宅で死亡診断書を私たちが書くのが約100名ということになっております。次のページ、2ページ目、「在宅医療とは」と書いてあるんですけれども、読んで字のごとく、患者宅で行われる医療で、外来入院に次ぐ第3の医療ともいわれていますが、1992年に居宅が医療提供の場と認められました。それまでは病院、診療所が医療提供の場で、それ以外は、いわゆる医療提供の場ではなくて、そこで何かがあった場合は、そこで救急処置のみ、医療を行うために病院に運ぶというのが当たり前だったんですけれども、居宅、その人の生活する場所が医療提供の場として認められて、診療報酬上も訪問診療というものが認められるようになったことから、在宅医療というのが形として始まっているというふうに理解しています。

在宅医療では、定期的に普段の状況を見るということをやっているんですけど、急な状態に対して、今まで一度も会ったことがない人が、例えば腹痛でつらいので診に来てくれということで往診に行くということをやっているわけではないということです。だから、在宅医療というのはかかりつけ医療の一つの形だというふうに考えております。もともとは、恐らく病院に通うのが大変な要介護者のために在宅、医療の出前といいますか、病院でできることをうちへ持っていくというふうに始まったと思うんですが、在宅医療は、今は生活に合わせて医療の側が柔軟になっていくという手法を求められていますので、病院でやる医療とは、また判断基準が変わったり、必ずしも医学的なエビデンスが最優先されることなく、本人の思いであるとか人生観などが優先されることがあるので、非常に意思決定の中では複雑な部分はたくさんありますが、だからこそ、その人の、その暮らし、生活を支えられるというふうに考えています。

3ページ目なんですけれども、居宅で使用できる医療資機材の開発や発達により、あらゆる疾病の在宅医療が可能になっております。なので、今私たちが、例えばうちのおじいちゃん、おばあちゃんは、在宅医療が使えますかという質問に関しては、病名とか病状に関しては、それで線を引くということはほぼなくなって、いかなる病名であっても、いかなる病状、例えば、もう2、3日のうちに亡くなりそうだという病状であっても在宅医療を開始できるというふうに僕は思っております。また、右の図にも多施設多職種と書いてあるんですけれども、医師や看護師だけが行くのが在宅のイメージではありますが、さまざまな医療福祉職が関わっています。薬剤師、歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士、鍼灸マッサージ師、リハビリのスタッフ、そういう専門職も今は在宅医療に関わっているという状況です。なので、かなり在宅医療というのも、医療機器が少ない、病院のように医療機器が調っていない所で、少ないマンパワーでやっているようなイメージを持っておられる方もいらっしゃるかもしれませんが、現代ではあらゆる医療職が関わっていて、機械も人工呼吸器はじめ、かなり先進的な医療も持ち込めると。ただ、意思決定などをするときには医療は優先じゃないというところが違うというふうに考えております。4ページ目に、具体的に使っているような処置、物品などをちょっと挙げていますが、ありとあらゆるもの、もう、それこそICUで使っているような人工呼吸器ですとか、そういうものも持ち込んでいるという状況です。

5ページ目に書かせていただいているんですけれども、在宅医療を利用して自宅療養する患者さんは、かなり増加しております。なので、先ほど言った病棟やICUに匹敵する医療機器を利用しながら療養している患者さんも在宅にいらっしゃるというふうになっています。なので、見方を変えれば、在宅医療の現場というのは、建物としては自宅というものかもしれませんが、在宅医や訪問看護師、また、医療介護多職種がつくり上げている医療機関の一つ、一部屋ともいってもいいのではないかなと考えています。なので、在宅療養している、在宅医療を利用して在宅療養を行っている患者さんを

救急搬送するというのは、非医療現場、つまり道路で交通事故があった非医療現場から病院に運ぶという発想ではなくて、在宅医療を受けている患者であれば、そこは医療現場に、もはやなっていると思うので、医療現場間の搬送というようなニュアンスをしっかりとくむべきではないかなというふうに思っています。つまり、恐らく救急隊の中に、とある、例えば地域の小さい病院から大きい病院に、治療が困難なので搬送するって場合があると思うんですけども、それと同じ状況であって、交通事故が起こった道路から病院に運ぶのと同じではなくて、小病院から大病院に運ぶときのような搬送のイメージなのではないかなと思います。その場合、搬送する前の側の医療機関の治療方針というものをしっかりと押さえるべきですし、受ける側への情報提供はしっかりとされているべきというふうに思っています。その中で在宅医療というのは、このまま看取っていきましょうという方針すら存在している現場なので、そこら辺を少し整理していく必要が今後はあるのではないかなと思います。

6ページ目に載せているのは、これは問題って書いてあるんですけども、私、福井県の消防学校の救急科の講義を毎年やらせていただいているので、そこでこういう問題を、下に答えが書いてあるんですけど、この中で正しいものはどれか、本当にクイズというか問題を出しております。授業の中でも、講義の中でも、実際、今お示したような在宅用の人工呼吸器ですとか、在宅酸素療法用の酸素の機械、そういうものを全て持ち込んで実際受講される方に見ていただいて、触っていただいています。今年からは人工呼吸器を着けて在宅で過ごしている、今年6歳になる男の子と一緒に連れて行って、実際に会ってもらって、こういう子が病院にだけいるのではなくて、家にいて、電車に乗って外出して、地域の学校に通っているというのが今の現状だということを見ている。場合によっては交通事故に遭った現場に行ったら、車の中から人工呼吸器を着けている子が出てくることだってあるという時代になってきているということを実際見ていただいているという、これはちょっと途中の資料です。

そして、7ページ目から、私が去年関わっていた人生の最終段階における医療に関する意識調査の厚労省のものでですけども、7ページ目は医療、療養を受けたい場所というのは、病気や病状により異なりますが、人によってさまざま、やっぱり病気は病院がいいという方から、自宅がいいという方までさまざま、家がいいという人もかなり多いということを示しています。そして、8ページ目、9ページ目が事前指示書についてですけども、自分が意思決定できなくなったときに備えて、書面をあらかじめ作成しておくことについて賛否を問うと、賛成が大多数ということになるんですが、9ページ目では、じゃあ、作っていますかと聞くと、作っている人は、まだまだすごく少ないということを示しています。これを課題として、ここを上げていくというのが一つの方法なのかもしれないですし、そういう決めていない状況の中で、どういうふうに話を継続していくのかということも、もう一つの視点かなというふうに思っています。

10ページ目に書いてあるのが、この春にガイドラインの改訂に関わらせてもらって、出させてもらったものでんですけども、特に今回の話の中では、在宅医療介護の現場で活動できるように見直しが必要とされていますので、そこに今回の改訂で、前は病院で医師が中心となって話し合うというような印象が持たれやすいガイドラインだったんですけども、今回のガイドラインではっきりと医療ケアチームということで、介護従事者なども含める、医療介護のほうに関わるんだということですか、ACPという概念が込められまして、日頃から繰り返し話し合うこと、決めて文章に残すということがゴールではなくて、話し合いを続けるということを重要視したということがポイントだというふうに理解しております。

11ページ目、そのACPということなんですが、今ご説明したとおり、話し合うプロセス全体を指すというのが大事だと思っています。私、在宅医療の現場では、まさにこのプロセスを日々繰り返し行っているという現場でもあります。胃ろう、延命処置の選択など具体的な処置を事前指示書という形ではなく、共有する時間や雰囲気など、話し合いを継続する過程でやっていく。そうすると、在宅では先ほど言いましたように複雑な出来事がいろいろ、生活ですのではっきりと医療的に線引きができるものばかりでないことが起きてきますので、こういう話し合いを重ねることで、より複雑な意思決定にも本人の意向を取り入れられるのではないかなというふうに思います。例えば、終末期に少し本

人の意識がはっきりしなくなると、本人に意見を聞けなくなったとしても、それまでの話し合いですとか関係性があると、きっとこの方はこういうときは、こっちを選択するよねということが、そこにいる家族、医療者、介護者含めて全員が、そうだね、それで納得いくねというふうに決まってしまうような場合ですね。であれば、前もって、じゃあ、こういう症状が出たときは病院に行くか行かないかということをして、全て一個一個決めておかないと、話し合いがなされるということかなと思っています。

私たちが在宅医療の現場で大事にしている会話の内容というのは、家族への思いとか、病気への向き合い方とか、これは絶対自分の人生に欠かせないんだとか、例えばお酒とかたばこという方もいらっしゃるんですけど、そういうところも病院では禁止ですけれども、在宅では好きなものを支えるというふうにも、私たちの姿勢も変わります。繰り返しですけど、12ページもそうですね。意思は変わり続けると思っているんで、一回決めて紙に書いて終わりということではなくて、話し合いを続けるということをしています。なので、在宅の現場では日々の何げない会話の中にも含まれる、その人の価値観を抽出していくようにしています。例えば壁にたくさんのお孫さんの写真が貼ってあれば、お孫さんのことを大変大切にしているんだなということが、そこから伝わってきて、何か急な体調の変化があるときにはお孫さんがいるほうが安心だろうなと、そういうふうな想像をしながらケアをしていくということになると。これがACPというふうに考えています。

13ページ目なんですけれども、これは厚生労働省の2015年、ちょっと古いんですけども、人生最終段階における医療体制整備事業の中で、ある1カ月間の間に紹介された末期がん患者9名についての調査です。9名のうち5名は最期まで自宅で療養、つまり家で亡くなることを前提に在宅に移行された患者さんです。左側の5名ですね。在宅まで自宅を希望していました。この5名は5名とも、ご在宅看取りになっています。残り4名は、最期は病院入院を希望されていました。退院のときは、病状が安定しているので今は退院したいけれども、最期は病院がいいとか、歩けなくなるまでは家にいたいけれども、歩けなくなったら病院がいいとか、緊急時は救急車を呼んで病院に戻りたいとかということをして本人は意思表示していた4人です。ですが、結果的に、この4名についても在宅の看取りとなりました。つまり、退院時の希望はかなわなかったというふうにもいえるんですが、実際は、この在宅療養の期間中に私たちが何度も何度も話し合いを重ねていく中で、歩けなくなったら入院しようと思ったけれども、歩けなくても、こういうふうヘルパーとか看護師さんが来て助けてくれるなら、もうちょっと家にいようかなとか、そんな感じで話を重ねていきながら、最終的にはやっぱりこのまま病院には行かずに、最期まで家がいいなということをして本人、家族が選び直して決めています。

だから、退院時に、じゃあ、この方はこうでということをして文章化してしまうと、これは、つまり僕たちが病院から、病院では最後、退院するときに、こういう指示書ですとか、こういうことを希望している方ですという紙に書かれて私たちは引き受けているんですけども、この紙があるなら、もうこれ以上聞かなくていいねではなくて、この紙があっても変わることがありますよねという、もちろん在宅を希望された方に関しても話を続けておりますので、変わってもいいように支えています。9名が9名ともという極端な結果にはなっているんですけども、実際は重ねて話すことで、これぐらい変化をしていくと。つまり、一定の場所で紙に書いてしまうというところはリスクがあると。そこをかかりつけ医、在宅医がうまく引き継ぐことが重要と考えています。

14ページ目ですけども、在宅医療現場での対応や説明ということで、まず、医療必要度の高い患者の場合に、私たちの場合は限ってしまっているんですけども、地域の消防署などに人工呼吸器を着けた何歳のこういう状況の方が、ここで在宅医療を利用しながら過ごしているということ、あらかじめ退院してくるときなどに消防とも共有するようにしています。それでかかりつけは私たちですよということを共有していますが、多分福井のような小さい所だから可能なだろうと、大きい町の治療に伺うと思いました。それから、実は私たちは、このパンフレットでは作ってなくて、僕たちは個別にその都度手書きで説明をしたりしているんですけども、今日お持ちしたパンフレットは、私たちと同じように在宅医療に取り組んでいる岐阜県の総合在宅医療クリニックの〇〇先生からお預かりしてきたものなんですけれども、こういうような、家で看取るということをして前提に見るときに

は、こういう説明を重ねていきます。大きいものとオレンジのものと紫の3部あるんですけども、初めに大きいものを渡しておいて、変化に応じて黄色やオレンジや紫のものを渡していくというふうな使い方をしているというふうに聞いています。特に紫のほうをちょっと開けていただいて、中まで開けていただくと、真ん中よりちょっと下に、亡くなられるときは予期せぬことがあったとしても慌てて救急車を呼んだりせずに、まずは私たちにご連絡ください。救急車を呼んで私たちとの連絡なく救急病院に行かれた場合、希望しない延命措置が行われることがありますというような説明は、在宅医療に関わっている、利用する患者さんには特に説明するようにしています。

15ページ目なんですけれども、まとめになります。在宅療養者が増えているということ、そして、在宅医療の質が、医療度が高い人がどんどん家に帰ってきているということ。それから、24時間365日体制の在宅医療チームですね。医師だけでなく福祉も合わせたチームが動いているということ。それで、在宅看取りが実際日本全体では増えているということです。独居高齢者の在宅看取りも、私たちが行っていますが、1人暮らしでも介護の仕組みなどをうまく利用しながら在宅で最後までおられることも十分可能な時代になっていると思います。その中で医師が治療方針を決める、医師が最後の方針を決めて紙に書き留めるというよりは、本人が決めていくというふうに在宅チームでは考えているということです。そのためにさっきのガイドラインを使っていると。基本的には自然な経過での場合は、緊急ではないので救急車を呼ばないようというふうな説明を繰り返してはいるつもりです。なので、今後救急現場と在宅医療の間に継続した、このような対話が必要だなというふうに感じております。

その先、16ページ以降は私たちの取り組みについての資料ですので、お時間あるときに見ていただければと思うんですが、ちょっと最後に先ほどの〇〇先生のお話を伺って、非常に僕も納得がいきまして、やはり先ほどから最期の緊急時に搬送、119が押されてしまう事案というのは、在宅で看取り、死亡診断をできるチームとうまくつながっていなかった場合。このまま自然に診ていきたいと思いますとは言っていたけれども、死亡診断に家まで来てくれるというところの、その連携がうまくつながっていなかった場合が多いなというふうに思っていたのに加えて、確かに重度フレイルの方で要介護4、5になって、在宅医療をされている方で、ケアマネジャー関わっているけれども、病院に関しては、何とかかんとか家族が車椅子に乗せて病院に運んでいるなんていう場合もよくあると思うんですけども、ひょっとすると要介護4、5の方、3以降とか、ちょっと分からないですけど、そういう方は24時間対応できるかかりつけ医ですとか在宅チームとうまくつながっておくというのを、一つ約束事にするだけでも、救急搬送というのは非常に減るんじゃないかなということを、〇〇先生のお話を伺っていて非常に思いました。以上です。ありがとうございます。

【部会長】続けて、〇〇さん、お願いします。

【〇〇委員】データのことは取っておらず内容的には発表できないわけですけども、特別養護老人ホームの現状、一般論になると思いますが、若干お話しさせていただきたいと思います。特別養護老人ホーム、うちの施設は埼玉県本庄市にございまして、もう40年以上たっている古い施設でございます。40年前というのは、亡くなる前に高度の医療を受けることができるというのが、もう誰でも言っていた、そういうような時代でした。しかし、価値観がだんだんと変わってきました。特に介護保険制度以降については、いわゆる自立の支援自己決定とか、尊厳の保持、そういうようなポイント、目的がいわれ始めて変わってきたと思っております。どこの施設も、今100歳ぐらいの方は必ずおるといふ、そういう状況で長生きしているという状況でありますので、90歳だから、もう医療の必要はないだろうと、そういうような考えは当然持たないということです。〇〇先生のお話を聞いてみると、フレイルという言葉も、ああ、なるほどと思いました。昔は老衰という死亡診断書があったんですけど、最近は多臓器不全とか心不全とか誤嚥性肺炎とか。一部の病名の死亡診断という、まさにフレイルというのは老衰じゃないかなというふうに私は思う次第です。

さて、中身に入りますが、特別養護老人ホームは、これはあくまでも生活の場でありまして、医療の現場ではございません。しかし、急変時という対応には万全を期さなくてはいけないということです。特養の配置医は義務付けられておりまして、全国平均1.7人という、規模によってそれぞれ人員基準は違いますが、平均は1.7人であるということで、内施設の常勤医師は2.7パーセントということございまして、ほとんどがよそ医師というとおかしいですけれども、非常勤医師という嘱託医という形で、今来てもらっております。また、医師の所属は診療所が43パーセントで、病床の有無を見ると有床が6.1パーセント、無床が92.6パーセント、いわゆる無床診療所、クリニックの先生がたが多いということです。入居者の現状が急変した場合、多くの施設がマニュアルに基づいて対応しております。これは資料の5-2にございますが、これはうちの夜間急変時、日中はともかくも、夜間の緊急連絡等については、看護師がおりませんので、介護職員と宿直職員のみでございますので、このような連絡網、連絡体制を取っております。左側は軽度の場合であってともかくとして、右が明らかに命に関わるような症状が見られた場合に、夜勤当番看護師に連絡する。これはいわゆるオンコール制度とっております、オンコール制度も、担当当番の看護師は、必ず日中に勤務した看護師です。日中の様子は分かっておりますので、その方がオンコール制度で一応連絡を受けて、それぞれ施設として施設長または生活相談員に連絡する。これは部長クラスなんですけれども、看護師さんから意見聞いて、施設として119番通報するという体制を取っております。

元に戻りますが、そういうような体制を取っております、看護職員も平均4人配置されているところでもあります。ここに先ほど説明したとおり、夜勤看護師は配置されておらずオンコール制度を取っていると。このように、特養は生活の場所としての位置付けでありまして、医療面において脆弱な状況に置かれております。しかも、平成27年度から介護度3以上が入居条件となりまして、ますます高齢化、そして重度化のお年寄りが入居する状況でありまして、医療との連携が重要になってまいります。近年、介護職においても喀痰の吸引の医療行為の緩和もなされてきて、できるようになりました。これは看取りにつながるわけですけれども、夜の喀痰吸引ができるように施設の体制も整えつつあります。そこで、施設の心肺蘇生、119番通報の実施ですが、入居時において看取りの対象であるか否か、看取りの場合にはほとんど、いわゆるACPがなされていると思います。ということで、嘱託医とか家族とか、私どもの職員等の話し合いで、時系列であります、ケース・バイ・ケースで、本人の意思決定が行われていますので、看取り態勢に入っている場合には119番はしないと思いますが、それ以外については一応119番要請をします。一刻も早く医療分野に任せるということが逆に大切だと考えております。そういうのが施設の現状であります。ただ、看取りということが施設としても今では、力を入れて多く採り入れるようになっておるとい状況にあります。

そして、あと一つが、今度は在宅の急変時でございます。これはなぜ重要かということ、地域包括ケアシステムの構築が、市町村の全てで全国的になされているようになりまして、その地域包括ケアの、やはりポイントというかキーワードは、地域包括支援センターであると思います。その職員や、介護支援専門員、または居宅介護支援事業所も介護度1以上の方については在宅が関わっておりますので、そこは、もうキーワードになろうかと思っております。在宅における急変時ですが、高齢者における119番要請は20年前と比べると2倍に増加して、年齢区分も60パーセント弱が高齢者。今日の埼玉県西部の発表を見ますと、もう70歳、80歳近くになっているという埼玉県、そういう具合になっております。住み慣れた地域で家族の介護を受けようとも、老老介護とか、また独居老人の世帯が増えておりまして、家族の介護力が期待できない現状であります。これはますますそういう状況でありまして、しかし、最期を迎えたい場所として、その本人の希望が、自宅が54.6パーセント、病院が27.7パーセント、老人ホームが4.5パーセントという数字が出ております。自宅がほとんどであろうかということ、しかし、中には、やはりお医者さんの下で私は入院したいんだというような方も、それはおるわけでございます。本人の意思を尊重するならば、外部のケアを受け、住み慣れた自宅でのエンドオブライフ・ケアと申しませうか、そういう考えを元に人生を自ら自分らしく全くするためのケアサポートというのが在宅においても当然行われるべきだと思っております。

先ほど申し上げました地域包括ケアシステムの構築がなされますと、地域包括支援センターといった所のケアマネジャー等が一応相談相手と申しますか、一番関わり合うという形になると思います。この地域包括支援センターというのは3000人から6000人の間、本庄市につきましては中学校区に1カ所設置して、合計4カ所設置されてはおります。その人たちがケアプランの作成に関わっておりますし、この利用者の状況の把握に、もう常日頃努めておるわけでございます。また、居宅介護支援事業所についての介護支援専門員も同じように在宅の一人一人のプランを作る上で関わっております。そこで、今回、資料の5-3です。これは厚労省の資料なんですけれども、資料の5-3のように、このポイントは入院時と退院時において特にケアマネジャー、介護支援専門員が関わった場合に加算を付けますよといったところにあります。今まで入院時、退院時は、そんなにも意識しなかったんですけども、ここで関わった場合には、いわゆる医療との連携、在宅と医療との連携をきちんと行った場合には加算を付けます。介護支援専門員はここのところをきちんとやりなさいよと。この見極めをきちんとやっていただければ、それについても加算を付けますというふうに厚労省もお示しをなさったわけです。今回の119番通報等々において、一つの医療従事者と家族ばかりでなく、新しい人生の最終段階における医療ケアの決定プロセスのガイドラインにも、介護職員が入ってきたというのは、そういうところをいわれているかなというふうに思っております。

そして、最後になります、3番目といたしまして、特養、在宅で専門職がその人の終焉の人生と一緒に考えなければならないということは大事でありまして、人生の終焉のケア、エンドオブライフ・ケアですか。また、これから2040年には146万人の多死社会を迎えるに当たって、現在約80パーセントが病院で亡くなっているということが、もう、それは間に合わなくなりますので、当然在宅とか、こういう施設での、いわゆる看取りということも考えていく時代になってきているというふうに思います。そして、本人の意思というのが一番大事であると思いますので、エンディングノートを作成して、本人の意思で、自分自身で書いてもらって、そして、将来の話し合いを持っていただく。今度はご家族とか医療を交えて、きちんとした書類に持っていく、いわゆるACPですね。そして、それに基づく事前指示もいただければ、そういう事前指示書も作成しておく必要があると思いますし、延命治療の是非について、また、いろいろ、そういうようなことについても最期の人生を決めるというのは、あくまでも本人であるという、そういう視点に立って、私ども、いわゆる福祉の場面、医療ではないので、やはり本人の意思決定というのが一番重視して、最大限、その人の尊厳を尊重して、サポートしていくという考えが特別養護老人ホーム、老人福祉施設の在り方ではなかろうかなというふうに、現状として考えておりますということでございます。以上でございます。

【部会長】ありがとうございました。ここまでのいろんな方からのご説明を伺って、全体として、あるいは個別の方についてでもいいのですが、ご質問、ご意見、〇〇さんどうぞ。

【〇〇委員】すいません、私ばかり話しているみたいで。〇〇先生、本当にかかりつけ医としてしっかり福井県で取り組んでおられることを、前から存じております。なぜかという、日本医師会で小児在宅医療のケアを担当しております。これも検討委員会を2年前から立ち上げて取り組んでいるんですけども、まさにこのきょうの問題ですけども、高齢者だけではなくて、やはり障害児とか障害者の方もこれに関わってくると思いますので、ぜひ、そういった視点で、地域包括ケアは決して高齢者だけではなくてということで、〇〇先生、お話ししていただいたことが非常にありがたいというふうに思いました。ぜひ、そういった視点も今後よろしくお願ひしたいというふうに思います。あと、もう一点、実は昨日、厚労省のほうの在宅医療および医療介護連携に関するワーキンググループがありまして、きょういらっしゃっている〇〇室長と一緒に昨日やっていたんですけども、ぜひ、昨日も4県からプレゼンテーション受けたんですけども、この本日のような問題は1県だけ、そういった取り組みの報告が少しありました。だから、やっぱり地域の保健所とか行政で、この問題意識は持っているけれども、まだ、なかなか進んでいないというところが多分あると思うので、できれば

〇〇室長、少しその辺の話を後でもいいからお聞かせ願えたらどうかというふうに思いました。よろしく願いいたします

(2)実態調査について

【部会長】このような状況を前にして、あるいは救急隊がという話は、これからも何回も続いていくわけで、また改めてということであっていいかと思っておりますけれども、きょうは差し当たって、さらにデータに基づいて、この議論を深めたいということがあるので、全国の救急隊その他に実態調査というのをやろうというふうに当局はお考えという。それで資料6だと思っておりますけれども、こういうような調査をやってみようと思うという話でご意見を伺いたいということがありますので、ちょっと事務局のほうからご説明を伺いたいと思います。

【事務局】事務局からご説明させていただきます。資料6をご確認ください。第1回のときに全国の消防本部および全国のMC協議会に対して調査をかけていこうという形で皆さまがたにご意見等もいただいたところがございます。前回の意見等も反映させて、考えさせていただきながらなんですけれども、今回全国の消防本部とMC協議会および地域のMC協議会に対する調査票案というものを事務局から提出させていただきました。この内容について、ぜひ構成員の皆さまがたからのご意見をいただけたらと思っております。細かいところについて一つ一つ説明すると、かなり時間が押してしましますが、大枠だけご説明させていただきますが、全国の消防本部、728消防本部に対して、この傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生についての対応方針を定めているのかといった、まず一つ大枠の主体方針についてと、続いて具体的な事案をどのような形で経験しているのか、していないのか。もしくは、経験した際に、どういうことで悩んだのかといったところについて調査をかけていきたいと考えております。さらに最後にその他として、記録して集計、どのような形で集計しているのか、していないのかということも今回聞かせていただけたらなと思っております。

また、都道府県MC協議会および地域MC協議会にあっては、それぞれ、そのMC協議会の中で議論がされたのか、されていないのか、今現在検討中なのか、検討中でないのかといったところについても調査をしていけたらなと思っております。非常に大枠のご説明だけですので、この項目等について皆さまがたのご意見等をいただけたらと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

続きまして、この調査につきまして、先ほどの〇〇先生と〇〇先生、ご欠席されていますので、ご意見を賜っていますので、それも合わせて少し、もう一言、二言加えさせていただければと思っております。前回〇〇委員と〇〇部会長のほうから、かかりつけ医との関わりという観点で調査できないかというようなご発言いただきまして、われわれのほうもいろいろ考えてみたのですが、問11と問15で1点、医師の指示との関係で、そういったところを若干つかめないこともない質問の項目は設けているところがございますけれども、そのものずばりというのは、なかなかいろいろ考えたんですけど、ずばりの調査はなかなか難しいところが結果でございまして、それで、ちょっと申し訳ございませんがご理解いただければと思っております。

それから、調査時間、前回1週間程度ということで消防本部のほうはご説明しましたけれども、項目数が多くなりましたので、2週間程度という形でお示しのほうをしております。ただ、やはり大きな消防本部になりますとCPA案件が3000件とか、もっと多いかと思っておりますけれども、そういうこともございますので、この調査期間はもう少し長くなるかもしれません。大規模本部と少し意見交換しながら、この辺り、考えてみたいと思っております。それから、〇〇委員、〇〇委員、お二人からそれぞれお話、ご意見のほうを賜っているところなんですけれども、もう少し量的な、あるいは件数的な形で分かるようにしたらどうかというようなご意見がございまして、〇〇委員からは、例えば、これは、29年中という形で期限を区切ったら、ほとんど項目があるなしなものですから、1年間であればもう少し規模的なものは分かるのではないかというようなご意見を賜っております。ほぼ同様なご意見を〇〇委員からいただいております。

それから、〇〇委員からは、もう少し前回の広島市消防局さん、あるいは今回の埼玉西部消防局さんのような事例を把握できるように、自由記述を設けるようにしたらどうかといったご意見を頂戴しております。それから、〇〇委員のほうからは、MC協議会の実態調査票につきまして、問2ですね。あるいは、地域になりますと問4になるかと思うんですけども、それぞれのMC協議会としてどう考えるかと。どのように動くかという質問がございますけれども、こちらのほうはそれぞれ、どちらかという医療倫理的なスタンスを問うているように見えるので、議論の混乱が起こるかもしれないので、これはどうかというようなネガティブといえますか、どちらかという取りやめたほうがいいのかというようなご意見のほうを賜ってございます。以上になります。

【部会長】そうですね。実態調査は具体的には、いつ頃行うような予定でおられます。

【事務局】こちらのほう、ご意見のほうをいただきまして、そして、項目等を整理しまして、速やかにと考えてございますので、7月の中旬には発送したいと考えております。

【部会長】ということなのですね。もうすぐ7月ですので、やっぱり迅速にやって、この実態調査を踏まえて、次の会合をやりたいということなので、今日、直ちに、つまり、すでに意見を明示しているのは〇〇さんと〇〇さんからですから、さっきの〇〇さんと〇〇さんだけが立派な感じがしますよね。それは、しかしお二人には今日欠席せざるを得ない事情があったので、何としても実態調査が始まる前に何らかの形で意見を伝えたいってことがあったわけですから。ただ、今日いらっしやって、委員の方から直ちにというのはなかなか難しいかもしれないので、ちょっと、これは事務局と相談していないけれども、数日の間、あるいは1週間程度の間かな、とにかく皆さまにこれを改めて読んでいただいて、こういうふうなことを聞いてもらいたいとか、これは聞き方としてどうかというようなことがあったら、メール等でご意見をいただいて、それが反映できるかどうかは、ちょっと確言はできないんですけども、ぜひともそういう形でやっていただければありがたいと思うんですけども、取りあえず、今この時点でどうでしょうね。どうぞ、〇〇さん。

【〇〇委員】ご説明ありがとうございます。いろいろな方面から、この事象を捉えようとなさって、熟慮して項目を作ってくださいていることはよく分かります。大変興味深い調査になると思います。ちょっとお伺いしたいのは、回答者として想定しておられるのは、どなたですか、これは。

【事務局】こちらにつきましては、それがまさにどうするかというところがあるかと思うんですけども、大規模本部になりますと、なかなか難しいところがあるなどは思っております。基本的に救急隊員個人個人に、こちら、調査票をお渡ししてチェックしていただければ、ある程度、その本部での経験といいますか事案などはできるのではないかというふうに思っています。ただ、大規模本部になりますと救急隊員の数、多いですので、その辺り、各政令市の本部、大規模本部に少しご相談をする必要があるかなと考えております。

【〇〇委員】ありがとうございます。

【部会長】だけど、それははっきり対象者は、まだ決まっていないということなんですか。

【事務局】各本部に対して調査をしますので、その各本部でどういうふうにするかというふうに。

【部会長】どういうふうにとまとめてくれるかは、本部次第ということですか。それはそうですね。

【〇〇委員】よろしいでしょうか。

【部会長】どうぞ。

【〇〇委員】大阪市の〇〇でございます。この最初の対応方針だけ、この辺は各本部でそれぞれ方向性が出てくる部分ですけれども、おっしゃるように具体的な事案につきましては、例えば問7とかになりますと、複数回答というのは、全部ありというふうな回答になってきます。ですから、おっしゃるように、僕はお話し合いがあるのかなと。ですから、例えば私どもは2部制を取っております、63隊ありまして、63隊全部確認するといっても、1部、2部となると126隊分となりますから、それを集約して一つとなると、全部ありというような回答が出てくる傾向が見られるのかなと思っております。

【部会長】全部に丸付けちゃうという話になると、どこでも全部だったら、全部100パーセントみたいな話だけしか出てこない。

【〇〇委員】ですから、そこはちょっとお話し合いかなとは思っています。それと、もう一つだけですけど、問の21は最後にあるんですけど、この貴消防本部としてどのようにすべきだという、この問い合わせは非常に答えづらいというのが本音でございます。

【部会長】ガイドラインを作っている所はいいけれども、われわれがここで伺っている、今日の埼玉西部とか、この前の広島だったと思いますけれども、どうも話して聞いていると、先回もあったと思いますけど、やっぱり何もガイドラインがないという所のほうが多いという結果が多分出てくるんですね。そうすると、そういう所でどのようにすべきだと思いますかというのが、個人として書けるわけでもなく、消防本部として、じゃあ、今から会議やりますかというわけにもいかないということですよ。

【〇〇委員】非常に答えづらいというのが正直な気持ちでございます。

【部会長】なるほど。しかし、具体的にでも聞くというのもありますけどね。

【〇〇室長】確かに、その本部のご意見を聞くというのが難しいというのは、組織決定しないといけないというのが、多分そういう非常に軍隊に近い組織。これ、例えば隊員さんに抽出して、隊員さんのご意向を聞くというか、そっちだったら、どうなんでしょう。例えば消防本部の1パーセントなり2パーセントのかたがたを抽出して、ランダム抽出して、その方々が体験したことを、その人たちが日々考えていることということで、アンケート形式にして取って、送ってもらうという形だったら、そこは消防本部のご意向というよりは、その人たちがどう考えたかということなので、そっちのほうが高度なリアリティーがありそうな気がしたんですけど。ご提案です。

【部会長】そうですね。個人の意見としてね。現場の人で、どんなことを考えているかということを持っていうものは聞けるかもしれないですかね。どうぞ。

【〇〇委員】確かに大きな組織になると、それはあろうかと思しますので、方法とすると、例えば事務局とか主管課においてはとか、組織を大きくしないという方法が一つあろうかと思えますね。それと、MC協議会の調査様式の関連では、消防本部については消防本部名を明らかにしませんというふうに頭を書いてありますので、MCのほうについても、またMCのほうは特に消防本部が複数ある所もありますから、組織名を明らかにしないということを記載して、事務局においてとか、協議会の会長さん

と相談してということであれば、当局においては書けないことはないと思います。書きにくい所もないと。大体思いは同じじゃないかなというふうに個人的にはちょっと思っているところはあります。

あと、細かい所はあるんですけど、大きい所だけ2点ほど。先ほど言いましたように、項目でいうと確かに全て丸が付くんですけども、丸はあくまでも一つなので、大部分を占める丸と、1000件あるうちの1件の丸とでは、丸の意味合いが違うので、そこはちょっと捉え方は気を付けたほうがいいだろうというふうに思います。確かにほとんど丸が付きますので、そこはウエートが大半を占めるものとそうでないものが。それと、質問18なんですけれども、これはプロトコールの中で蘇生を中止している所と、蘇生を継続している所と両方を合わせた回答になっておりますが、ここでいうとそれぞれ蘇生を継続している所と中止している所で質問を分けられたほうがいいのではないかなと。この九つだけの項目では、ちょっと足りないようなところもありますので、例えば、18の(5)なんかは、蘇生を実施しないで医療機関への搬送をご家族等から申し出た際の対応というふうにはなっているんですが、これはわれわれのほうからすると、DNARを確認して、家族が望んでいないということであれば、全く問題なく円滑に流れる項目でございますから、やはり分けられたほうがいいのかなというふうには思います。大きい所では、この辺。また細かい所は、また事務局とお話をさせていただければと。

【部会長】 ○○先生も言われている、特に、これ、ずっと何年もの経験の中でという話になると、やっぱりこういうこともあったよということになりそうですね。世間の意見であれ何であれというのは、みんな丸が付くというようなことを考えると、やっぱり、この1年内でどうですかぐらいの話のほうが、調査としてはいいんですかね。現場としては、最近増えている現象というのをつかまえるというのだったら、この1年ぐらいの話でも大丈夫ですか。3年ぐらいとか。

【○○委員】 1年の話であっても、かなり多く丸が付く。

【部会長】 そうですか。いかがですか、○○さん。そういう感じですか。

【○○委員】 そこそこあると思います。

【部会長】 1年と区切っても、一定の結果はきっとちゃんと出てくるということですね。

【○○委員】 そう思いますね。だから、先ほど先生がおっしゃったように、ランダムにというお話もありましたし、ですから、大きければ、基礎項目としてはどうですかという、全て丸でもいいかもしれない。それとは別に、ランダムに隊員を選んでという話でも、2通り同時にやるという形でもいいかと思います。無理に一つにしようと思うと、多分しんどいと思います。

【事務局】 事務局としても、基本的に記録を取っている本部と取っていない本部がございますので、正確に全ての事案について調べて書いていただくことまで期待していません。やっぱりそれぞれの隊員さんが、CPA事案でDNAR案件というのは経験はされていますけど、多分印象がすごく強いでしょうから、それぞれの隊員さんにお聞きになられれば、こんなことあったねという形で思い出されて書いていただけるんじゃないかなというような形で作ったところではございます。それと、ある、なしにしましたのは、今申しましたように、正確性というよりは、全体的な傾向をつかめたらいいのではないかという形で、ある、なしにしたところがございまして、大規模本部につきましては恐らく全部丸が付くだろうということはある程度想定しているところではあります。ただ、728本部ありますので、そうなると、多くの本部が丸付けている所と、そうではない本部と出てくるのではないかというような期待はしてはおります。

【部会長】小さいことなんですけれども、この調査の結果について消防本部名は明らかにいたしませんというのは、やっぱり何らかの形で公表するの难道うかも、ちょっと分かりませんが、何かに怖がっておられるんですかね。

【事務局】いえ、そういったことを考えてではないのですけれども、今まさに現場の救急傷病者の意思に沿った現場における心肺蘇生の在り方という形でご検討いただいているところなんですけれども、それぞれの本部がそれぞれ対応された事案について、本当に、そのやり方で正しかったかどうかというのを、それぞれの救急隊員がご懸念されたりしますと、なかなか現場の実情というのが分からないところがありますので、そういったこともありまして消防本部名は明らかにしないという形で集計しようかと思っております。

【部会長】いや、それで結構だと思います。

(3)その他

【部会長】一応予定していた時間が迫ってきたので、先ほど申し上げましたように、もし何かご意見があれば、改訂することは、事務局としては非常に柔軟にやったださると思うので、できるだけ質問票にして配っていくと。やっぱり消防本部は真面目だから、回収率は100パーセントに近いものを期待しておられるんですね。

【事務局】100パーセントを目標としております。

【部会長】そうですか。今日はここまでの議事だと思っているんですけど、何か事務局からありますか。

【事務局】1点だけ補足なんですけれども、冒頭、今回配布しておりますDNAR対応マニュアルなんですけれども、こちら、消防科研、消防防災科学研究技術推進制度という、競争的資金によります研究開発の中で、北九州市八幡病院の救命救急センターの伊藤先生がトップになって研究していただいているものなんですけれども、内容につきましては、先ほど〇〇委員のご発表と関わるものでして、介護施設内におきます心肺停止時のDNAR対応という形となっております。ですので、メインは施設内でのDNAR対応ですので、施設職員向けなんですけれども、その中に救急隊の対応ですね。119番通報して呼ばれた救急隊の心肺蘇生の中止について書かれておりますので、そういった点から非常に参考になるものだと考えております。こちらの厚い報告書のほうには、医療機関ですとか、あるいは救急隊員の皆さんなどに対しますDNARに関するアンケートなどを収めてある他、今回の検討会部会とも非常に関わりを持つDNARに関します法的検討についてもなされているところがございますので、非常に参考になるかと思っておりますので、質問ありましたら、私のほうでも、こちらの事務局のほうでも参考にして、抜き出して資料などを作成したいと考えてございます。以上になります。

6 閉会

【部会長】それでは、今日、ここまででよろしいですか。それでは皆さま、長時間にわたってご議論をいただきまして誠にありがとうございました。また、今後ともよろしくお願ひします。今日の議事はここまでといたします。

【事務局】〇〇部会長、ありがとうございました。最後に検討スケジュールということで、資料7をご覧ください。簡単にご説明いたします。今後のスケジュールということですが、第3回目につきましては、平成30年の8月から9月の間に実施したいと考えております。第1回と第2回の検討部会で各委員の方々からご説明をいただきました現状を踏まえて意見交換を行うとともに、実態調査、ご議

論いただきました実態調査の結果をお示しさせていただくことを予定しております。開催日時、場所については後日正式にご案内をさせていただきます。また、平成30年の10月から12月頃に2回程度検討部会の開催を予定しております。平成31年の1月頃に検討部会の中で議論を取りまとめたいと考えております。スケジュールについては、以上になります。

事務局から2点事務連絡をさせていただきます。お手元の資料については後日郵送させていただきますので、机の上に置いたままで構いません。また、今後開催の通知や日程調整をさせていただきますが、ご案内については、委託しておりますアビームコンサルティング株式会社よりご連絡させていただきますので、よろしくお願いたします。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、傷病者の医師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)』の第2回の会合を終了いたします。本日はお忙しい中ありがとうございました。

(了)