

検討部会報告書

1 はじめに

救急要請にもかかわらず、救急現場等において、救急隊が傷病者の家族等から心肺停止の傷病者は心肺蘇生を望んでいないと伝えられる事案については、以前から地域によっては課題として認識されており、平成 15 年に広島県メディカルコントロール協議会が対応プロトコルを承認するなど、対応方針を定めている消防本部もあったが、近年超高齢社会の進展などを背景に、多くの消防本部において課題と認識されるとともに、その対応等について関連学会などの場を通じて議論されてきている。

このような背景の下、救急業務のあり方に関する検討会においては、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置き、このような事案に係る救急隊の対応について検討を行った。

2 現状

救急現場等で、傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望んでいないと伝えられる事案について、消防庁の実施した実態調査によると、平成 29 年までに 616 消防本部、全国 728 消防本部の約 85%が、こうした事案があった、又はあったと思われると回答するなど、数多く発生していると考えられる。

典型的には、傷病者本人は、老衰やがんなどにより人生の最終段階にあり、救急隊の現場到着時には心肺停止状態となっている患者で、事前に心肺蘇生を望まない意思を家族、医師、看護師、介護従事者等に示していたところであるが、それにもかかわらず、傷病者本人の意思が共有されていない、現場の家族等がどう対応したら良いか分からない、医療機関へ搬送して欲しいなどの理由で救急要請に至るものである。救急隊には、救急現場など各場面で、書面や口頭で家族などから傷病者本人の心肺蘇生を望まない意思を伝えられている。

こうした事案について、平成 30 年 7 月 1 日現在で 396 消防本部（全体の 54.4%）は対応方針を定めていない。

他方で、332 消防本部（全体の 45.6%）では対応方針を定めており、うち 201 消防本部（対応方針を定めている消防本部の 60.5%）は、傷病者本人の心肺蘇生を拒否する意思表示を伝えられても、心肺蘇生を実施しながら医療機関に搬送する対応方針としており、100 消防本部（同 30.1%）は医師からの指示等の下に、心肺蘇生を実施しない、又は中止する対応方針としている。例として前者には大阪市消防局、後者には広島市消防局や埼玉西部消

防局がある。

3 基本的な認識

救急隊は救命を役割とし、心肺停止状態の傷病者については速やかに心肺蘇生を実施することを基本に活動している。

※ 救急現場等は緊急の場面であり、多くの場合医師の臨場はなく、通常救急隊には事前に傷病者の意思は共有されていないなど時間的情報的な制約がある。

一方で、平成 30 年 3 月、厚生労働省の「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」が改訂され、ACP（アドバンス・ケア・プランニング、愛称「人生会議」）の考え方が盛り込まれた。このように、本人の意思を尊重しながら、医療従事者、介護従事者、家族等も参加して生き方・逝き方を探る努力がなされている。

救急現場等においても、時間的情報的な制約がある中ではあるが、このような医療・ケアチームとの十分な話し合いを踏まえた本人の生き方・逝き方は、尊重されていくものと考え

4 現場での対応等

(1) 心肺蘇生について

3の基本的な認識に立って、傷病者の家族等が救急要請したものの、救急現場では、傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望んでいないと救急隊に伝えられる心肺停止事例に係る救急隊の対応について考察する。

<心肺蘇生を継続する対応>

心肺蘇生を継続して搬送することとしている大阪市消防局では、傷病者の生命保護を最優先とした対応をとっている。すなわち、救急要請により出場した救急隊が心肺停止状態の傷病者の観察を行った結果、明らかに死亡している場合又は医師が死亡していると診断した場合以外は、家族や関係者に十分に説明したうえで、必要な応急処置を継続して医療機関に搬送する対応が取られている。

<心肺蘇生を中止する対応>

心肺蘇生を中止する対応をしている広島市消防局や埼玉西部消防局などの取組、また臨床救急医学会の提言等では、人生の最終段階にある傷病者について、家族等から傷病者本人

が心肺蘇生を望まない旨の申し出などがあった場合には、かかりつけ医や主治医、高齢者施設の医師等（以下「かかりつけ医等」という。）と連絡し、心肺蘇生の中止の指示が出たら、心肺蘇生を中止する対応が取られている。

※ 「中止」という表現に関して、本来実施すべきではない医療行為をやめるものであることから、「終了」や「取りやめ」といった表現が適切ではないか、といった意見があった。一方、心肺蘇生以外の活動もすべて終了すると捉えられるおそれもあり、表現を変更する場合はこうした点にも十分に配慮する必要があるとの意見があった。

※ 高齢者施設のすべてに医師が配置されているものではなく、有料老人ホームなどでは在宅医療等により医療が提供されている。

この点、かかりつけ医等については、傷病者の人生の最終段階における医療・ケアに携わっていれば、通常、傷病者の診療や、傷病者、その家族、看護師、介護従事者などのケア提供者等との話し合いなどを通じて、傷病者の病歴や生活状況、意思の内容、行うべき医療・ケアの内容等をよく知っており、傷病者の状態や病状を評価し医学的な観点と併せて心肺蘇生の中止の対応の判断をすることができると考えられる。

※ 心肺蘇生の中止をすることができる場合は、個別の事実関係の評価に依存する問題ではあるが、終末期医療における治療行為の中止に関する従来判例や学説等を勘案すると、原疾患の進行に関連し、又は老衰により、病死又は自然死が差し迫っていた傷病者が心肺停止となったものであり、当該中止行為が傷病者の意思又は推定的意思に合致した対応といえる場合と考えられる。

※ 家族等が示す意向は、本人のその時点での意思を推定するための資料の一つと捉えることができるが、傷病者本人の意思とは区別されることに留意が必要である。

※ 救急隊の活動では一般的に家族等の心情に配慮すべきであり、こうした事案の場合も同様である。

かかりつけ医等に連絡が取れない場合については、オンラインMC医に連絡を取り、対応について指示を受けることも想定できる。

しかし、オンラインMC医は、救急業務において重要な役割を果たしているものの、通常は当該傷病者を日常的に診療しているものではないことから、かかりつけ医等と同様の役割を果たすことは一般的には難しいと考えられる。

一方で検討部会では、オンラインMC医から心肺蘇生を継続すべきという指示を受けることも救急隊や傷病者の家族等にとって大きな意味があるという意見や、医療・ケアチームの看護師等（訪問看護や、施設ケアに従事する看護師等）であれば、本人等と話し合った内容、本人の意思、医療・ケアの方針等をよく知っており、そのような看護師等からの情報によりオンラインMC医は心肺蘇生の中止の判断ができるのではないかとといった意見、かかりつけ医等の指示を示した書面などにより傷病者の状態をよく把握できる状況ではない場合にオンラインMC医に心肺蘇生の中止の判断をする責任を負わせるのは酷であるといった意見があった。

かかりつけ医等に連絡が取れない場合に、医療・ケアチームと本人等が話し合った内容、本人の意思、医療・ケアの方針等を関係者がどのように共有し、その情報に基づき誰が責任を持って心肺蘇生の中止等を判断するのか、あるいは責任を持った判断を関係者がどのように共有するのか、といった課題については、ICTの発展なども考慮しながら、引き続き検討していく必要がある。

(2) 救急隊の対応について

(1)で考察した事例も含め、救急現場等では、救急要請に至る経緯、救急要請した者、傷病者が心肺停止となった経過、傷病者と心肺蘇生の中止等について話し合った関係者の範囲、その内容、傷病者の心肺蘇生の中止等の意思が救急隊に伝わる過程、傷病者の意思等を記した書面の有無、書面がある場合にはその内容、作成時期、作成者、署名の有無等、また、関係する家族等の様子、意向、範囲等、かかりつけ医等との連絡の有無、犯罪の疑いの有無など状況は千差万別であり、救急隊の対応については十分な検討が必要である。広島市消防局や埼玉西部消防局も、単にかかりつけ医等に連絡を取るだけでなく、必要に応じてオンラインMC医と相談しながら、状況に応じた丁寧な対応を行っていることに留意すべきである。

また、対応を検討する際は、MC協議会等における、在宅医療や介護に関わる関係者も参加した十分な議論が必要であり、地域における人生の最終段階における医療・ケアの取組の状況や在宅医療や高齢者施設での看取りの対応の状況などの環境も検討する上で重要である。

(3) 搬送について

実態調査の結果によると、医師に連絡が取れた場合も、医師の現場到着までに時間がかかるなど、長時間の現場待機が課題の一つとなっている。連絡の取れた医師から心肺蘇生の中

止の指示があり、かつ現場への医師の到着を待たずに退去する対応が認められた場合、傷病者を家族等に任せ、退去することは、傷病者又はその関係者が搬送を拒んだ場合に準じて考えることができる。

広島市消防局や埼玉西部消防局などの運用では、かかりつけ医等の指示により、心肺蘇生を実施しないで医療機関に搬送する対応も取られている。

また、実態調査からは、傷病者本人は心肺蘇生を拒否する意思を示していたにもかかわらず、救急搬送されている現状が見られる。

一般的には、心肺蘇生を実施しない、死亡確認や死亡診断のための搬送は、救急業務に該当しないと考えられ、本来は在宅医療や高齢者施設において速やかに死亡診断を行う体制を整えることで解消すべき課題であると考えられる。

(4) 事後検証等について

救急現場等で、傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望んでいないと伝えられる事案については、今回、消防庁で実態調査を実施したものの、具体的な件数について集計している消防本部が一部にとどまるため十分に明らかになったとはいいがたい。また、このような事案についての現場の状況や救急隊の対応などは多様となる。このため、各消防本部において具体的な件数を集計するとともに、MC協議会において事後検証の対象とすることを検討すべきである。

※ 事後検証のためには、救急活動を適切に記録しておくことが重要であることは当然である。また、事後検証に在宅医療関係者が参加することも考えられる。

5 今後の方向性

前述の通り、今回の実態調査では、このような事案の実態について必ずしも十分に明らかになったとは言えないところであり、今後、事案の実態を更に明らかにしていくとともに、各地域での検証を通じた、事案の集積による、救急隊の対応についての知見の蓄積が必要であると考えられる。事案が集積し、知見が蓄積していく中で、将来的には、国民の意見の動向や人生の最終段階における医療・ケアに関する取組状況等を見ながら、このような事案に係る救急隊の対応の標準的な手順等について検討を進めていくべきである。

今後、高齢化の更なる進展や、フレイルという概念の普及に伴い、国民の死の迎え方に対する意識も変化し、また、在宅医療の普及に伴い、人生の最終段階を自宅や高齢者施設で過ごす選択をする人も増え、人生の最終段階における医療・ケアに関する取組も進んでいくと考えられる。これらを背景に、消防機関も地域包括ケアシステムの構築に関わっていき、関

係者との連携を進めることなどにより可能となっていく救急隊の対応も考えられる。

※ フレイルは、加齢に伴う生理的予備能の低下によって、ストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転機に陥りやすい状態をいう。日本老年医学会が提唱した用語。

どのような対応をするにせよ、救急要請があった場合、望まない心肺蘇生を実施される可能性は否定できず、また、家族等や医療従事者など関係者が警察の調査等を受け、当惑してしまうこともあり得る。必要な救急要請を躊躇してはならないのは当然であるが、人生の最終段階を迎える準備を適切に進めることで、関係者が慌てたり、関係者間での情報共有が不足することなどによる、避けることのできる救急要請を減らすこともまた重要である。地域包括ケアシステムの構築が進む中、患者本人や家族等がどのような最期を迎えたいか考え、かかりつけ医等を要とする医療従事者、介護従事者とも話し合い、準備を進める、ACPに取り組んでいくことが重要である。