

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3回）
議事録

1 日 時 平成30年9月5日（水） 10時00分～12時00分

2 場 所 AP東京丸の内 A+B+C ルーム

3 出席者 部会長、副部会長、委員10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、「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。進行については、消防庁救急企画室の〇〇が務めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

まず、本検討部会については、第1回、第2回とワーキンググループとして議論を進めておりました。7月13日に開催いたしました「平成30年救急業務のあり方に関する検討会」におきまして、ワーキンググループから部会として議論を進めていただくことを承認いただきましたので報告いたします。

次に委員のご紹介をさせていただきます。〇〇委員に替わりまして、新たに日本医師会常任理事の〇〇様に委員としてご参加いただきます。よろしくお願いいたします。なお〇〇委員、〇〇委員におかれましては、所用によりご欠席となっております。まず開催に当たりまして、〇〇部会長よりごあいさつをお願いしたいと存じます。よろしくお願いいたします。

2. 挨拶（部会長）

【部会長】 「心肺蘇生の実施に関する検討会」その第3回ということになっております。言わずもがなのことなんですけれども、傷病者の意思に沿った心肺蘇生の実施になっているかがどうも今、現場で問われていて、救急の現場でいろんな悩みが出ているということで、今日はそれが中心になると思いますが、それに関し実態調査をやっていただきました。その結果がどういうものが出てきたかということ伺った上で、現場の悩みを少しでも少なくできるような議論、検討ができればいいと思っておりますので、皆さまよろしくお願いいたします。

【事務局】 ○○部会長ありがとうございました。

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願いいたします。それでは以後の議事進行を、○○部会長にお願いしたいと存じます。よろしく願いいたします。

5 議 事

【部会長】 改めまして議事を進めていきたいと思っておりますけれども、きょうの議事は実態調査結果というのが出てきたと。それについて何う、それについてそこから出てくる論点というものについて、何が問題なのかを改めて委員のかたがたで共有していただく。そこで基本は、実態調査結果を聞いた上で、フリーディスカッションでどういう方向性で、いずれ何らかの報告書をまとめることとなりますので、その方向性の一端が出てくるといいと考えています。そのために論点案というのも事務局からは用意していただいております。

それでは議事の1、実態調査結果の消防本部票について、事務局からご説明をお願いしますが、この部分、なかなか難しいというか、いろいろな調査をやっておりますので、丁寧に時間を取ってご説明をお願いしたいと思います。事務局、お願いいたします。

【事務局】 よろしく願いいたします。消防庁救急企画室救急専門官の○○です。本日はよろしく願いいたします。

ではまず、資料1の前に非常に恐縮ですが、資料3、資料4をご覧くださいませでしょうか。先だってこちらの部会のほうで2回ほどご議論いただいた内容について、資料3におきまして、これまでの各委員の主なご発言をまとめさせていただいたものになっております。詳細については後ほどご確認いただきたいと思いますので、ここでのご紹介は割愛させていただきます。続きまして資料4をご覧ください。資料4、こちらは第1回「救急業務のあり方に関する検討会」において、主なご発言についてまとめたものになっております。

先ほど○○のほうからもご説明ありましたが、7月13日にありました検討会におきまして、○○副部会長よりプレゼンをいただきました。その後、委員のかたがたから、議論は必要であるけれども、なかなか救急現場だけの解決は難しいのではないかと。実際、救急車の代替えとなるような部分が社会で展開していくのは時間かかるので、現実的には、まずは救急隊を呼ぶことになると考えており、その救急隊がどのように対応するのかを議論すべき。ただその一方で、現場の苦勞が少ない方法を考えることが極めて重要である、といった将来論についてと、それを解決するために地域包括ケアシステムの中で、地域の在宅チーム、病院チーム、地元の救急隊、MC協議会等が十分に話し合いをして決めていくことが重要ではないかといったご示唆等もいただきました。こういった発言もいただいたということも、部会の皆さまにおかれましてはご承知おきいただきたいと思います。

続きまして消防本部票におけます実態調査の結果についてご説明してまいりたいと思いますので、皆さまがた、資料1をご覧くださいませでしょうか。まずこちらは8月21日までに回収した728本部、日本全国の本部からの回答結果という形で、まずは速報版でこちらの場に提供させていただきます。1枚おめくりください。

1 ページ目、問1、対応方針の策定の有無。問い自身は、対応方針の有無に関して、定めると回答した本部が45.6パーセント、332本部。一方で、定めていないという本部が54.4パーセントという形になりました。このうち定めている本部の中、対応方針の形式について、文書で定められていないという本部が48.5パーセントで最多。一方で、文書で定められているという本部が38パーセント、126本部という結果となりました。またその本部のうち、策定する際の検討方法につきましては、都道府県、又は地域メディカルコントロール協議会に検討を行ったというものが最多で53.3パーセント、177本部という形になっております。一部は消防本部の内部で検討が行われているという、こちらのほうのご報告もいただいております。

続いて問4にまいります。こちらでも対応方針を定めている本部のうち、対応方針の内容については、家族等から傷病者本人の心肺蘇生を拒否する意思が伝えられても、心肺蘇生を実施しながら医療機関に搬送する、というものが最多でこちらが60.5パーセント、全体の201本部がこちらの方針を決められているというふうに定められております。一方で、傷病者の意思が伝えられた際に、医師からの指示など一定の条件の下に心肺蘇生を実施しない、又は中断することができるという方針を定めている本部が、30.1パーセント、100本部ございます。そういった本部がそのように対応で定めた理由としては、記載、下のほうにございますが、県救急隊活動プロトコルに盛り込まれているというものや、県・地域MCプロトコルに定めているといったものがございます。

問5にまいります。傷病者の家族等から心肺蘇生を拒否する意思が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、と回答した場合の理由につきましてですけれども、どのような見解で消防本部が考えているのかという形で聞いたところ、大きく分けてわれわれのほうから提示した選択肢になっておりますが、救急隊の応急処置を行いながら傷病者を搬送することが救急隊の責務であるから。法令上できないと考えられるから。傷病者本人の意思の確認を確実に行うことは難しいからといったものが大多数を占めたという結果という形になっております。

続きまして問6にまいります。問1の段階で、方針を定めていないと回答した本部、その理由については、最も多かった理由が、国が統一的な方針を定めるべきだからと考えているものが74パーセント、293本部、次いで、どのような方針をすべきか現状では判断ができないから、というものが73.7パーセント、292本部でした。最も多いものとしては、いずれにおいてもどのように定めるべきか本部レベルでは分からないといったものが回答として多く上がってきたというふうにご考えられております。

続きまして問7に移ります。心肺蘇生を拒否する意思表示をしていたことを医師や家族等から伝えられた事案があったかどうか、といったところを確認いたしました。平成29年中に事案があったと回答があったものは55.4パーセント、403本部。平成29年中に事案がなかったが、それ以前には事案があったと思われると回答した本部が213本部ということで、事案があったと考えられる本部が約85パーセントあるというような結果となっております。平成29年中に事案があったと回答があった件数につきましては、339本部という形になっております。ただ、これは後ほどの問いのほうにございますが、DNARについての件数について集計しているという本部が非常に少ないこともございますので、あくまで参考値であるをご認識いただけたらと考えております。件数の単純合計は2015件という形になっております。こちらのデータを、ページ7になりますが、管轄人口別の集計結果という形で分けております。集計をまだ十分にしていないというところもございますので、あくまでこちらも参考値という形でご確認いただけたらと考えております。

続きまして問8にまいります。平成29年中に事案があった本部において、傷病者本人が心肺蘇生を拒否する意思表示をしていたことを誰から伝えられたのか、というところですが、家族という回答が最も多く、これが68パーセント、274本部、次いで介護施設等の職員、医師、という形になっております。その他というものの主な内容は、ほとんどが訪問看護師という形になっているということです。

続きまして問9です。その傷病者に接触した場所というのは、どこが多いのか。先日も事務局のほうからご提示させていただきましたが、介護施設等および住宅がそれぞれ同じ77.4パーセント、312本部がこちらで経験されているということです。そういった心肺蘇生を拒否する意思表示をしていたことを、救急隊の活動のどの場面でお伝えいただいたのかというところを本部のほうにお伺いしたところ、最も多いものは現場到着後、現場出発前なんですけれども、場合によっては医療機関到着後というご発言もあり、非常にさまざまな場面で救急隊はそういう発言に直面しているのだということが、こちらのデータからの分かるかと考えております。

続いて問11にまいります。平成29年中に事案があった本部のうち、どのような形で傷病者本人が心肺蘇生を拒否する意思表示が伝えられたのかということをもとめています。最も多いものは家族の証言、こちらが65パーセント、262本部です。次いで、介護施設等の職員、医師の口頭での指示という形。基本的には口頭による意思の伝達が最も多いですが、一方で傷病者本人の意思を示した書面、医師の指示書といった文書という形で伝えられたという事例もあるという形で、こちらのほうのデータで返ってきております。

続いて問12にまいります。平成29年中に事案のあった本部のうち、心肺蘇生を実施すべきか否かについて指示を受けるため、医師に連絡を取ろうとしたことの有無ということです。医師に連絡を取ろうとしたことがあるという本部が72.5パーセント、292本部がこのような形で回答いただいております。取ろうとしたことがないという111本部につきましては、こちら問19のほうにも後ほ

どお伝えいたしますが、基本的には蘇生すること自体がルールとなっている本部であるというところが多かったと考えております。

この、指示を受けるため医師に連絡を取ろうとしたことがある本部のうち、どの医師に連絡を取ろうとしたのかというところですが、最も多かったものがかかりつけ医、そのうちでも診療所・病院等を問わず外来のかかりつけ医に連絡を取ろうとしたものが68.5パーセント、200本部、次いでオンラインメディカルコントロールの医師が56.2パーセント、かかりつけ医の在宅の先生に連絡を取ろうとしたものは36.3パーセント、106本部という形になっております。申し訳ありませんが、どの順番でかけたのかというところまでは、本調査の中では確定していません。

問14になりますが、連絡を取ろうとした本部の、オンラインメディカルコントロールの医師を除いて、医師に連絡を取ろうとしたものの連絡が取れなかったという事案があったかどうかというところですが、やはり、そういった事案があったという本部が38.7パーセント、113本部で連絡が取れないという事案があったという形で報告をいただいております。

医師と連絡が取れた事案において、医師がどのような指示を出していただいたのかというところですが、最も多かったものが、心肺蘇生を実施し、又は継続して医療機関に搬送を指示されたものが221本部、75.7パーセントという形になっております。次いで多かったものが、心肺蘇生を実施せず、又は中断して医療機関に搬送を指示されたものが33.2パーセント、97本部からの回答という形になっております。中には医師の到着を待ち、引き継いだものであったりということも続いてあるという形でいただいております。

搬送先の医療機関が、指示をした医師の所属する医療機関以外の医療機関だったことの有無というものがあるかどうかです。例としては少ないですが、やはり5.8パーセント、17本部では、指示をした医師以外の所に搬送を指示いただいたというところのデータという形になっております。

続いて問17です。医師に連絡が取れた事案で、医師の指示に従わなかったことの有無というものです。医師の指示に従わなかったことの有無、従わなかったことがないというのが93.8パーセントですが、あると答えた16本部につきましては、搬送にはCPRは実施しなければならないということで、その旨で医師に説明し、了承を得た上で搬送したといったような事例として、医師の指示に従わなかったという事例があったと回答いただいております。

一方で連絡を取ろうとして連絡を取れたものの、かかりつけの医師以外の医師が心肺蘇生の不実施又は中断を指示したことがあるのかどうかという形です。ないという本部が基本的に91.1パーセント、非常に多いんですけども、一部、25本部ではあるという回答をいただいているところですが、先ほどお伝えしましたが、問12で指示を受けるために医師に連絡を取ろうとしたことはこれまでにないと回答いただいた本部につきましては、最も多かったもの、66パーセント以上の所

ですけれども、対応方針として心肺蘇生を実施するよう定めているからというものが問19で示されています。

続きまして問20、実際にこの平成29年中にそういった事案があった本部の中で、実際にどのようなことに困ったり、迷ったりされているのかというところを、非常に多くの選択肢をもって各本部に聞いております。その中で最も多かったものは、心肺蘇生を実施しないで医療機関へ搬送することを家族等から申し入れられた際の対応が最も多く、次いでかかりつけの医師に連絡がつかないこと、関係者、家族同士や医師、家族間等の意見の不一致があることといったものが、非常に困ったというところのご意見をいただいております。こちらの内容につきまして、対応方針の策定の有無別に結果を比較させていただいたものを右に提示させていただいております。青が定めている本部、オレンジが定めていない本部という形になっております。多少の差はあるものの大きな差はこちらのほうではないものと考えています。

続きまして19ページをご覧ください。問4の対応方針の内容別に結果を比較させていただきました。中断することができる本部、意思表示をいかに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方針を定めている本部、その他という形の三つに分けております。一定の条件下に心肺蘇生を実施しない、又は中断することができるとした本部におきましては、他の方針のところよりも関係者の意見の不一致であるとか、かかりつけの医師に連絡がつかないことに少し困ったというデータが多くなっております。その一方で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という方を方針として定めているほうが、困ったり迷ったりすることはなかったという形の回答も少し多く出ているという形で、こちらに記載されております。

その一方で、以上は全てわれわれのほうで提示させていただきました項目となっておりますが、その他として多くのご意見もいただいております。その他の内容が、20ページから21ページについて簡単に事務局のほうでまとめさせていただきました。その中で分析として分けたところですが、意思表示の書面がないなど意思確認に苦慮した場合。基本的には書面が見つからないだとか、書面があってもそこに医師のサインがないだとかいったところで判断に苦慮したものであったり、DNARであることを後になって伝えられたというところで救急隊の活動そのものについて苦慮したというところであったり、関係者の説得に苦慮したというようなものが、基本的に困ったというところになっております。

続きまして問21、こちらも委員の皆さまがたからご指摘いただいていたところですが、傷病者本人が心肺蘇生を拒否する意思表示をしているのに、それにもかかわらず家族やそれ以外の方が救急車を要請した理由にはどのようなものがあるのかという形。分かる限りですが、消防本部のほうに問い合わせさせていただきました。具体的な記載があったものは524件です。その内容を大きく分けると、やはり最も多かったものは家族等の非常に気が動転した・パニックになった・どうしたらよいのか分からないというものが176件という形で、どうしていいのか分からないとい

うところで救急車を呼んでしまったというところがやはり一番多い。

その一方で、家族間の情報共有不足や意見の不一致といったものもございます。中を見ていただきますと分かるんですけども、ご家族の中で奥さん等は知っているけれども、たまたま来ていた孫とかは知らなくて呼んでしまったであるとか、施設の中におかれても、引き継ぎの際にその内容が少し漏れていたというような形の記載もいただいております。また23ページにまいります、医療機関等への搬送のために要請であったりとか、死亡診断、死亡確認のためという形で救急要請をされたという事例も報告で上がってきております。こういったところについて皆さまにご提示させていただいたところ、非常に多岐にわたっておりますので、今回全てをご説明することはできませんが、一度ご覧いただけたらと考えております。

続きまして問22、平成29年中に、DNRに関する事案のあった本部のうち、過去に心肺蘇生の拒否の意思表示を受けて実施しなかったり、中止したことにより家族等から抗議を受けたことがあるのかどうかというところをお伺いしたところ、抗議を受けたことはないと答えた本部が93.3パーセント、376本部でした。非常に少ない数ですけれども、ただ、家族等から抗議を受けたりだとか、医療機関に搬送してほしかったと抗議を受けたという事例も少ないながらあるという形のデータとしては上がってきております。

続きまして問23、典型的な事例、又は特徴的な事例を1件、具体的に説明してくださいという形で、情報を求めました。具体的な記載のあった回答は358件がございます。簡単に単語等の中で数字等もこちらのほうに記載させていただいておりますが、非常に多くの細かい内容についても本部のほうは記載していただいております。この内容を全て説明するとビジーなものになってしまうこともありまして、皆さまがたにおかれましては、参考資料1をご覧いただけたらと思います。こちらは本部名等は挙げていませんけれども、非常に詳細な、できる限り具体的な事案について、われわれのほうで記載し、まとめさせていただいたものになっておりますので、議論の際の参考にさせていただければと考えておりますので、ぜひご覧いただければと考えております。

【事務局】 参考資料1の内容につきましては、また時間あるときにでも、もしくは今回の議論の中でもご確認いただけたらと思っておりますので、続きましての問いの説明のほうにまいりたいと思います。再度資料1のほうにお戻りいただけますと幸いです。

資料1、問24、29ページをご覧ください。先ほど何度かお伝えさせていただいておりますが、傷病者は心肺機能停止状態であるものの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伝えられた事案について、消防本部で集計を実施しているかどうかというところですが、集計していないという本部が94パーセントという形になっておりますので、先ほどの実例数におきまして、あくまで参考値という形でご認識いただければと思います。

問25、管轄する地域において終末期患者の受け入れ態勢について協議する会議が開催されたこ

との有無というところですが、やはりないというところが69.6パーセント、非常にまだ多いところですが、一方であると答えた本部もあります。こちらが11.5パーセント、84本部という形になっております。そのうち消防本部が当該会議の構成員として参加したことがあるのかどうかというところですが、こちらについては、84本部の中ですけれども、90.5パーセント、76本部が当該会議の構成員として参加いただいているという形になっています。

本部票の最後の問いになります。問27、ACPやリビングウィルについて、行政、医師会、メディカルコントロール協議会と協力して、普及啓発活動を行ったことがあるかというところですが、やはりないという本部が非常にまだ多く95.3パーセント、694本部がまだないという形でございますが、一方で4.5パーセント、33本部ですけれども、普及啓発活動に消防としても関わっているという形で回答いただいているところです。

今回させていただきました消防本部票についての問いおよびそちらに関する回答についての事務局からの説明は以上となります。ご質問等、ご議論いただければと思います。

【部会長】 この段階でどうですか。まだ本当は、この資料1の続きで同じように速報版ですが、地域MC協議会票というのと、都道府県MC協議会票というのがありますけれども、ここまで続けて説明いただいたほうが良いというような気もしますけれども。ご判断に任せますけれども、ここでいったん切りますか、どうしますか。

【事務局】 こちらのほうで続けて議論させていただきたいと思います。

【部会長】 ご説明をお願いします、続けて。

【事務局】 続きましてまずは、都道府県MC協議会票と書いてあるものをご覧いただけますでしょうか。こちらのほうは8月31日までに回収した47団体全ての回答結果の速報版という形でご提示させていただいております。

まず1ページ目をご覧いただけたらと思います。1ページ目、プロトコール等の策定の検討が行われたかどうかというところについてですが、一度も検討したことがないという本部が32本部、68.1パーセントと最多という形になっております。その一方で、もう既に策定し運用中であったり、策定について検討中という本部が11団体、その中でも策定について検討したが、策定しなかったという団体も四つありますので、検討されたという団体については15ある、というふうな結論となっております。

そのうち策定を検討開始したきっかけとしては、先日、〇〇委員のほうからも情報提供ございましたが、日本臨床救急医学会の提言を受けてというところが3件、また全国的に議論されてきたというところを受けて検討開始したところが2件という形です。その中、検討したものの策定しなかった理由としては、幾つか挙げられておりますが、社会的にも大きな課題と認識し、地域全体でコンセンサスを得た上で進めることが重要であるので、結論を急がず、状況を見ながら継続審議していくこととしたというものであったり、本検討部会の答申を踏まえて再度検討するこ

としたという形でいただいているところです。

一方で、検討したことがない理由というところにつきましては以下のものがございまして、国等からの指針がまだ示されていないためというものが最も多く10件、過去に議題として挙げたこともないという所が6件、現状、法的な整備ができていないという所が4件という形で回答いただいているところです。

3ページ目にまいりまして、問2、検討した、現在している際の協議メンバーの中に在宅医等の医療関係者が入っているかどうかというところですが、協議メンバー内に在宅医等の医療関係者の有無は、含めているという所が33.3パーセント、5団体が含まれていると回答いただいているところです。一方で60パーセント、9団体におかれては、含めていないという回答になっているという形で都道府県からの回答をいただいているところです。

続きまして、地域MC協議会と表題のほうに書いております実態調査結果についてご覧いただけたらと思います。こちらは9月3日までに回収したものとなっておりますが、251団体、これは全国の地域MC全てから回答をいただいているという形になっています。

その中で問1をご覧ください。同様に、プロトコル等の策定の検討の有無について確認したところ、一度も検討したことがないという団体が130団体、51.8パーセントという形になっております。一方で、策定し運用中である団体であったり、策定について検討中という所が75団体。トータルすると121団体がプロトコル等の策定について検討を行ったという結論になっております。

策定の検討を開始したきっかけとして自由回答でいただいておりますが、心肺蘇生を望まない救急事案の対応に苦慮したことからという形が最も多く29件、救急要請されたにもかかわらず、関係者からの心肺蘇生を希望しない傷病者であるとの申し出があり、速やかな救急活動ができなかった事例があった、であったりだとか、救急要請された消防側の業務に対し、DNAR指示を受けた親族側の意思が非常に異なっており、救急活動の混乱を招いていて、常に訴訟の可能性をはらんでいて、隊員の精神的負担にもなっているという形の点から議論を開始したというところがございます。その他、心肺蘇生を望まない救急事案の経験を受けたという事例が17件であり、また日本臨床救急医学会の提言を受けてという所も22件ほどございます。

続きまして、先ほどと同様ですが、検討したけれども策定しなかった理由というものを副問2という形でご提示させていただいております。まず最も多かったものが、国や県からの指針が示されていないためというものが23件、この中には地域のみで策定は難しいのではないかと、国全体であるとか、県全体での対応と足並みをそろえるべきであるとの判断もしっかりと協議した上でやっていくべきであるというふうな形で書いているものもございまして、法的な整理もまだできていないためというところから、地域MC協議会において議論したところ、まだ法的にも医療体制的にも未整備であるというところから時期尚早であると、検討内容をされたとこ

るもでございます。

一方で副問3、検討したことがない理由という形で最も多かったものは、やはり国や県からの指針が示されていないためというものが35件、基本的に救急隊は処置をして搬送をする必要があると考えているからという意見もでございます。その他、議論として要望がないためであるとか、方針が既に定まっているためという所もでございます。救急隊を呼ぶ時点でDNARの意思はないものと判断し、現場でのDNAR聴取は必要ないとしているというふうに回答いただいている所もでございます。

問2にまいります。策定について検討した際の協議メンバー内に在宅医等の医療関係者がいるかどうかというところですが、121の団体の中、含めたという所が49団体、40.5パーセント、含めていないという所が70団体、57.9パーセントと、またやはり含めていない所のほうが多いではありますけれども、含めたという所の割合は都道府県MCと比べると多いのかなと考えています。

また、そういった事例に対して事後検証、地域MC協議会においてそういった救急隊の活動における事後検証というのを行っておりますので、その中でこういった傷病者の意思に従い心肺蘇生を実施しなかった、また中断したということで事後検証を行っているのかということについて、対象としていないという所が110団体、43.8パーセントでした。一方で常にしているという所も33.9パーセントという形でご提示いただいているところでございます。以上、都道府県MC協議会、地域MC協議会、消防本部における今回の実態調査の結果につきまして、事務局のほうからご報告させていただきました。ご議論のほう、よろしく願いいたします。

【部会長】 ありがとうございます。非常に丁寧な説明をいただいたと思うんですが、これだけの資料があると、いろんな質問とコメントが出てくると思うんですが、いかがでしょうか。まず、本当は質問からというんですけど、構いませんからどうぞ。どうぞ、〇〇さん。

【〇〇委員】 ご説明ありがとうございます。調査票の発送から回収、そして結果の集計、分析と非常に迅速にお進めいただいて、ご報告いただいたというふうに思います。入り口の質問として、回答者について確認させていただきたいんですが、消防本部の票について、回答してくださった方というのはどういう方であって、その回答結果は救急隊の経験を適切に反映してるとお考えかどうか教えていただけますか。

【事務局】 回答方法につきましては、ある程度本部に任せているところですが、各救急課であるとか、救急の主となる者のほうが各本部の中、本部の下にある署であるとか、といったところに確認いただいた上で集めていると認識しておりますので、これは現場で活動されている救急隊のかたがたのご意見も反映されているのもであると、事務局のほうでは考えております。

【〇〇委員】 これはおそらく自宅での場合と施設の場合で、だいぶ状況が変わってくるだろうと。自宅の場合、当然ご家族からお話を聞くということになるでしょうし、施設の場合は職員からということで、その場合、救急隊の方が受け止める重みという意味では、例えば家族の方の

お話と施設の職員ということだと、やっぱり家族のお話は重く受けるけれども、職員だと特に書面でなくてお話だとちょっと重みが減るかなというような印象もあるんですが、おそらくそこまではご確認はされてないですよ。

【事務局】 重みというのをどう表現。

【〇〇委員】 つまりそれがあった場合に、その後の判断がどうなったかということですよ。家族のお話だった場合に、もうやっぱりやめるということにすることが多いのかとか、施設の場合だったら、やめないという例のほうが多いのかというような、クロス集計みたいなのをさせていただきます？

【事務局】 今回の調査の結果のご報告の速報の中では、そこまではしていません。

【〇〇委員】 もう一点は、主治医との連絡のつきやすさという意味では、在宅医療をされる先生はかなり連絡先ははっきりしててつきやすいですが、ただ病院の先生が主治医だったりすると、なかなか連絡が難しいんじゃないかというような印象も持ってるんですが、その辺りは、何か結果が出てますでしょうか。

【事務局】 すいません。今回集計させていただいたものの中にはございません。

【事務局】 付け加えさせていただきますと、今回の調査の仕方ですと、申し訳ございませんが委員のおっしゃるようなクロス分析というのは、難しいと考えております。

【〇〇委員】 イメージとしておそらく在宅医療を受けておられている場合は、それを担当している医療介護の多職種の間でも、最期のときはどうしましょうかというのをきちんと話し合ったり、ご本人、ご家族とも話し合ったりしてるのが比較的多いと思いますが、例えば通院をされてる場合とか、病院の先生が主治医だと、比較的そういう多職種との連携が薄いことが多い。そういう場合は、やっぱりそういう最期のときどうするかというようなことの話合いがされてないことが多い。そういう場合に、どうしても救急車を呼んでしまうとか、ご家族の間で混乱が起こりやすいとかそういうことがあると思ったんですけれども、その辺りも特に検討はされてないでしょうか。

【事務局】 今回の調査ではそちらを見ることはなかなか難しいと考えております。

【〇〇委員】 質問ではなくてご提言なんですけども、やはりまずは、事前にもしもそういう、例えば急変された場合とか、非常に状態が悪くなった場合にどうするかということを、ご本人、ご家族、あるいはそこに関わってる医療介護の職種の中で話し合っておいて、それが多分書面で残ってるのが一番はっきりしてて、書面で残っていればご家族もパニックになったときに、例えば救急車は呼ばないことにしようとか書いてあるとか、心肺蘇生はしないっていうふうに書面でちゃんと残っていれば、パニックになったとしてもそれに従うことができるかと思います。そういう意味ではやはり事前の準備ということをきちんとしてこない救急隊の負担が増えるばかりで、判断を任せられてもおそらく困ってしまうことになるかなと。

それをするためには、まさに今進んでる地域包括ケアシステム、特にACPとか終末期ということが関係してくると思いますが、そこに例えば消防署の方とか、メディカルコントロール協議会の方が参加する手段としては、平成30年4月からは全国の市区町村がやるべきこととして、在宅医療・介護連携推進事業の具体的取り組みというのが、(ア)から(ク)まで決まっています。これも以前から行われていたんですが、この4月から全国の市区町村がやりなさいということになってます。

その最初の(ア)というのが、地域の医療介護の資源の把握と。この医療介護の資源というところに消防署とか、地域のメディカルコントロール協議会というのもぜひ加えていただくと。行政側で、これもそういう資源であると。その資源として捉えられれば、そこがどんな懸念を持っているかということ把握もされるのと、地域のいろいろな会議にも当然参加していただくということになるかと思います。

その中で、(ア)の次の(イ)というのが、在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討ということになってますので、そこにぜひ参加していただいて、こういう、呼ばれたけれども心肺蘇生を希望しない場合という、非常に困ってますと、まさに課題を地域の皆さんに知っていただくと。その中で対応策をみんなで考えていくと。その場合、さっき言ったようなACPとか、終末期のご本人、ご家族、あるいは医療介護の多職種の間で事前にきちんと話し合っていきましょうで、理想的にはやはりそれをきちんと文書、書面の形で残していきましょうという方向性に行くのがいいだろうと。

一番いいのは、例えば何かあったときの対応というのを1枚の紙にまとめときましょうっていう運動が結構あって、例えばそれをペットボトルみたいな所へ入れといてっていうお話があります。その中に、一つは当然ご家族の連絡先ですけれども、もう一つは主治医、例えば訪問看護ステーション、ケアマネージャーという医療介護の多職種の連絡先がきちんと書いてあると。その中に何か急変とか起こったときの連絡先として、かつ順番を決めといていただくと。何かあったらまず1番は主治医に連絡します。主治医に連絡つかなかったら訪問看護ステーションに連絡します。その中のチームとご家族が決めていただけるといい。

そこで何かあったときに救急車は呼ぶか呼ばないかということもきちんと書いていただくと。あるいは心肺蘇生を希望するか、しないかということもきちんと言葉で書いていただくと。それも分かりやすく救急車を呼ばないとか、心肺蘇生をしないっていうはっきりとした言葉で決めていただくのがいいかと思います。体に負担のかかることはしないと、無理はしないと、そういう曖昧な表現ではなくて、できるだけ救急隊の方が困らないようなはっきりとした言葉で記していただくというような方向、そういうふうにしていただくといいかなと思います。以上がいいかなと。

それから、その中の具体的取り組みの中の、(キ)の項の所には、地域住民への普及啓発という

のもありますので、そこでこういうふうな形で事前にみんなで相談しときましようとか、救急車を呼ぶ前にはちょっとよく考えましようね、というようなことも地域住民へもどんどん普及していくようなこと。事前の準備をまずするということが、最も救急隊の方の、大変に困っている課題の直接的な解決策につながるのではないかと思います。そうはいってもそれには時間がかかりますので、今ある問題に関しては、やはり各地域メディカルコントロール協議会の中で何かあったときの対応策というのは、地域と一緒にあってまずは相談していくと。ある程度の地域での考え方をまとめていくというのがいいかと思います。長くなりました、以上です。

【部会長】 今後の議論に資するご意見、コメントも含めていろいろあったと思いますけれども、今、〇〇さんがおっしゃったように、これ、きょう伺って私も思ったんですけど、ここではもちろん救急隊の現場で困ってるっていう話なんですけれども、実態でこの調査で見ると、結局、救急隊だけではないわけですよ。在宅の場合は家族で意見が一致しないとか、つまり家族のほうもいろんな形で、それを困ってるという表現にするかどうかは別としてですけども。施設のほうでもそうですね、施設からはとにかく救急隊を呼んでるんですけども、施設へ行ってみたらこういうような状況があるという話ですよ。

さらに言えば、お医者さんも患者がそれぞれ別々ですから、それぞれについて指示が違ってたって、それは当たり前なことかとも思うんですけども、例えば救急救命、つまり心肺蘇生しながら、しかし搬送はしろっていうのが一つありますけれども、心肺蘇生しないで搬送しろ、心肺蘇生もしないし搬送もしなくていいっていう、指示の仕方もいろいろで、なかなか画一的に決められないことかもしれないことなのかもしれないんですけど、医療上の判断ですから。やっぱり今後どうやっていくかっていうのは、救急隊だけの問題でもないっていうことが分かった。

二つ目には、救急医学会のガイドラインというのが出て、今のMC協議会等でガイドラインを作ってくださいという話になってるんですけど、なかなかそれができていない。やってる所もあるけれどもという、そういう実態も見えてきたということかだと思います。大きなことでいえば、他にもいろんな点があると思いますが、どうぞ、ご意見をご遠慮なくいただきたいと思いますが、質問の形でも結構ですがどうぞ。

ちょっとつなぎで、私が一番重要なものの一つだと思ったのは、11ページに心肺蘇生を望まない傷病者というので、そういうことでDNARとか、DNRということを言ってるんですけども、私の理解だけじゃなくて、それが普通だと思うんですけど、DNARとかDNRっていうのは、誰が指示を出してるかというとお医者さんですよ。だからお医者さんがそういう指示を出しているという。それで在宅とか施設にいらっしゃるとい、そういうイメージだったんですけども、11ページの所を見ると、心肺蘇生を拒否する意思が伝えられた方法で、一番具体的な例の丸の所で、傷病者本人の意思を示した書面、二つ目が医師の指示書になってるので、必ずしもDNARと限らないとか、つまり患者本人がDNAR、DNR含めてとにかく延命治療は拒否しますという事態も一応含ん

でるんだなど。この二つはやっぱり区別したほうがいいのかもしいないんですけれども、そもそもね。そういう実態が出てきたような気がします。〇〇さん、どうぞ。

【〇〇委員】 今のことはまさに重要なことで、心肺蘇生を望まない傷病者という表現であれば、ここは別にDNRにこだわらずに、ご本人が希望してませんということで考えたほうがいいのかというように思いますが、広い意味で捉えないといけないだろうと思います。

【部会長】 その点はこの検討会の趣旨でも申し上げてあります。この患者家族関係だけが意思を示してる場合は関係ない、悩む必要はないという話は全くないのでもちろんそれもないようにします。それからお医者さんの指示書も、普通はお医者さんも勝手に指示書を出すことはないので、家族、本人とも相談の上でDNRっていうのは出してるはずなので、この傷病者、つまり本人の意思を尊重した救急救命っていうのは何かという点では、いずれの場合も全く一緒だと思っております。他にいかがでしょう。

【〇〇委員】 〇〇です。3ページの所で、対応方針の内容で上のほう、100の消防本部の方が家族等から傷病者本人の心肺蘇生を拒否する意思表示が伝えられた場合には、心肺蘇生を実施しない、又は中断することができるっていうふうにしておられると。100件がしておられる一方で、となりの4ページのほうで見ると、心肺蘇生を実施しながら医療機関に搬送すると回答した場合の理由として、94.5パーセントが、救急隊の責務だから意思表示を伝えられても実施しながら搬送するんだよと。またその一つ下、法令上中止はできないと考えられてるからという形で、傷病者の意思に沿って対応はできるというふうに思っておられる所は100ある一方で、そうじゃない所があるというところですので、この辺りが傷病者に伝えられても、しながら搬送するっていうのが本当に責務なのかどうなのか、あるいは法律上できないという形になってるのかどうなのかといったところが、この会の中である程度方針が示せられれば、現場の人たちにとっては有効じゃないかというふうに思っておりました。以上です。

【部会長】 非常に重要な点だと思います。4ページですね。なぜ心肺蘇生を実施しながら搬送したのかというので、それが救急隊の責務だから。法令上当然そうしなくちゃいけないからという、これがまさにそのとおりの話であれば、それに従っていない消防本部は一体何なんだっていう話にももちろんなるわけで、簡単に丸バツの話では、どうもない。その実態ももちろん明らかになっているので。〇〇さん、どうぞ。

【〇〇委員】 法令上の解釈が非常に重要になってくるかと思うんですが、これ、消防庁のほうでは、法令上例えば本人の意思が確実に確認された場合は、法令上は問題ないという解釈なのか、その辺り、現時点ではどうなってるか教えていただけるとありがたいんですけれども。

【事務局】 後ほど議論の中でご説明をしようと考えていたところなんですけれども、資料2、論点（案）のうち、論点2（3）心肺蘇生の中止等の法令上の位置付けのところでした、現行法において、今のところと関わりがあると思われまは、消防法の2条9項、救急業務の定義の条

文になります。資料2の参考資料3ページに条文を示しており、救急業務の定義になっております。一定の傷病者について、医療機関、その他の場所に搬送すること、として、かっこ書きの中で『医師の管理下に置かれるまでの間において、緊急やむを得ないものとして、応急の手当を行うことを含む』と定めている所が、応急手当を実施する直接の根拠になろうかと考えています。

一方、直接に応急手当の中止について、定めているところはないのですけれども、搬送を中止する、搬送しない場合の規定としては、救急業務実施基準がございます。こちらは通知により定めていますが、全国的に統一的に救急業務を実施するために定めている基準ですので、消防本部の皆さんにとっては順守すべきものとなっております。その7条、『搬送を拒んだ者の取扱い』として、『傷病者又はその関係者が搬送を拒んだ場合は、これを搬送しないものとする』という定めがあります。また、19条、「死亡者の取り扱いとして」、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は傷病者を搬送しないものとする、という定めがあります。こういった定めに基づいて、各消防本部は救急業務を運用していますが、これまで応急手当を拒絶している方について中止することが適法であるか、適法でないかということを書等により公の形でお示したことはないと考えています。従いまして、この点についてどう考えるかというのは、一つのポイントではないかと考えております。

【部会長】 まさに法律上の論点も含めて、この会でも検討してもらいたいという趣旨だと思いますが、きょう、〇〇さんという刑法の専門家がおられないんですが、法律家はいかがですか。何かありますか、コメントが。この段階で。どうぞ。

【〇〇〇委員】 結論の方向性ではないのですけれども、今、ご指摘いただいた消防法の2条やそれに関わる基準について、手もとの資料上に抜き出して掲載してくださっている文言以外に、応急の手当の前提として、医療機関、その他の場所へ緊急に搬送する必要があるということが重要な前提になっているのではないかと思います。そうだとすると、医療機関に搬送する必要があるかどうかというところをどう考えるか、というところも同様に大事なのではないかと思います。ただ、1点指摘させていただきます。

【部会長】 例えば搬送先のお医者さんからDNRが出ているっていうんだったら、この段階でっていう、つまり救急隊の任務ではないという法解釈もあり得るっていう、そういうサジェスションだと思いますけれども、とにかく他に、せつかく実態調査のほうが出てきましたので、これはどうなんだろうとか、ここが非常に重要だとか驚きであるとか、何らかのもう少し、これを基にして、さらにその上でっていうことでもいいのですけれども、委員の方のご意見を伺いたいと思うのですけれども。消防本部のほうのそれぞれから代表してくださってる方でもありがたいです。どうぞ、すいません。

【〇〇委員】 老施協から参りました〇〇です。初めに単純な質問なんですけれども、今回の回収が728本部の回収となってたんですけど、これは全部で何本部あるんですか。

【事務局】 ご説明が欠けていたかもしれません。一応これ、現在728本部全国にございますので、こちら全本部からの収集という形になっております。今回、消防本部、都道府県MC・地域MC協議会、全ての所から簡単にいうと回収率100パーセントという形です。

【〇〇委員】 素晴らしい信用のある内容のデータですね。施設として今、看取りというのがもう盛んに言われています。特養においては、看取りのできない特養は特養ではないというくらい看取りに入っております、厚労省のほうからも重点目標、認知症と同じように看取りは重点目標になっています。看取りに入っておる場合は、いわゆる職員配置もご家族も指針等もありまして、施設として、組織として行っておりますので、この時点で、看取りの方が急変したからといって救急車を呼ぶこと自体が本来あり得ない話になるわけなんです。看取りではなくなってしまいますので、いちいち119番通報はいらない。看取りの方が心肺蘇生ということは本来なくて、いわゆるフレイルという、〇〇先生がこの間話したとおり、人間の終末において当然の自然的な現象であるということであれば、119番通報はもうあり得ない。それはきっと職員が動転して119番通報してしまったことだと思います。

ただ施設として判断に迷うところが、いわゆるACP、最近言われている厚労省のガイドラインに沿って、本人はもうこの施設で死にたいんだ、手術とか受けたくないんだというような希望が出ているにもかかわらず、家族がいや、依然として最高の医療をすべきだと、家族との不一致で施設が判断に迷ってる場合とか、またACPが出ておったんですけども、施設として果たしてそのところで後で責任問題がでてしまうとか。取りあえず医療のほうに委ねれば、無責任ではありませんけども心配はないなど。その後の家族からクレームはこないというような判断をする、まだ段階であるかもしれませんが、施設としては。ということで、逆に施設としてもいわゆる今回の厚労省のガイドラインが浸透して、またそれが当たり前のような時代になるというのが、今、望んでるところです。感想を交えた意見になってしまいました。

【〇〇委員】 〇〇です。DNARの内容に関しての質問なんですけれども、質問項目に直接あったかどうかは少しよく見れてないので分かっていないのですが、DNARみたいなものがあつたときに、やるかやらないかだけじゃなくて、どういうものについてやるかやらないかみたいな具体的な中身について、何か迷ったような回答みたいなものがもしあつたら教えていただきたいと思つたんですが、具体的にどういうことかという、例えばどこかに窒息事例みたいなことの回答があつたように思うんですけど、普通に病気で亡くなる状態で心臓が止まるときには、心肺蘇生はしてほしくはないと。ただ餅が詰まったときには外してほしいみたいところで、どこまでをDNARみたいなことで判断するのかっていう、現場の状態で何かこう迷う場面っていうのがあつたりするのかと素人考えで思つたもんですから、何かそういうことに関連するような回答であるとか、質問であるとかいうのがあつたら、漠然としていて恐縮ですけど、教えていただければありがたいと思つた次第です。

【部会長】 ○○さんですね。どうぞ。

【○○委員】 前後関係等が千差万別で、千差万別いろんな状態があるというのはご承知のとおりだと思います。救急隊は当然ながら、患者に会うのは初めてですので、現場に行ってどう対応するかということになります。先ほどありましたように心肺停止という状況で現場に行った際に、その心肺停止がどういう経過だったのかというのは当然重要になります。

広島の場合には心肺停止というキーワードでプロトコールが発動し、その際にあくまでも主治医に確認をして、主治医の指示の下ということで、CPRを中止することができるという規定にしています。ですから今回餅のような事案であって、悩ましいCPAということであれば、おそらく救急隊は通常のCPRでいいのだろうというふうには思いますが、現場でDNRオーダーがあって、主治医に連絡が取れたら、やはりその人の人生をずっと聞いて、いろいろコミュニケーションをとられて、患者の状況を知っている中で、また家族や施設関係者も現場の周りにおられますので、最終的には主治医がキーワードとなって、家族、関係者の了承の下に指示に従って対応するというようになります。一律にはいかないと思いますが、患者を一番知っておられる主治医の指示というものは非常に重要視をしています。そういう現場の活動です。

【○○委員】 今のお話も少し関連するんですけども、判断する意思がどんな医師かという問題で、要するにかかりつけ主治医であれば、患者さんとかご家族の状態をよく分かっているからしないでもいいですって言いやすいですが、そういう今までの状況を全く知らないようなオンラインメディカルコントロールの医師は、これは聞かれても多分、なかなかしない方がいいという判断が下すのはかなり難しいだろうかと思います。

実際には、12ページの間13の所で、連絡を取ろうとした医師という所で結構オンラインメディカルコントロールの医師が56.2パーセントいらっしゃいますが、15ページの間18でかかりつけの医師以外の医師が不実施、中断を指示したことはないというのがやっぱり91.1ということで、果たしてこれ、オンラインメディカルコントロールの医師に聞いちゃっていいんだろうか。判断させていいのかなど。書面でかなりはっきりしたのがあればまだあれですけども、そうでない限り、ちょっとそういう場合の担当の医師の負担が大き過ぎるのではないかと。場合によっては責任問題まで発生し得る可能性はないかというところ、ちょっと懸念してるんですけども。

【○○委員】 主治医に連絡が取れないときの現状どうなるかということになりますと、その主治医さんがおられる別のドクターがカルテを見られて電話に出られる場合もあります。大きく分けるとMCの指示医師にコールするということが殆どになります。ここでわれわれの圏域のMCの指示医師と話をしますが、やはり背景をなかなかご存じないので難しいという状況で、プロトコールについても臨床救急医学会が定義されたMC医師という内容については、まだ社会の状況も含めて、そこはちょっと難しいだろうという現状ですね。

ただ現場活動をする上で、救急隊とその関係者の双方だけで話をするのは難しい場面がござい

まして、その場合にやはり連絡が取れるドクターに入っただいて、その三者でうまく現場をまとめていって、どういう結論に落とすかというところは非常に重要です。ですからMC医師が関わるといことは難しいのではありますけれども、主治医に連絡がとれない場面で、MC医師に関わっただいて現場をどういうふうに対処するかというところは非常に重要です。以上です。

【〇〇委員】 同じことですが、臨床救急医学会のコメントも、できるだけかかりつけ医の医師に早く連絡することを強調しています。病気の経過情報がほとんどない状態で、いきなりどうですかと言われてもMCの医者も困ってしまう、ご指摘のとおりだと思います。速報版の4ページ、心肺蘇生をしながら医療機関に搬送すると回答した所の答えが、救急隊の責務であるからと、中止はできないと考えているというのは、これはもちろん法律の解釈だけではなくて、消防・救急の歴史を踏まえれば、こう考えるのは健全であると思います。 けれど地域MC協議会の1ページ、そこを見ると、検討したきっかけというのはすぐ下、文書で、対応に苦慮したのが29件とか、事案の経験を受けてが17件、事案の増加を受けて8件です。ということは、世の中でこういうのがどんどん増えてきている。ということは、救急隊が単に現場へ行って医行為を行い、搬送ということよりも、地域医療の中での活動の一部として、位置づけられる、ということに少しずつ変わりつつあるのだと思います。

それが上の今の1の所を見ると、51.8パーセントがプロトコール等の地域MCで検討はしていると。作った、作ってないはともかくとして、必要だということは分かってきているんだけど、どう落としていいのかよく分からないというのが現場の切実な声じゃないかと思います。右のページ見ると、臨床救急の提言を受けて22件がいろいろ議題として、こういう呼び水があれば話をしていこうというようなのが現状だと思うので、今回のアンケートはそういう現状をよく反映し、やはりそういう議論が進むように。それとMCが単に救急隊員の活動内容を決めるというより、地域の救急医療をどう考えるかという活動として捉えていけば、新しい救急の対応というのが見えてくるのではないかと思います。少なくとも議論されるのではないかなと思います。

今回のアンケートは消防本部ごとに聞いたから、所轄の管轄人口が5万の所も、50万の所も、もしかしたら500万の所もあり、なしで調査しているわけですね。だから大きい所を集めると社会として数的なインパクトはもっと大きい、問題の重さというのはもっと大きいと感じました。

【部会長】 ありがとうございます。〇〇さんでしたが、現場を知る者としてっていうことですが、〇〇さんからも今回の結果については、何かコメントか感想ありませんか。お願いしたいと思います。

【〇〇委員】 大阪の〇〇です。私どものほうは、まさにおっしゃった4ページの所になるんですけども、議論にある消防隊の責務だからというところと法令上の不実施について中止ということではできないというところがまず根本にあります。ここが法的解釈で包括ケアとかいろんなこ

と言われるんですけども、その消防の責務というか、任務といいますか、その辺の解釈でどこまでやったらいいというのが明確ではない限り、やらないことに対する責任、これが問われないかというところがやっぱり一番の不安なんです。職員がやらないことでどんな、具体的にいいますと、訴えてやると言われたときにどういうことになるんだというところの不安感が大きくて、そこを整理してもらいたいというのが大きなところなんです。そこが整理できたら、やりましょうかという形になります。

その補填としては確かにかかりつけ医の指示、医師の指示が当然優先するというか、死亡の判断というのは消防にできませんので、医師が指示しててもこうやってください、じゃあそこから医師の管理下に置かれましたという解釈になるんでしょうけども、それがいい限り医師の管理下に置かれたということが、果たして今の時点で、消防の解釈でできるかという、とてもじゃなく分からない。不確実であるというところが思いとしてあります。その辺が整理できれば一番ありがたいと思ってるんですけども。

【部会長】 ご発言も、やっぱりすぐもう、きょうのご報告を受けた上で、それをまた頭の上で整理するために、論点整理のところへ移ったほうがいいのかもしれないんですけど、事務局からは11時15分っていう、何だか私もこんなに時間にきっちりしたことをやるのは初めてですけども、その前に1点だけ。

せっかくですの○○さん、8ページ目の所へ、心肺蘇生を拒否する意思表示をしていたことを誰から伝えられたかっていうので、大体は家族とか、施設等の職員からっていう話になってるんですが。それからお医者さんからっていうのもありますね。これはその現場なのか、後でっていうこともあると思いますけども、その他の中で8ページ目の真ん中の所へほとんどが訪問看護師とありますよね。だから看護師さんが心肺蘇生はしなくていいんですよということもある。こういうことについては、看護師さんのほうではどうお考えか、あるいはコメントでなくて、調査に対する何とかでもいいんですが、何かおっしゃっていただけるとありがたいと思います。

【○○委員】 ありがとうございます。私も8ページの間8、11ページの間11の所で、やはりその他の中で訪問看護師、ないし看護師が出てきているので、こここのところの解釈をどういうふうにしていけばいいのかと思いました。おそらく救急隊が到着した前後などに家族がコールをしてしまって、訪問看護師さんも一緒に駆けつけて、実は本人から予め意思表示があったというようなこともあるかともいいます。先ほどの○○先生のお話とも重なりますが、やはり在宅診療ないし訪問看護が入ってる状況であれば、おそらくその辺りを想定した関わりは継続的にやっているとと思うので、何らかのご家族の混乱とかがあったのかというふうに考えました。

なので、訪問看護師が積極的にやはり看取りなどに関して、家族含めて関わっていき、医師とも調整をしっかりとっているという状況においては、おそらくそういったことはないのかと思います。あるいは突発的なことが起こったので、これはもう救急で運ばなければいけないというよう

な場面があったのかもしれないんですけども、看取りというところでは、訪問看護が重要な役割をしてくると思っています。ありがとうございます。

【〇〇委員】 在宅医療において主役は訪問看護師さんだと思います。ですので、何かあったらファーストコールは訪問看護師と一緒に入るという体制になっている所も非常に多いかと思うので、何か困ったことがあったのでまず訪問看護師さんに連絡して、その方が訪問されてというようなことは十分あると思います。

【部会長】 まだ、私がちょっと事務局へ確かめておかなかったのがいけないんですけども、きょうは例えば〇〇さんも残念ながらご欠席で、〇〇さんは在宅でそういうことをやっておられる専門家なんですけど、〇〇さんとか、欠席者はあとは〇〇さんだけですか。この速報版について、何かきょう現在でコメントとか質問いただいているということはないですね。ありますか。

【事務局】 〇〇先生からは頂戴しておりませんが、〇〇先生からは、調査票の内容についてではなく、議論の進め方について、コメントを頂戴しております。後ほどご紹介しようと考えておりました。

【部会長】 事務局のほうで考えたこういう調査結果に基づいた上でのこれからの議論の焦点を合わせていくために、論点案というのがありますので、まずこの説明をいただきたいと思いますが。

【事務局】 それでは、私から資料2論点案についてご説明をさせていただきます。本日も説明申し上げました調査の結果、それからこれまでの各委員のご発表、ご発言、それから親会となる、あり方検討会の委員のご発言なども参考にしまして、論点になりそうなところを議論の参考としてまとめたものです。

資料をおめくりいただきまして、1として検討の対象となる場面というものを示しております。

今回の調査などを基に議論の対象になる場面を設定しますと、おおむね、看取りといった場面ではないかと示しております。傷病者ご本人はご高齢の方、心肺機能停止状態にある、がんなど終末期の患者。事前に心肺蘇生を望まない考えを家族や介護施設等の職員、あるいは医師、訪問看護師などに示していた。そういった本人の意思が必ずしもきちんと共有されていなかったり、通報者がどう対応したらいいか分からなかったり、あるいは医療機関へ搬送してほしいといった理由で119番通報された。そして現場に到着後を中心に現場活動の各場面において、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たという形ではないかと考えております。主に看取りのような場面だとは考えていますけれども、先ほど少しございましたように、そういった終末を迎える過程の中で、事案としては窒息するといったケースもございまして、そういったものもどうするかというのは視野に入れとく必要はあるのではないかと感じしております。

本日もご意見を別途たくさんいただいているところですけども、やはり本来は救急要請に至

らないようにすることが重要ではないかというところでして、一方では現実として、救急車を呼び、現場の救急隊員が悩むことになってしまうので、そういった対応について検討していくことが必要になってくるのではないかと考えています。

おめぐりいただきまして、本人の意思の尊重の場面です。そもそもこの検討部会の名称が傷病者の意思に沿ったとなっけていますけれども、救急現場における本人の意思の尊重ということで、看取りあるいは終末期などについて、医療の場面では厚生労働省で、この検討部会でも発表いただきましたけれども、『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』をまとめておりまして、その中で十分な情報と説明をした上で、患者本人による意思決定を基本とされております。

資料2参考資料の1枚目に厚生労働省のガイドラインの図をお示しをしております。こちらは望ましい、あるいはあるべき医療での人生の最終段階のプロセスが示されてるわけですし、そうしますとこれに合わせて、あるいはこれに含めて心肺機能停止時の心肺蘇生の実施の有無などについて、傷病者が事前に定めているのであれば、その意思は尊重されるべきではないかと考えられます。十分な医学的な情報について、説明を得た上で意思形成されてるのであれば、救急の場でも尊重すべきではないかというものです。

一方で、やはり救急現場というのは非常に緊急の場面ですし、必ずしも医師が現場にいるわけではなく、さらに通常救急隊は、傷病者の方がどういう状態であるか、あるいはどういった意思を持っているかといったことは共有されているわけではありません。さらに付け加えますと、救急業務は医療機関に傷病者を搬送する業務ですので、搬送先には医師がいるわけです。こうした中、傷病者の意思を尊重しながら、適切に救急業務を実施するにはどうしたらいいのか、あるいはそういうことが可能なかといったことが論点になろうかと考えています。

次に救急隊の役割です。先ほど救急隊の責務といったことがありましたが、やはり救命というのが救急隊の第一の役割、傷病者の生命を救うことが救急隊の第一の役割であって、生命に危険があるなら必要な応急処置は実施しなければならないのではないかと考えがあるのではないかと考えています。参考資料の2ページですが、消防組織法1条に『消防の任務』という規定があり、また、消防法1条には『消防の目的』と規程があります。こちらの条文では、消防の任務、目的としまして、現在は「傷病者の搬送を適切に行う」が入っていますが、もともと救急業務が法制化された当時は入っておらず、下線を引いている『被害を軽減する』というところで、救急業務を解釈上読み込んでいたという経緯があります。そうしますと、傷病者の病状の悪化を防止する、あるいは傷病者の生命を救うということがまさに消防の任務、目的であるといった解釈になると考えています。

救急とは異なりますけれども、前回、〇〇委員からご紹介がありましたが、医療では医療倫理の4原則、〇〇委員からは3原則の形でもご紹介いただきましたが、広く広まっておりますのは、

こちらビーチャムの4原則、自律の尊重、善行、無危害、公正ですので、ご紹介をさせていただいています。一方ややプラクティカル、あるいは現実に即してみますと、救急業務というのは、速やかに医療機関等に傷病者を搬送することですけれども、こういった場面ではこういった役割が期待されていると考えられるか、可能か、適切かといったこともありますが、どんな役割を期待されていると考えられるかといったことが論点としてあるのではないかと考えています。

ページをおめぐりいただきまして、先ほど紹介しました法令上の位置付けです。先ほど〇〇委員からもお話しございましたように、やはり法令上心肺蘇生を実施しないということではできないのではないかと、そういった点があると思っております。MCの調査結果でも対応方針を検討しない理由、したが策定しない理由として回答されています。法令上関係すると考えられますのは、先ほども申し上げましたが、参考資料の3ページ、消防法2条9項、救急業務の定義規定です。定義規定ですけれども、救急業務とはこういうものだと定めていますので、当然ですけれども、消防は救急業務をこれに沿って実施することになるわけです。この中に応急の手当が入っています。

一方、搬送については、不搬送にできる場合として二つほど定められています。4ページでございますが、『傷病者又はその関係者が搬送を拒んだ場合』『傷病者が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は、これを搬送しないものとする』とされています。

現場活動の具体的な話になりますが、本人の意思の確認があると思えます。論点案の6ページです。今回の調査結果でも、心肺蘇生を実施しながら医療機関には搬送すると対応方針を定めた消防本部の多くが、救急現場で傷病者の意思確認を確実に行うことは難しいからという理由を回答しています。また、問2の困ったり、迷ったりしたことの自由記載で一番多かったのが、この点でした。先ほども少しご指摘がありましたが、意思が伝えられた方法としましては、口頭が多くて、ご家族や、医師、介護施設等の職員、訪問看護師などからです。書面もありまして、傷病者本人の意思を示した書面や、医師の指示書が回答されています。

心肺蘇生の中止等につきましては、死につながる重大な結果をもたらしますが、救急現場で本人の意思を確実に確認することができるかどうかという点が、非常に重要なところではないかと考えております。在宅、あるいは介護施設等で状況の違いが出てくるのではないかとといったこともあるのではないかと考えております。この点につきましては、先ほどご指摘もありましたが、患者の意思や病歴、病状などをよく知っているかかりつけ医などに本人の意思を確認することがやはり適切ではないかとしております。

ページをおめぐりいただきまして、医師の指示、というところです。今回の調査でも非常に多くの本部が心肺蘇生を実施するかしないか、あるいは中止するかについて指示を受けるために、かかりつけ医や、オンラインMCの医師に連絡を取っております。臨床救急医学会の提言などでも、かかりつけ医などに連絡して指示を受けることとしておりますので、やはり傷病者の病状や病歴、傷病者の意思の内容等を知悉しているかかりつけ医等に、心肺蘇生の中止等の是非について確認

することは適切ではないかとしております。

一方でかかりつけ医に連絡を取ろうとしても、約4割の本部が、連絡が取れなかったことがあると回答しており、どこまで継続して連絡を取るよう努めるべきかというところも論点と考えています。

8ページです。家族の同意が非常に大きな論点と考えております。多くの本部で、困ったこと、迷ったこととしまして、家族と関係者の意見の不一致がございます。家族と関係者の意見が一致しなかったり、あるいは本人は心肺蘇生を希望しないものの、家族は蘇生を希望するといった場合もありまして、こういった場合にどうしたらよいか、論点になろうかと考えています。

最後9ページですが、現場では非常に大きな課題となつてると伺っているところです。今回の調査で、約3割の本部が困ったこと、迷ったこととして、医師の到着まで時間がかかることと回答しております。長時間の現場待機による現場活動時間の延伸は、他の救急活動に大きく影響することから、課題となるものですが、医師に引き継がず、家族等に任せて立ち去るといった方がいいのかどうかという点が、論点となるのではないかと考えております。

また、調査のうち、典型的、特徴的に重事案についての自由回答の記述などを見ますと、死亡診断のために搬送を要請した事案や、特定行為はしないでCPRのみ、心肺蘇生のみ実施しながら搬送した事案も多く、医療機関に搬送する際に、心肺蘇生というのは必ず実施しなければならないかといったところも論点になろうかと考えております。医学的に意味のない行為であればやめたほうがいいのかというのは自然なところですが、そうすると、そもそもこれは救急業務に該当するのにかどうかといったこと関連してくる、現場における大きな課題と考えているところです。長くなりましたが、事務局のほうからは以上となります。

【部会長】 以上のような論点案が提示されておるわけですが、ちょっと一つ一つというよりは、きょうは全体として結構ですから、ご意見を伺いたい。〇〇さん、どうぞ。

【〇〇委員】 一番最初に話したことに戻ってしまうんですが、この内容を見ると、やっぱり救急の内部で解決できることがごく一部、ほとんどが地域の中で、みんなで相談しながらやっていかなきゃいけないことばかりと。ここでやはり地域包括ケアシステムの中でやらなきゃいけないということで、最初にお話ししたようないろんな取り組みがあります。そのために地域で、例えば医療介護のいろいろな会議、集まりがあるはずなので、その中に消防本部とMC協議会がスポットで呼ばれるのではなくて、構成の委員として定常的にそこへ参加していくということ。特に人生の最終段階に関わるようなことで、そこで話し合いをしながら、例えばこういうことに関するプロトコールというのを、その中で決めていくといいんではないかと思えます。内部だけで決めるよりは、そういう地域の話し合いの中でそれを参考にプロトコールを決めていくと。そこには地域のいろいろな考えが反映されてるといいんではないかと思えます。

それからかかりつけ医と連絡が取りにくいというような問題も、その地域との話し合いとか会

議の中でどうしようかという相談とか、あるいはきちんと書面で残すようにしようとか、書面で残す場合はこういう形式がいいですというのをそれぞれ地域で決めとくとか、そういうふうな形、あるいは例えば病院で搬送しなきゃいけないけど、そのときいろいろな問題があるというような個別の問題に関しても、やはりそれぞれの地域の特性があると思うので、その中でいろいろ相談していくということでは、おそらくなかなか解決が難しいのではないかと思います。

全体的には、やはり日本全体でそういうような、最終段階に関するようなある程度共通の認識なりが進んでいけば、法令上のそれが通知なり、改正なり何か分かりませんが、それを踏まえたきちんとものを出していただいて、救急隊員の方とか、MCの医師の方に責任が生じないようなことをきちんと整備していただくということが重要かと思います。以上です。

【部会長】 ありがとうございます。今おっしゃってくださったとおりでと思うんですけども、一方で、つまり今後そういう地域のシステムというか、結局救急隊だけの問題だけではないということも非常に鮮明に出てきていると思うんですけども、その間の連携とかそういうものができるまで、当座どうしたらいいかという問題ももちろんあるということだと思いますが、〇〇さん、どうぞ。

【〇〇委員】 〇〇先生、〇〇先生おっしゃるとおりだと思います。もう一つぜひこの論点をおまとめいただく際に、私これ、とても適切におまとめいただいていると思うんですが、おまとめいただく際の表現としてお願いしたいと思うのは、2ページに、これが主に看取りの場面の話であるということは、これは多くの委員の方、そして救急の管理に関わる皆さま、合意されることであろうと思うんですね。

これが看取りの場面の話であるならば、6ページ目、現場活動のプロセス、本人の意思の確認の所の3点目で、「心肺蘇生の中絶は確実に死につながる」とあるんですけど、これはこの状況においては違いますよね。心肺停止は、本件の患者さんたちの場合には、これは人生の最終段階にあるから心肺が停止しているのであって、心肺蘇生法を行わなかったから亡くなるわけではなく、心肺蘇生法をいったん始めてもやめたから亡くなるわけではないので、なのでこのような表現ではなく、つまりこの心肺蘇生の中絶等は確実に死につながるっていうこと、これが書いてありますと、おそらく救急隊とか一般市民は、これは因果関係なのだと思ってしまっているのではないかと思います。これは因果の問題ではないので、こここのところは、カンマの所の前までは削除していただいても私は問題ないのではないかと。つまりこれは限定的な、CPRといっても限定的なCPRの話なのであるということで、そのような現場の救急隊のかたがたがまた無用に心の負担を感じるようなことがないような表現にさせていただけるとありがたいと思います。

【〇〇委員】 僕も言っていることが同じだと思うのですが、2ページ目の心肺停止状態にある状態を前提としている。あくまでも心停止であると確信したという状況での、どうしようかという話です。だからそれ、その下につながるのだと思いますが、末期のがんを患っておられた患

者さんが、少しずつ呼吸が弱くなって、家族が集まって、最期の看取りの時を迎える。この時、救急隊が突然現れるのは、変な状況ではないでしょうか。在宅を含め地域医療をしっかり構築すれば、その場合には、救急隊は本来出番がないという、という表現で良いでしょう。この状況に至らないようにすることが重要ではないか思います。ただし、末期の患者の場合、処置は何でもウィズホールドできるのだと言うようなミスメッセージを与えないようにすべきだと思います。あくまで救急隊は、必要な時と場所で、救命を目的に活動しているし、われわれ救急医も連携して救急医療を展開しているので、そここのところは、しっかりと分かるようなメッセージにしてあげてください。多分〇〇さんが言われたことと、ずれはないと思いますから。

【部会長】 本当は例えばCPRもそうですけど、そういう英語が使われて、例えばDNAR、DNR二つありますよね。最近ではDNARと言ってるということなんですけど、それだって救急救命士はご存じだと思いますけれども、その意味だって、なかなか本当はご家族含め、本当は理解してない場合もある。アメリカであった議論では、私の記憶が正しければ、DNRっていうと、人によってはですが、あらゆる延命治療を全部拒否するというふうに解釈して、すごく広く解釈したものがあって、そうではないですよ、DNRは単純にこの心肺蘇生措置っていう狭い、狭いっていうけど非常に重要なんでしょうけど、その措置だけはもうやる必要がないですという、しかもお医者さんの命令、指示っていうことになってるはずなんですよね。しかしさっきも申し上げたように、お医者さんの指示がある場合だけじゃなくて、やっぱり議論しなくちゃいけないという話の一つあります。

二つ目には、しかしお医者さんがDNRを出してるっていうのが、こんなに一定の数あるんだというの、私も知って、日本でもっていうことなんですけども、やっぱりそうなのかという感じがしましたけども、どういう場面でお医者さん出してるかという、既にこの患者さんは、看取りの場面に入ったという場合ですよ、DNR、あるいはDNAR出すっていうのは。だからそうすると、DNARがお医者さんの指示として出た場合には、しかもそれはご本人、家族の意思も反映して出してるはずですから、それはアメリカであれ日本であれ、どこであれ。そうするとそれはどういう形でも、ただしそれを確認するのが難しいっていう話は別の問題っていうか、重要な問題としてあるんですけれども。

ただもし本当にDNARが出たら、これはちょっと質問なんですけど、本当は他のお医者さんも、救急隊はもちろんのことなんですけれども、尊重しなくちゃいけないですよ、お医者さんの指示なんです。だからそうすると、さっきメディカルコントロール協議会の医師っていう話が出たんですけれども、同じ同僚の医師として、もちろん自分がかかりつけ医師ではないだけけれども、ちゃんとしたかかりつけ医師がDNR、あるいはDNARっていうのを出していれば、お医者さんとしては、対応としてはそれが本当にそうであればという条件なんですけれども、その確認が難しいっ

て話は別として、本当にそうであれば、メディカルコントロールの医師も、やっぱりそれは尊重しましょうと言わざるを得ないんじゃないかと思うんですけど、ちょっと私の認識が何か問題があれば指摘をしていただければと思うんですけどもね。

つまり、自分のかかりつけ医じゃないから、まさに生死に関わる判断なので難しいってことは分かるんですけども、もうきちんとした専門家が一定の判断を出してるのであればという気もしないではないんですけどもね。何とか救急隊としては、医者への指示にのっとって動いたってというのは当たり前なことなので、そうするとメディカルコントロールの医師ではいかんという話にはちょっとどうなんだろうと、システムの問題として。いずれシステムつくるときに、改善していくときに、必ずかかりつけ医って話にはきつならないような。あるいはそういうルールを作っても、かかりつけ医がつかまらないってことはいくらでもありそうな気がするんで、その点、どうですか。〇〇さん。

【〇〇委員】 ですので、どちらかというと、ACPのほうできちんと表示していただくと。そのときにご家族もちゃんと納得されてますよ、とかいうのが出てるのであれば、ACPのほうで。もう一つ、ご本人の感情というのはかなり揺れ動きますので、それを出したときそうだったけど、在宅に移ったらちょっと考えが変わるということは多分、十分にあり得る。それがまさにACPの考えだと思うので、最終的にはどちらかというとACPのほうできちんと意思表示をしていただいて、それも一番新しいやつということ。そのときにご家族なんかもきちんと納得されてますというのであれば、例えばMCの医師でもそれならと思うかと思いますが、そうでないと、なかなか難しいんじゃないかと。やっぱりMCの医師の方の負担がちょっと大き過ぎるんじゃないかという心配がありますので、どっちかというとACPのほうでされたほうが、より幅広くご本人の意思ということを受け止められるんじゃないかというふうには思っております。

【〇〇委員】 非常に難しい。ACPが進むと、おそらく主治医に連絡が取れる。ACPが進んでいない状況の中であるから、主治医に連絡が取れない。主治医への確認は殆ど口頭である。先ほどありました確認の仕方をどうするかということにも関わってきます。すぐできるものと、長く時間がかかるものという整理が必要だと思いますけれども、これらは非常にアンバランスな関係であるということは現実です。

【〇〇委員】 先生おっしゃるようにDNR、DNAR、こういうのは現場で明確であればいいんですけども、困ってるのは、それが明確であった場合はそうなんでしょうけど、要は家族さんとかが、しないでくださいと。この一言が要は、どういう意味なんだということから解釈があって、それが変な1分とか、もともとは限定された時間の中で判断した上での救急活動というところで、運ばないでくださいということをもって、表題にある傷病者の意思に沿ったと、これが言えるのかどうかというところが大きなところだと思ってるんです。

ですから、本人さんがもういいですと言われれば一番いいんですけど、本人さんが言えない状

況で、家族さん、家族さんを疑いだしたらきりがありませんから、私どもも。私は家族ですと言われて、本当は違うかもしれないとか、そんなことを疑いだすとどうしようもないんですけども、そういう現場の状況の中で、運ばないでくださいというところの苦悩があるというところで、どうしたらいいのというところはありません。ACP、DNAR、そういう確認が取れば、それはその対応はできると思うんですけど、その辺も包括された上での話が、一番私が求めているものかなと思っております。

【部会長】 委員の方、いかがですか。

【〇〇委員】 高齢施設におりますと、やはり本人の意思決定をこれから考えていかななくてはいけないと思うわけです。実際そういう経験等もあるわけですが、高齢者の、突発的な事故は別です。お餅をつかえたとか、ベッドから落ちたとか、それは前もってACPの意思が表されても、そういうときの救急搬送はいいと思うんですけど、しかし本人にしてみると、本人が意思決定をしても、手続き上そうであっても、家族が結局決めて、お医者さんが決めて、気が付いたら人工呼吸器をしてるという。というような場面が結構現実的には多いんじゃないかと思えます。

そのところをこれからの時代は、今回の場面とは違うと思うんですけど、やっぱりACPというのはもっと普及させて、本人の意思を尊重するというふうな、施設ばかりじゃなくて、地域包括も通じて、在宅の皆さんにもそれを普及しておけば、ACPで書類あれば、いちいち確認しなくてもよいのでは。むしろ逆に突発な事故でないかどうかだけの判断で、搬送するかしないかって、救急隊員にとって判断つくようなことになればいいかというふうには思うわけです。

【部会長】 ちょっともう一点、ここの論点に表れてないんですけども、つまり二つ問題があって、将来的にはこういう問題が起こらないようにする体制を、救急隊が迷わないように。あるいは家族、本人もですよ、一番大事なのはね。何らかの意思決定支援というような体制を整えていくというのが一番大事だということですけども、そこまでの一定の期間、今まさに、今日どうすべきかっていうときに二つ考え方があって、二つ以上あるのかもしれないんですけど、これ、取りあえず救急隊が問題になってるので、一方で728の消防本部っていうのがあって、日本は自治体消防ですよ。それぞれの所で消防本部っていうのはあるんだっていうことですね。

でも一方で、こういうアンケートの中では、この法令等、あるいは国で何らかの指針を出しておいてくれないから、われわれとしては困ってるっていう話もあって、今のところは、取りあえず今どうしたらいいかっていうことについて、全国的な何らかの指針、だから指針もこうだっていう話じゃなくて、こういう選択肢もあるとかいうような、こういう考え方が今は分かれていますけれども、これは今、暫定的には、その上で現場の裁量もありますというような形の指針もあると思うんですけども、何らかの全国的な何かっていうのを求められている。おそらくある種の方向性は出したいと思ってここで議論をやっているんだと思うんですけども、そのときにそれ

をある程度の指針、全国的な指針っていう話にするのか、自治体消防でまだ半分近くが指針を作
ってなかったりする。それをこういう全国的な形と、ここでの意見も参考にしながら、それぞ
れの自治体で、消防で、もう一度ルール作りっていうのを考えてもらう。今まで作ってた所も再検
討してもらう。自治体消防を主体にしてルール作りをそれぞれで作って行って、それをまとめた
上で、あるいは1年、2年たって、それをもう一回また評価すると思いますからね。

結局、ご本人の満足度、あるいは家族の満足度っていうのが一番大事なんだろうから、そう
いう形で持っていくのがいいのか、この段階でやっぱりもう少し進んで、何らかのはっきり指針
っていうんじゃなくて選択肢だと思んですけども、それは出すんだらうと思うんですが、その
方向性みたいな話なんですけども、どう思われますか、現場として。大阪と広島の方がいらっし
やるので。持っていく方っていうことなんですけどもね。

【〇〇委員】 何らか訴訟があった際に、救急隊が来たんだから心肺蘇生をしないのは何事か
という議論は、当然恐れられる部分があります。ただそこは説明すればよいでしょう。自身が傷
病者になったときに、看取りを前提という話も含めて、自分の最期をどういうふうに迎えたいか
という、やはり意思表示もして安らかに死にたい。最期を看取っていただきたいというときに、
必要な応急処置としては、救急隊がやる応急処置は何もしない。静かに最期を迎えていただく
という応急処置はあってもいいのだからと思っています。

医療の原則でも無危害というのはありますけれども、必要な応急処置が何らか直接的に心肺蘇
生をすとか、特定行為をすとかということ、どうしてもその点がとられがちなので、そ
の応急処置として必要な応急処置は、看取りの場合については何もしないということが必要な
応急処置ではないかという考え方もあってもいいんだらうというふうに思います。

【〇〇委員】 そうです。私どもの方向性としては、何らかの国から通知っていうか、一定の
ものを示していただいて、要はその例題に沿って地域で考えなさいというようなことだとは思っ
てます。まさにそれが消防庁さんのほうの、参考資料の一番お尻のほうになるんですけど、最終
ページで説明されようとしてるところだとは思んですけども、いわゆるいろんな救急隊員の
実施基準でありますとか、その辺のプロトコルでありまして、他のプロトコルでありました
一定の基準を定められて、これでどうですかと。これを基にいろんなことを考えてみて、地域的
にまとめてください、というようなところになってくるかと思えますけども。

【〇〇委員】 論点の3の心肺蘇生の中止等の法令上の位置付けというのをきちんとしていた
だくのが、多分、一番現場で助かると。で、最低こういう条件をきちんと満たしていれば法令上
問題ないですという、一番厳しいところでもいいですけども、やっぱりこれをやって、例えばか
かりつけ医のきちんと指示がもらえたとかいうのであれば、中止しても、あるいはしなくても法
令上問題ないですとか、ある程度それをすぐには出せない。きちんと位置付けをするというの
をやらないと、現場では結局、何も先へ進まないということかと思うので、そこをきちんと進め

ておくということが多分一番現場で助かるのではないかと思います。

【部会長】 さっき〇〇さんから何かコメントがあったという話を聞きましたね。何かこの点では、関係しません？

【事務局】 関係するかどうかは明確ではありませんが、〇〇先生からは、今後の議論において、問題点をより明確にするためには、いかなる要件の下、心肺蘇生等の措置を行わないことが許容できるかを検討した上で、救急現場の差し迫った状況において、その要件をいかなる方法で確認することが必要かを検討するかたちで、2段階の問題点に分けて論ずることが適切であると思われ、というご意見を頂戴しております。最初の第一の問題点は、法的な観点からの検討が重要ですが、二つ目については、救急現場の状況を十分にくみ取った議論が不可欠だと考えます、と続いています。

そして第一の要件につきましては、患者本人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問題であることを重視するのであれば、終末期、すなわち死期が差し迫った状況にあることを前提とした上で、患者本人の推定的意思に合致した対応といえることが要求されると思われ、として、こういった要件を、基本的には、これまでの経緯を認識していない救急隊員の方が、救急現場において、いかなる資料から、また、いかなる程度の確実性でもって確認・認定すべきかについて、今後、具体的な検討が必要になると考える次第です、とコメントされております。

【〇〇委員】 今私が考えていたことはもう既にお話が出てしまったことですが、やっぱり全国的な指針がないとそれぞれが大変困ってしまうと思います。今、〇〇さんがおっしゃったように、「最低限このことがあれば」というようなミニマムなルールはきちっと決めてないと、現場でかえって困ってしまうだろうなど。これからの委員会の仕事は、そこをどの程度で決めるか、ということになるかと思えます。ですが、他方ではもっと広い観点の議論もありましたので、その次元については、「今後に向けての提言」のようなものとして、委員会として当然あってもよいと思います。その意味で、これからの委員会の仕事は、大きく二つになるのかなと思っております。

【部会長】 時間になったので、あと事務局のほうへ委ねたいと思いますけど、ちょっと事務局のほうでお願いします。

【事務局】 ありがとうございます。最後に事務局からスケジュールについて、ご説明をさせていただきます。資料5になりますが、次回、第4回では、本日の検討部会で各委員の皆さまからいただいたご意見を踏まえ、取りまとめの方向性についてご議論いただくことを予定しております。時期については、10月の下旬から11月の中旬頃を予定しておりますので、またご案内をさせていただきます。その後、平成30年の12月頃に1回、平成31年1月に1回、検討部会を開催し、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。

【部会長】 きょうはこのまま閉じてよろしいですか。

【事務局】 それでは本日の議事につきましては、全て終了いたしました。資料については後日ご郵送いたしますので、机の上に置いたままで結構です。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」の第3回目を終了いたします。本日はお忙しい中、ありがとうございました。

(了)