

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4回）議事録

1 日 時 平成30年10月24日（水） 14時00分～16時00分

2 場 所 AP 東京丸の内 E+F+G ルーム

3 出席者

メンバー : 樋口部会長、行岡副部会長、会田委員、荒木委員、岩田委員、岡芹委員、久保委員、
久保野委員、田邊委員、長島委員、橋爪委員、藤田委員

オブザーバー : 堤氏（松岡室長代理）

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についての検討部会、第4回目を開催させていただきます。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。よろしくお願いいたします。

本日はオブザーバーの厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室長、〇〇様の代理として、厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室長補佐、〇〇様にご参加いただいております。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、開催にあたりまして〇〇部会長よりご挨拶をお願いしたいと存じます。

(2) 挨拶

【部会長】きょう、第4回目ということです。前回までに、この夏に救急の現場で新たな事象が起きていること。そのことについて全国調査をしていただいた結果のご報告をいただきました。今回は、議事次第にあるように、ここでの検討会の報告書をどういう形でとりまとめるかという方向性を、自由闊達に、とにかく議論していただこう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。

5 議 事

【事務局】〇〇部会長、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、ご配慮のほうをよろしくお願いいたします。

それでは、以後の議事進行を〇〇部会長をお願いしたいと存じます。よろしくお願いいたします。

(1) とりまとめの方向性について

【部会長】今、申し上げましたが、きょうの最大のテーマは資料1の「とりまとめの方向性（案）」と
いうのを事務局のほうでまとめてくださいましたので、ここまでの議事を反映してということであり

ますけれども、まず、これを説明していただくところから始めたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

【事務局】 それでは、「とりまとめの方向性について」ご説明をさせていただきたいと思います。その前に、本日お配りしております参考資料が二つございまして、一つが「実態調査結果（消防本部票）問1・24・25における管轄人口別の集計結果」、もう一つが、「心肺機能停止傷病者のうち、傷病者本人が心肺蘇生を望まなかった事案の割合」とです。こういった資料のご要望がございましたので、まとめたものとなっていますので、ご参照いただければと思っております。また、本日、前回御報告しました調査結果も参考までにお配りしていますが、前回と内容は変わってございません。

それでは、資料1「とりまとめの方向性（案）」について、ご説明をさせていただきたいと思います。随時、資料1参考資料の参照をさせていただきたいと思います。こちらが、事前にたたき台をご送付させていただきまして、委員の皆さまからさまざまなご意見を頂戴しまして、そちらを反映させながらとりまとめたものです。こちらにつきまして、ご意見等いただければと思っております。

まず、1ページですが、「とりまとめの大枠」をお示ししています。一つ目、「人生の最終段階における医療については、地域によって取り組みがさまざまであること。救急現場の状況や対応についてもさまざまであることなどから、現状では、全ての消防本部に共通の対応方針を策定することは難しい。今後共通の対応方針を策定できるような環境が整備されていくことが重要」としています。「今後共通の対応方針を策定できるような環境が整備されていく」ということで、何度も議論になっている救急要請に至らない環境の整備もここに含まれてくると思います。二つ目の点は、「実態調査等から明らかとなった課題について、現状での一定の見解を示すことにより、救急現場の円滑な対応を促進する」。こちらをとりまとめの大枠という形でお示ししています。

2ページに移ります。「1 検討の対象となる場面」でして、調査結果から見られました検討の対象としている場面をまとめたものです。典型的な事案として、「傷病者本人は、高齢で、がんなどによる人生の最終段階にある患者で、事前に心肺蘇生を望まない意思を家族、介護施設の職員、医師等に示していた」。「傷病者本人の意思の共有がなされていない、現場の家族等がどう対応したら良いかわからない、医療機関への搬送希望などの理由で救急要請。救急隊の現場到着時には心肺機能停止状態」としております。それから、「救急隊が、救急活動の各場面で、書面や口頭で家族等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」としております。

主に「看取り」と呼ばれる場面ではないかとしておりまして、「本来救急要請に至らないようにすることが重要であるが、現状では救急要請されている実態があるため、救急隊の対応を検討する必要がある」としております。看取りの場面ということで、看取りとはどういったことかといったご質問がございまして、看取りという表現は多義的といいますか、いろんな使い方をしており、なかなか厳密に定義というのは難しいところです。病人に対する看護行為そのものも含まれたり、あるいは時間的にはもっと幅広いところもあるようですけれども、こちらにつきましては、主に自宅や施設で積極的な医

療の最中ということではなくて、自然死というか、平穏死といいますか、そこまでの病死、あるいは老衰などの病状の進行の中で死を迎えようとしているような状況と捉えていただければと考えています。

続いて、3ページをご覧ください。「2 救急現場における本人の意思の尊重」とまとめております。

「医療の場面では、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」において、適切な情報の提供と説明がなされたうえで、医療・ケアチームとの十分な話し合いを踏まえた「患者本人による意思決定を基本」としている。「このようなプロセスを経て決定された人生の最終段階における医療・ケアとして、心肺機能停止時の心肺蘇生の実施の有無等を傷病者が事前に決めているのであれば、その意思は尊重されるべき」とまとめています。本人の意思であれば、あるいは本人の希望であれば、何であれそれを尊重する、というわけではございませんで、上段の丸に書いています、こういったプロセスを経た本人の希望、意思であれば、それは尊重すべきなのではないかとしているところです。

続きまして、4ページ、「3 救急隊の役割」とまとめています。一つ目の丸です。「救命が救急隊の第一の役割であり、心肺停止の傷病者については、速やかに心肺蘇生を行うことを基本に活動」としてあります。「一方、救急出動した現場において、前記のような傷病者」、こちらは2で示した傷病者になりますが、「前記のような傷病者に対応する場合は、その傷病者の意思は尊重されるべき」としております。「ただし、救急現場は緊急の場面であり、必ずしも医師の臨場はなく、また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ことから、傷病者の意思等が確認されるまでは、救命を最優先として活動すべき」と、救急隊が活動する現場の状況等を示しながら、まとめているところです。この確認というところですが、どういったことをもって確認と捉えるかなどさまざまご議論があるのではないかと考えております。

一番下の丸です。「傷病者の意思等の確認は、救命を最優先とすることから、一般的には家族等関係者の申出等に基づいて開始する」とまとめております。こちらですが、手続き、プロセスですので、役割の中に入れておくのはどうかといったこと、また、上段三つの中で全て言及されているのではないかとこのところもあるかとも思いますが、一応、ニュアンスとしましては、書面の有無の探索など、本人の意向の確認を現場での活動の最初に置かないといったことを含めて、丸を付けて加えているところです。

続いて、5ページ目をご覧ください。こちらは、「4 心肺蘇生の中止等の法令上の位置付け」としてございまして、法令関係についてまとめています。「救急隊の心肺蘇生の中止等の法令上の位置付けについて、①心肺蘇生等の措置を行わないことが許容できる要件、②上記の要件を確認する方法、に分けて整理」としまして、①については、「死が差し迫っていること（人生の最終段階にある傷病者であり、原疾患の進行に関連し、または老衰により、心肺機能停止となったこと）」とかみ砕いて表現をし、また、「患者本人の推定的意思に合致した対応と言えること」としております。

これに関連して、今回お配りしています補足説明資料の6ページをご覧くださいと思います。

前回、〇〇委員から窒息の場合等についてご発言がございましたけれども、「原疾患の進行に関連し」というところで、原疾患の進行に関連しないような場合はどういった場合があるのかということで、「死亡診断書(死体検案書)」を参考として示しています。こちらは医師が作成するものですが、その中におきまして、「病死及び自然死」以外の死因の種類として、「外因死」、「不詳の死」がございまして、「外因死」の中には、「不慮の外因死」として、「交通事故、転倒・転落、溺水、煙・火災および火焰による傷害、窒息、中毒」。「その他及び不詳の外因死」として、「自殺、他殺、その他および不詳の外因」が挙げられていまして、こういったものは、通常、「原疾患の進行に関連し」とは言えないのではないかと考えているところです。

元の資料にお戻りいただきたいと思います。6ページは、この要件を確認する方法ということで、救急隊が、先ほど申しましたような現場での制約の中で、どういった確認方法、対応方法となるかということをお示ししていくものになります。

「5 現場での確認と対応①」としております。一つ目の丸ですけれども、「死が差し迫っていることおよび本人の推定的意思の確認と、本人の推定的意思に合致した対応についての指示は、傷病者の病歴や生活状況、意思の内容等を知悉し、医学的な観点での判断を行うことのできるかかりつけ医等から受けることが適切」としております。ここで、「かかりつけ医等」で、「等」を付けておりますのは、高齢者施設などですと、嘱託医であったり、あるいは病院の主治医など、そういった医師などが含まれることから、「等」を付け加えております。※印、注意書きですが、「連絡したかかりつけ医等によっては、傷病者の人生の最終段階における医療・ケアに携わっていないなど、判断できない場合があり得ることに留意」としております。かかりつけ医という表現は非常に広いところがございますので、そこまで関わっていないかかりつけ医、そういった方もいらっしゃる場合もあると。あるいは地域によっては人生の最終段階の医療の取り組みがまだまだあまり進んでいないといった所もあるかと思っておりますけれども、こういったさまざまな事情によりまして判断できないような場合もあるということに留意しているところです。

次の丸でございまして、「本人の意思を示す書面がある場合についても、書面の作成された時期や状況等が必ずしも明確でないこと、本人の意思が変わり得ることなどを考慮すると、かかりつけ医等の指示を受けることが適当」としてしております。書面等が発見されましても、それだけで先ほどの要件の確認ができるとはせず、現状ではかかりつけ医等の指示を受けることが適当としております。「一方、適切な本人の推定的意思を適切に救急隊が知ることのできる仕組み（例えば事前の関係者間での情報共有など）が設けられるのであれば、現場でかかりつけ医等の指示を受けずに心肺蘇生を実施しないことも考えられる」としてしております。これは、具体的に何か特定の仕組みを念頭に置いて記載したものではありませんで、コミュニティーの規模が非常に小さい地域などでは、地域の住民の皆さんが全員顔見知りのような状況、よく知っているような状況もあると考えられるところですので、そうしますと、地域全体で、大体情報共有がなされていると、そういったことがあるのではないかと。そういった場合

についてまで、必ずかかりつけ医の介在が必要かと言えるかどうかといったところがあります。

あるいは、例えば、医師の指示書といったものが、今回こちらの検討会でも議論に上っているところですが、今後、そういったものが、様式が標準化されて、ACPなどがしっかりなされて、本人のほうも、その書類の意味ということをよく知っている、分かっているというような状況で、一般化されていくようなことになれば、かかりつけ医の介在などがなくて、心肺蘇生を実施しないといったこともあり得るのではないかと、そういったことを含めまして、記載をさせていただいているところではあります。

7ページになります。「5 現場での確認と対応②」となります。一つ目の丸ですが、医師への連絡については、救急現場が緊急の場面であることから、家族等の心情に配慮しつつ、通常の救急業務と同程度の連絡を試みるのが適当」としております。こちらは、前回の論点案のほうでお示している実務上の課題ですが、かかりつけ医にすぐに連絡が取れないとき、いつまで連絡を取り付けなくてはならないかというところまで、今回実施しました実態調査でも、なかなか連絡が取れず困ったことがあると回答している本部もあるところではあります。そういったことを受けまして、抽象的ではございますけれども、家族等の心情に配慮しながら、通常の救急プロセスと変わらない程度の連絡の試みというのが適当ではないかとまとめているところではあります。

下の丸になります。「オンラインMC医については、通常は当該傷病者を診察していないことから、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、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おり、このような事案についても、一定の役割を果たすことが考えられる」としているところではあります。通常はオンラインMCの医師については、傷病者、患者のことを事前に診察等していないので、なかなかかかりつけ医等と同じ役割というのは難しいだろうと。「通常は」、としていますのは、先ほど、コミュニティの規模の話をしましたけれども、地域によってはオンラインMC医がかかりつけ医と連携していたりとか、情報共有していたりと、そういったことも考えられるものから、「通常は」としてしております。

後段、「一方」以下ですが、念頭でございますのは、〇〇委員から、広島市消防局の活動について、発表いただきましたけれども、オンラインMC医は救急業務に密接に関連しておりますので、オンラインMC医の介在によりまして、救急現場をまとめていくというような役割を果たしているといったような現状があります。あるいは、先ほど申しましたようなさまざまな取り組みが進んだときに、医師の指示書があったときのMC医の判断といったこともあるかと思っております。あるいは、救急隊に蘇生して搬送するよう指示するために、プロトコルに入っていくというような、そういった役割等、さまざまな役割が考えられますことから、こういった記載をしています。

続きまして、8ページ、「6 家族等の意向」になります。「家族等の意向は、傷病者本人の意思そのものではないことから、本人の意思を推定するための資料の一つと捉えるのが適当」としてあります。二つ目の丸ですが、「一般的に家族等の心情に配慮すべきであり、心肺蘇生の実施の意向に

についても同様」としております。これと関連して、意向、心情に配慮すべき家族等、どこまでの範囲かといったところもニュアンスとして出てくるところです。参考資料の7ページをご覧ください。救急業務実施基準17条の搬送拒否の場面の「関係者」として出てきておりますものでして、「隊員および准隊員は、救急業務の実施に際し、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」という条文です。書き物として、この関係者の範囲を示したものがそちら参考資料に記載の抜粋ですが、「その関係者とは、傷病者の関係者のことであり、具体的には親と子、先生と生徒との関係のように、傷病者が的確な意思表示を欠く場合に、責任ある行動をとることができる人を指すものである」としてあります。この辺、若干古い書き物だったりするものですから、その範囲というのは、時々、現場現場でも変わってくるところもあるかと思えますけれども、今回検討しているケースにつきましては、やや広すぎる感じはしております。

9ページになります。「7 医師への引き継ぎと搬送」ということで、前回は論点の中でお示ししましたもので、その後いただいたご意見等も参考として整理をしたものになります。実務上大きな課題があります。一つ目も丸ですけれども、「医師の現場への到着に時間がかかることなどから、医師の到着を待たず、家族等関係者に任せ、退去することは、通常の搬送拒否（不同意）の事案に準じて考えることができる」としてあります。前回の実態調査の際に消防本部と困ったこととして、3割弱の本部が、なかなか長期間の現場待機といった課題を抱えていましたように、現場では大きな課題の一つとなっています。

問題状況を確認する上で、参考資料の8ページをご覧ください。こちらが、「不搬送の場合の一般的な対応」として、実務上の一般的な対応をまとめているものになります。不搬送のケースというのは、先ほど申しました搬送拒否も含めて二つございまして、参考資料の5ページに戻っていただいて、「救急業務実施基準」の17条と19条とございます。一つが、先ほどもご紹介しました。搬送不同意、搬送拒否のケースです。「傷病者本人、またはその関係者が搬送を拒んだ場合は、これを搬送しないものとする」ということ。もう一つが、「傷病者が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」というものです。

資料8ページに戻っていただいて、図のほうをご覧くださいと思います。上段のほうが搬送拒否、搬送不同意のケースでして、本人またはその関係者が搬送を拒否した場合については、実務上ですが、搬送拒否同意書といった書面に、本人、あるいはその関係者が署名をしていただく形になります。その際、病態の変化などありましたら、医療機関での診察や119番通報などするようお伝えしまして、救急隊員は退去をしていく流れになります。

もう一つは、死亡の事案です。救急隊が明らかに死亡していると判断した場合で、頸部と体幹部が離断しているような場合ですとか、「呼吸が全く感じられない」、「瞳孔の散大が認められ、対光反射が全くない」など一定の判断基準に全て該当した場合については、救急隊は、警察に通報するというのが一般的な対応になります。警察に通報し、現場保存などをし、警察に引き継ぎまして、救急隊は退去する

といった流れになります。その後、引き継ぎました警察のほうで、死体の身元調査などしまして、最終的に死体検案書を作成します。死体検案書の作成自身は医師が作成するものですが、警察のほうで調査、あるいは犯罪の嫌疑の度合い等にもよるかと思いますが、検死などのプロセスになっていくものになります。

おめぐりいただき、今回検討いただいている場合ですが、これ一般的な流れですが、かかりつけ医等に連絡をしまして、かかりつけ医等から心肺蘇生の中止等の指示とともに、現場のほうに向かうという連絡が入った場合です。この場合にどういった対応が考えられるかということですが、かかりつけ医が現場にすぐに到着して、現場を医師に引き継ぐならば、その後救急隊は退去して、かかりつけ医による死亡診断、死亡診断書の作成という流れになります。かかりつけ医が忙しくてすぐには行けず、到着までに時間がかかるといった場合になると、救急隊も非常に忙しいので、救急隊が退去して、かかりつけ医が到着するまでの間、時間の空白をどう捉えるかといった課題があるということです。実務上このところで、警察を要請して現場を引き継いでいく必要があるか、ないかといったことが出てくると思います。

今回のまとめですが、通常の搬送拒否、不同意の事案に準じて考えることができるとしております。かかりつけ医等と必ず現場で引き継がなければならない、かかりつけ医が到着するまで、救急隊はそこで待機しなければならないという必要はない。家族等に任せて退去することは、通常の不同意事案に準じて考えることができ、現場を医師に引き継がなくても退去することはできるとお示ししております。

医師が到着するまでの間の時間については、犯罪の嫌疑等によるかと思いますが、それぞれの消防本部でさまざまな検討があるのではないかと考えておりますし、警察との調整等もあるのではないかと考えて、特段そこについては、お示ししていません。

本体の資料の二つ目の丸に移りまして、「かかりつけ医の指示等により、心肺蘇生を実施しないときは、搬送時においても実施する必要はない」とお示しております。また、「なお、一般的には、死亡診断のための搬送は、治療行為が目的ではないため、救急業務に該当しないと考えられる」。「ただし、救急現場において、現場の状況や傷病者の家族等の心情などから搬送することもやむを得ない場合があることを否定するものではない」としております。こちらについては、ある程度従来からの質疑等、回答などを整理してまとめているところです。

かかりつけ医の指示等により心肺蘇生しないときは、搬送時においても実施する必要はないということで、医学的に心肺蘇生を実施する必要がないので搬送時でも必要はないだろうとしております。ただ一方で、死亡診断のための搬送というものが調査の中で非常に多かったところもございまして、こういったものについては、やはり治療行為が目的ではないので、救急業務には該当しないとしております。

一方で、心肺蘇生を実施しないで搬送するといった状況が、実務上、広島市消防局や、埼玉西部消防

局の運用などを拝見しましても、それなりにありますので、搬送することが否定されるものではないといった形で、ただし書きを続けております。本来的な救急業務ではないということを明示し、こういったケースについては関係者間の連携等により事前に準備して対応できるもので、本来的には救急要請せずに対応すべき話ですので、原則論を明示したところです。

これに関連して、参考資料の9ページの下の段です。標準的なプロトコルではなく、一般的な流れとしてこういった例を紹介しているものですが、心肺蘇生を中止等して、かかりつけ医等の医療機関（連携している医療機関を含む）へ搬送の指示があった場合、かかりつけ医等の医療機関へ搬送しますが、この間は、心肺蘇生を実施する必要はないだろうということをお示ししています。

10ページ目ですが、直接今回ご議論いただいているものとは関わるものではございませんけれども参考としてお示ししているものです。かかりつけ医、あるいは主治医の医療機関以外に搬送して、死亡した場合の例でして、必ずしも一般的でもないですが、救急隊による心肺蘇生を実施しながら、医療機関へ搬送して、医療機関に引き継いで、搬送先医療機関で診療しまして、死亡確認がされますと、警察に通報、警察に引き継ぐといった例が多いということです。警察に引き継いだ後の流れは、先ほど同様に、警察で調査、検死等、犯罪の嫌疑という観点から調査をして、死体検案書を作成します。医療機関、医師が死体検案書を作成することもあります、警察に通報し、その調査となる流れになる例が多いということです。いずれにせよ主治医の下に搬送されないと、警察に通報し、調査となることが多いことを示しています。

戻りまして、資料の10ページをご覧ください。「8 事後検証等」としております。心肺蘇生等の事案について、「このような事案は、現場の状況や救急隊の対応など、現場の状況や救急隊の対応などが多様であることから、各消防本部において集計するとともに、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」としてしております。現在、事案を集計しております消防本部の数も必ずしも多くないので、各消防本部で集計をすることが適当ではないかと。それから、メディカルコントロール協議会におきまして、救急隊の救急活動を事後検証するプロセスがありますけれども、こういった事案については事後検証の対象とすることを検討すべきとしているところです。

以上、長くなりましたが、とりまとめの方向性については以上のおりでして、あと、本日ご欠席のお二方の委員から、意見を頂戴しておりますので、ご紹介させていただきたいと思います。

まず〇〇委員ですが、幾つかポイントをお伝えいたしますと、「救急要請に至らないような状況づくりの大切さと、そのために必要なこと」についても検討すべきではないかのご意見であり、何かしら「提言」的なものを今回のとりまとめに含めることも可能ではないかとされております。その次の段落ですが、多職種が関わり合う医療・ケアチームと患者とのACPが十分行われるならば、当然、救急要請は少なくなると考えられるとされ、また、〇〇委員のご発表にありましたフレイルの観点、それから、エンド・オブ・ライフケアの考え方を市民に普及することもまた、不必要な救急要請を少なくしていくためには必要なことだと思っておりますとされております。

もう一点として、スライド6に触れられています。「適切な本人の意思を適切に救急隊が知ることのできる仕組み」、それから、かかりつけ医の連絡がつかない場合のオンラインMC医の役割につきまして、地域の実情によって、それぞれ異なるルールを決めてもらうべきなのか、それとも、もう少し詰めて、「最低限このことは」というような共通なミニマムな基準を作ったほうが良いのかという問題があると思われるが、こちらについて盛んなご議論があるのではないかとされております。

それから、〇〇委員からもご意見が寄せられておまして、スライドの3ページ目、「傷病者が事前に決めているのであれば」というところは、決めることがACPではないので、「傷病者が事前に話し合っているのであれば」が良いかと思いました。9ページ目ですが、医師以外に、訪問看護師等が対応できる可能性が残せればと思われたとされております。訪問看護師につきましては、〇〇委員から、ご意見がございますが、〇〇委員からも、さまざまなご意見、ご見解があるところではないかと思えます。

それから、6ページですけれども、「適切な本人の意思を適切に救急隊が知ることのできる仕組み」というところで、これが重要ではないかと感じたところのご意見として、在宅医療の現場では、既に、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、ケアマネジャー、介護職等の多職種が情報共有する仕組みが既にあるので、ぜひここに地域の救急隊も関わる仕組みを消防庁、厚労省で検討していただけるととても良いと思っておりますと、ご意見をまとめられています。以上、簡単にご紹介をさせていただきました。

もう一点ですけれども、今回、厚生労働省から資料をご提供いただいております。今の〇〇委員のご意見とも関わるかもしれませんが、在宅医療、救急医療連携セミナーというものをされているということで、こちらは後ほど厚労省の〇〇補佐からご紹介いただけたらと思っております。長くなりましたが、以上となります。

【部会長】非常に丁寧な説明をいただきましたが、私たちの前にある資料1、これについて、順々にご意見を伺いたいと思っております。10ページちょうどあるわけです。最初の1ページ目のところが、「とりまとめの大枠」で、簡単に言うと二つ書いてありますけれども、「今後共通の対応方針を策定できるような環境整備」が大切だというのは、今回、この検討会で何らかの共通のガイドラインは、まだ出せないだろうという判断です。しかし、次に掲げられたのは、それでも、ここでの検討会の報告書が出て、現状についての一定の見解はその中に示される。それだけでも現場は助かるのではないかというのが現時点での判断ですけれども。委員のかたがた、いかがでしょうか。これは、しかし、丸かバツかという話じゃなくて、多分、ガイドラインというものは、ここではちょっと無理なんじゃないかと私も思っていますけれども、もう少し踏み込んでという話がおありかもしれない。それは、ただ、その後の中身の問題と関係するので、一番最後にこの「とりまとめの大枠」、とりまとめの仕方ですね、結局、そういう点についてまたご意見を伺えればいいのかなと思っております。だから、それを少し後に回そうと思っているわけです。

〇〇さんの意見を、今、紹介していただきましたけれども、最初のページの最後に、これ、地域の実情によってそれぞれ異なったルールを決めてもらうべきなのかもしれないけれども、いや、最低限こ

のことはというような「共通なミニマムな基準」を示してくれたほうがありがたいのかという問題とも関係はしております。

それで、それは後に回して、2ページ目からのところです。まず、検討の対象となる場面、典型的な事例はこういうものであったということですね。調査の結果でも、こういうような事例で、心肺蘇生を望まない意思を家族等が救急隊に示す場合があり、その状況としては、心肺機能停止状態にあるから、心肺蘇生措置が必要なわけですけれども、これが既にあるという状態のことで考えていただきたいという、場面設定ですね。結局。その中に、看取りの場面というのが、実際に看取りの過程の中でこうなっているという場合についてどうするかという話と、それから、そもそもそういう場面に救急隊は呼ばれて行っているわけで、これは、〇〇さんの意見なんかにもはっきり出ていますが、救急要請に至らないことがもちろん重要だという。至った後のことを考えるということももちろん重要ですが、両方重要ですが、そういう点があるんだということで、まず、問題設定というか、問題の場面を1でまとめているわけです。ここについて、まず何かご意見があれば。どうぞ、〇〇さん。

【〇〇委員】 ご丁寧なご説明ありがとうございます。この2ページ目の最初の丸の所なんですけれども、「典型的な事案は」として、「傷病者本人は、高齢で、がんなどによる」と書いてあるんですが、このような言葉の並べ方ですと、典型的なのは確かにお年寄りなんですけれども、こういうものをご覧になった方が、これは高齢者の話に限定なのかなと思うと、多分よろしくないと思うので。この案の5ページ目の二つ目の丸で、「①については」と書いてある所で、「人生の最終段階にある傷病者であり、原疾患の進行に関連し、又は老衰により、心肺機能停止となったこと」とあるんですけれども、先ほどの「典型的な事案」の所に、これを少し加工して入れていただいで、例えば、「傷病者本人は、人生の最終段階にある患者で、がんなどの原疾患の進行に関連し、または老衰による心肺機能が停止した患者で、事前に心肺蘇生を望まない」と続けていただけると、必ずしも高齢者に限定しないということが分かっていただけるかなと思います。

【部会長】 ありがとうございます。〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】 まず、これの対象となるのが、事前に心肺蘇生を望まない意思を示していた人であるということ。例えば、その典型的な例としては、「高齢で、がんなどによる」患者であるというふうに持っていけないと話がおかしいので、まずは意思をこういうふうに示した人。その典型的な例としてはこういうものであるという、一つの例として、この高齢とかを書くというのがいいんじゃないかと思えます。

【部会長】 調査結果というものがあって、こういう実態も明らかになりましたという話がどうしてもありますよね。だから、報告書の書き方としては、この検討の対象となる場面というのは、こういう調査結果からも裏付けられていますと、ここは典型例を挙げているだけなので、数字の上でこのぐらいの数字が出てきましたとか。それに対して、それぞれの消防本部の対応がこのぐらい分かれています、あるいは決められていませんというような、まず現状の提示があって、その上でっていう話に、多分、

報告書ではしていただけるのだらうと思っておりますが、ここは、だから、イントロダクションで、われわれが、今、まさに何を問題にしているかという部分が1ページ目。今の両先生のご指摘はいかにもありがたいということだと思いますけれども、他にいかがですか。それから、後で気付いてくださったら、それはそれで戻れますから、取りあえず10ページあるので、司会役としてはあまり焦ってもいかなのですけれども。1ページ目、取りあえず次へ行ってよろしいですか。

2ページ目、3ページ目が、そのところの基本原則の話ですよ。それで、2ページ目のところは患者本人の意思。だから、示されたものが患者本人の意思であるということが基本だし、それで、この決めているっていうのが、相談されているとか、話し合っているということでもいいんじゃないかと思えますけれども。その意思が尊重されるべきだということです。これは基本原則ですね。これが、3ページ目になるのでしょうか。ページと2、3というのがずれていますから、ページのほうで申し上げますが、3ページ目。それで、そのときに救急隊の役割は、一方で、これは難しいから、これからの表現が行きつ戻りつになるわけですよ。一方では速やかな心肺蘇生が基本であると。しかし、傷病者の意思は尊重されるべきだと。しかも、緊急の場面であるから、傷病者の意思の確認がそう簡単でない場合があるというわけです。この3ページ、4ページ目のところでいかがでしょうか。こういうような、なかなか難しい場面に直面しているということを少しかみ砕いて、両方の立場で、救急隊の立場もあるし、もちろん本人の意思っていうのもあるっていう、両方を一応書いてあるっていうことなのですね。ここは。

表現ぶりとか、最後、報告書の文章にならないと、結局うまく何かご意見は出てこないかもしれないのですけれども、それぞれもっともといえどもっともなのですが、いかがなものでしょうか。〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】救急の現場では、まさしく項目3、ページで言うと、4ページ目の流れは、これが現実の流れで、これは本当に正確に記載してあります。まさしくこれを変な角度で曲げたりすると、余計に誤解を招くので、このままストレートの表現がわれわれにとっては非常に読みやすいですし、理解しやすい流れです。

【〇〇委員】現状はこうであるということを正しく伝えるということで、これしか書きようがないのではないかと思います。整理は多分できないのだと思います。

【部会長】それでは、抽象的な議論よりは結局、この5、6とちょうど見開きにもなっていますので、5ページ目、6ページ目のところでお願いしたいと思いますが、これは法令上の位置付けで、今まで、つまり、心肺蘇生等をするんだという話でやってきたので、これやらなくていいよという場面がある、実際に。だから、その要件を法令上の問題として明らかにしましょうという趣旨です。

それから、さっきのキーワードの一つは、それをどう確認するかっていうのが難しいので、プロセスとしては、「上記の要件を確認する方法」という、この二つに分けて整理していただいているわけです。非常にきちんとした整理だと思いますけれども。その実体的な要件としては死が差し迫っていて、さ

つきあったように、原疾患の進行であれ、老衰であれ、だから、一種看取りの最終段階というような。もちろん、だからこれが、後でプロセスとしては、アドバンス・ケア・プランニングが本当に根付いていれば、後でそういうことで確認も容易な話になるといいとは思いますがけれども。それで、とにかく患者本人の推定的意思に合致した対応と言えるという。二つの要件があれば、これは救急隊としても何もしないことのほうが適切だという場合もあるのではないのでしょうか。法令上もということですね。

現場ではどうするかというと、次のページですけれども、かかりつけ医に連絡せざるを得ない、連絡するほうがいいんじゃないかということです。ただ、本人の意思が明らかな場合という、二つ目の丸ですけれども、本人の意思を示す、例えば、リビングウィルというのがある場合、それを家族が示してくれるというような場合はどうするのですかということがある。その場合も、かかりつけ医等の指示を受けることが適切であるけれども、「一方」と、ここでまた反転するわけですね。

しかし、それが本人の意思なのではないかということが分かる仕組みがあれば、かかりつけ医がつかまらない場合でも心肺蘇生を実施しないことが適切な場合だってあるという、こういう二段構えみたいな話なんですけれども。ここは、基本的には法令上の話なので、法学の先生にご発言を。このままでいいっていうのならそれはそれで助かるわけですが、いかがですか。まずは、違法性阻却みたいな話だから、〇〇さん、お願いします。

【〇〇委員】まず、見出しが若干気になりました。「法令上の位置付け」という言葉をお使いになっていますが、厳密には、このとりまとめに法令上の位置付けを認めることはできないと思うんです。つまり、ここで見解を示しても、それは法令の内容ではありませんので、裁判所の判断を拘束することはあり得ないと思います。

【部会長】〇〇さんの意見でも。

【〇〇委員】はい。少なくとも私の意見には、あまり価値がない気がします。民事にしても、刑事にしても、裁判所が具体的な事案に即して法令に従った判断をするわけですので、ここで何か指針なり、見解を示すとしても、それが裁判所を拘束する効力はないと思います。ただ、従来の学説や判例等を分析するならば、①の要件を満たしていれば、恐らく刑事責任も民事責任も問われないだろうというところが、最大公約数的な理解だと思うんですね。ですから、基本的にこの要件を満たしていれば、もちろん、法律ではありませんから拘束力はありませんが、恐らく法的責任を問われることはないので、現場においても中止することが許容されるだろう、という流れにはなると思います。

あと、刑法の観点からもう一点申し上げますと、「中止等」という表現なのですが、そもそも私が心肺蘇生の方法を正確に理解していないのですが、2つのタイプの「中止」があると理解しておりました。例えば、機械を動かして蘇生措置を既に講じている状況で、停止のスイッチを押して機械を止める作為の場合と、初めから何もしないという不作為のケースがあり得ると思うんですけれども、このような理解で宜しいでしょうか。

【〇〇委員】人工呼吸と心臓マッサージです。現場に到着をしたときに、救急要請をされていますか

ら、当然、誰かが通報して、この患者さんだという状況になります。当然、呼吸の確認など、患者さんの観察を行いますから、その上で、血液が循環していない、酸素もちゃんと肺に入っていないという状況であれば、これはすぐ人工的に口の中に空気を入れて、胸を押して、循環の作業に入ります。一般的には人工呼吸と心臓マッサージに入ると思われていいのだと思います。

【〇〇委員】今の質問の趣旨なのですが、法律的には、作為と不作為の区別という議論がございまして、刑法の体系的には重要な問題として議論されることもあります。つまり、はじめから何もなくて患者さんが死亡する場合と、何かボタンを押して人を死亡させる場合とは、法的な意味が違うのではなかろうかという問題意識です。具体的状況に即して申しますと、心臓マッサージを実施しないというのは不作為ですが、既に人工心肺装置を動かしているところ、その停止スイッチをひねって装置が止まり、人が死亡するというのは、実質的にはほとんど同じなんですけれども、作為です。とりまとめの5頁の標題の「中止等」という表現の中には、作為も不作為も含んでいるのだろうか、ということ念のため、確認しておきたかったという趣旨です。

【〇〇委員】これは、意思が確認できるまでは取りあえず心肺蘇生をしましょう、みたいな後の流れになっているので、ケースとして、こうやって、心臓マッサージ等を取りあえずやっておくけれども、意思が確認されたらそこで中止するというケースが多いと。ただし、はっきり最初に確認できれば、差し控えると。この両方があると考えられます。

【〇〇委員】心臓マッサージも、その都度、新たに押しているわけですので、次に押すのを控えるというのは、法的には不作為なんです。

【〇〇委員】そうです。

【〇〇委員】でも、既に何か装置を付けた後に、スイッチを切るというのは、これは作為なんです。法律家の細かい議論で恐縮なのですが、このあたりを気にする人もおりますので、中止等の措置には、作為、不作為の両者の態様があり得るということを確認させていただければと思います。

【〇〇委員】今、手で押すと言いましたけれども、中には機械で、自動で餅つきみたいに行う心臓装置というものもあるんですよ。今言った手で押すのが不作為で、自動で、もしその装置を付けてやっていることを、仮に止めるってなると作為になりますよね。

【〇〇委員】作為です。

【〇〇委員】作為になりますよね。だから、うーんというところがね。

【〇〇委員】一応、私の理解を申し上げますと、私個人はそこで区別をすることには意味がないと思います。意味がないと思うんですが、従来からの刑法の理論ですと、その区別を重視する理解もあるわけです。はじめから延命治療を行わないことは許容できても、いったんチューブを付けたあと、それを外すのはハードルが上がるという議論が昔からあるわけですが、これも作為・不作為の区別に関係しています。このような趣旨から、念のため、この「中止等」という文言の中には、二つの類型を共に含んでいるということは確認しておいたほうがいいのかないかなという趣旨で申し上げました。

【部会長】それは、さっき〇〇さんがおっしゃってくださったように、現場では、両方。それを素人考えでは、作為、不作為両方だと思っているってことです。でも、その中でも、刑法学者は、手でやっている場合は途中でやめても、それは不作為と言ってくたさるということもあるということですか。何だか、機械の場合と簡単に区別するのが十分理解はできませんが。しかし、ここで刑法の先生に私が立ち向かって。それに、〇〇さん自身がそれを言うておられるわけではないんだから、このままスルーしましょう。

【〇〇委員】いいですか。今のスルーできなくて、法令上の位置付けで解釈とかそういうことになるので、そのときにこのところが、こういう法律の問題になるとこういうことさえ問題になってしまうということは、きちんと整理しておかないと、現場が後で何だか分かんないって。このところをきちんと後で、こういうことですよって。ちゃんとまとめておいていただいたほうがいいと思います。

【部会長】法令上についてここで問題にして、こういう考え方を述べているのははっきりさせます。それは。それは裁判所に拘束力を持つかどうかなんていう話は別の話で。

【〇〇委員】あと、最初におっしゃられたように、こういう条件を満たしていれば、裁判所とかはあまりそういうふうには、負けるというか、なるケースが少ないだろうと想定されるということもちゃんと書いてあげないと、見た人はなんのことか分からないということになるので、その辺、厳密にきちんと書いてあげる必要があるかなと思います。

【〇〇委員】今のご指摘ですけれども、あくまでも法的責任というのは、個別事案ごとに裁判所が判断することになるわけですけれども、もちろん現場に何らかの指針を示す必要性も理解しているつもりです。従来の学説や判例の理解を前提とした場合、この①の要件を十分に充たしている場合については、基本的に刑事責任、民事責任も問われることは考えにくいだろうと。そのような方向性を示すことはできるようなも思うのですが。

【〇〇委員】「死が差し迫っている」というところの中身の確認なんですけれども。すみません。前回失礼していますので、重なるかもしれませんが、先ほど、少しご紹介があったところで、突発的な事故などによって呼吸が止まっているといったようなものは、たとえその方が原疾患に基づいて心肺停止に陥る恐れの大い状態の方であったとしても、それは区別して、突発的な事故でそのような状態に陥っているときは、今回の中止等の対象外という議論をしているということで、確認としてはよろしいわけですね。

【部会長】必要ないという話ですね。しかし、転倒、それから、窒息ですか。

【〇〇委員】喉に詰まったとか。

【部会長】そういうのは、一応、別ということですね。ここにあるように、原疾患の進行に関連している場合か、老衰でこういう状態になったという場合について、今、家と介護施設と両方あると思いますけれども、そういう場合を想定している。

【〇〇委員】それで、そのことを、資料でご説明いただいた死因の種類のお話との関連で言いますと、要するに、ここで死が差し迫っているという言葉で表現されていることは、病死、または自然死が差し迫っているということを意味しているのかなと思ひまして、そのように書いたほうがいいとまで言えるかどうかは分からないんですけれども、冒頭のほうで看取りという言葉が広義であることですか、あるいはもうちょっと関連する言葉が幾つか違う表現で出てきているので、注意が必要なのではないかというご指摘がありまして、この辺りの表現ぶりといいますかは、少し工夫の余地があるかもしれないなと思ひました。

【〇〇委員】今の点、極めて重要だと思ひますので、この1の「差し迫っている」という所は、原疾患があったとしても、予想していないことで心肺停止状態になったのはきちんと除外する必要があるので、それが除外できるような表現は、例えば、きちんと予想されていたとか、想定されていたとかいうような形で入れておかないと、それこそ、餅が喉に詰まったとか、転倒したとかいうのまで入ってしまうので。そこをある程度きちんとしていたほうがいいのではないかと思います。

【部会長】2ページ目のところへ戻りますけれども、だから、どういう事案の対象にしているかというところ、人生の最終段階にある患者で、事前に心肺蘇生を望まない意思を表明していたところへちゃんと入っているような気はするんですけれども。

【〇〇委員】法令上の問題なので、前に書いたこの法令上のところとはまた別の問題になってしまいますから、このところできちんとそのことを規定しておかないと。例えば、それは、その病気が悪くなることで死ぬことに関しては心肺蘇生を望まないという場合もあるでしょうし、中には、どんな原因でもしなった場合でも望まないというようなことがあるので、そういうことまで全部含めてちゃんと把握されているのであればいいですが、そうではない場合は、このところはきちんと書いておかないと、後々曖昧になってしまうかなと思ひます。

【部会長】〇〇さん、手を挙げられていました。どうぞ。

【〇〇委員】今の状態については、昨年でした、ICTを活用した死亡診断ガイドラインに該当するような事案のかなというのを少しイメージとして持っておりました。本人の推定意思の確認の方法のところ、〇〇先生からのご意見にもありました訪問看護師の対応の可能性についてです。本日の資料の方向案の6ページの所の、5の一つ目の白丸、「医学的な観点での判断を行うことのできるかかりつけ医等から受けることが適切」という所について、これに看護師が同等に並ぶものではないと思ひます。

ただ、やはり訪問看護、介護のサービス提供者は、本人の意思を良く知っている、また日常対話の中で本人がどのように言っていたかということの情報があるので、確認対象にはなると思ひます。それと関連して、〇〇先生のご意見にある「最低限このことは」というような「共通なミニマムな基準」というのは、ある程度は方向感をこの報告書に出していったほうがよいと考えております。かかりつけ医への確認ということに同等ではないけれども、例えば、関係者等が入って、本当にかかりつけ医に連

絡が取れないときに、MC医師がまとめて本人の推定意思として検討するなどのような仕組みっていうのを最低限持っていていただくとよいかと思います。

最終的に、これで現場の消防隊員の方々は、少し兆しが見えるんだろかっていうところを一番心配いたします。

【〇〇委員】今の点、非常にそのとおりかと思いますがけれども、アドバンス・ケア・プランニングをやっていく場合は、医師だけではなくて、ケアチームの中で、みんなで情報を話し合って共有しましょうということですから、本人の意思を確認する対象として、ケアチームの人は全員該当するだろうと。看護師さんだけではなくて、ケアマネジャーとか、薬剤師さんとか、そういう人も当然該当するだろうと。ただし、判断をするのは医師でなきゃいけないので、指示を聞くのは医師でなければいけないけれども、そういう医師の情報を提供していただく相手としては、ケアチームがみんな入っていいだろうし、そのケアチームからの情報を参考に、MC医師が判断をすると、その判断材料には十分なるだろうと思います。

【〇〇委員】5ページの①の所ですが、実は2つの要件があるわけですが、この2つの意味合いが違っているような気がします。すなわち、確かに患者ご本人の推定的意思を探索するという観点では、かかりつけのお医者さんじゃなくても、十分に身近な方であったり、死の迎え方について対話を重ねている方などのお話をうかがっても、患者本人の意思を推定することはできる場合があると思うんです。

むしろ問題は前者でありまして、死期が切迫しており、回復可能性がないということ、いかにして迅速かつ確実に認定するかということが重要だと思うんです。もちろん、かかりつけ医の方であれば、この点を確実に判断することが期待できると思うのですが、それ以外の方の判断によって、死が迫っていて、回復の見込みがないことを十分に確認できるのか、少し気になるところがございます。

【〇〇委員】現実問題として、多分、死亡という決定をするには、患者の方がいらっしゃって、時間とともに経過を見ながら、この段階でこの人は亡くなったんでしようという推定をされるというのが、多分、医者の判断だと思うんです。いくらお医者さんでも、初めて会う患者さんに対して、この人はもう死亡していますとすぐには言えないと思うんです。ましてや、私ども現場に急行して行って、初めての現場の人の環境の中で、これが、死が差し迫っているとか、そういう判断はできないっていう前提があります。ですから、そこを救急隊に求められるっていうことは、答えられないというのが現実だと思います。

ですから、後で、途中のほうに出てきました死亡の判断というところで、脈拍、瞳孔いろいろあるんですけども、あくまでも、その部分はある程度は分かったとしても、本当にこの人が、今、死んでいるかどうかっていうのは計り知れないぐらい思慮深いものがあって、私どもでできるかっていったら非常に難しいものがあるというふうには考えていますけれども。

【部会長】それで、〇〇さんのおっしゃっていることと、私は同じことを言うのだと思いますけれども、この6ページ目の所で、現場での確認と対応としては、どちらにも、一応、原則はかかりつけ医の

判断をおおぐのだということです。ただ、最後のところで、適切な本人の推定的意思うんぬんで、つまり、こういう過程にあるってということですよね。結局、事前の関係者間での情報共有というのは、老衰にあるとか、がんの末期にあるとか、そういう最後の看取りの段階にあるという情報があるのであればという、そういう話だと思いますが。もう一点だけ、今、そういう意味では〇〇さんがおっしゃったようなことを入れると、現場での確認と対応の、確認の対象として、上の要件が二つありますよね。患者本人の推定的意思に合致した対応であるかどうかという点の確認で、それは、本当はお医者さんでなくていい。

【〇〇委員】なくてもいい場合があると思うのです。

【部会長】なくてもいい場合がある。しかし、病気のほうの話は、お医者さんを中心に考えるのが当たり前という、そういうもう少しきちんとした整理をしたほうがいいかもしれません。ここ、二つ要件があるといいながら、ちょっと。患者本人の推定的意思に合致した対応といえるかどうかを中心にどうもなっているみたいだけれども、両方あるわけでしょうから。

それで、最後、難しいのは、6ページ目の最後で、かかりつけ医等の指示がない場合でも、場合によってはってものの、この表現ぶりで、こういう感じでしかしょうがないですかね。どうですか。

【〇〇委員】実は、昨日、私、大阪府下の救急担当者の会議がありまして、かかりつけ医って話をさせてもらって。ちょうどこの話題になりましたもので、「皆さん、かかりつけ医って現場で見たことありますか。連絡取れたことありますか」という話をしたら、ほとんど大阪はないと。ですから、多分、都市によって、かかりつけ医というか、ケアシステムといいましょうか、それが発展している所は確かにいらっしゃると思うんですけども、大阪は少なくとも、全消防本部の救急隊は、ほとんどかかりつけ医がいてない。連絡が取れないと。でも、ほっとけないから運ぶほうは優先する。そこで現場でじっと待って、連絡するまでってすごい時間になるじゃないですか。それよりも病院に搬送するほうが、逆に近くて、5分、10分で病院に到着してしまいますので。じゃあ、そっちに運んで医師の管理下に置くほうが早いというようなところもあるので、こうは書いていただいているんですけども、かかりつけ医という形になると、私どもとしては、今までと同じ対応、かかりつけ医に連絡がつかない限り、心臓マッサージをしながら病院に搬送すると。この形しか取れないなというようなところも、書面ではあります。

【〇〇委員】次の7ページのとくに、医師への連絡については通常の業務と同程度のということなので、通常のやつで取れなければ、それ以上無理して取らないということかと思えますし、現状としては、かかりつけ医と連絡が取れないと、次に書いてありますが、じゃあ、MC医が判断できるかというところ、これも全く診たことがない患者について判断するのはかなり難しいだろうと。

ただし、6ページの下の方の、適切な本人の意思を確認できるような仕組みがあって、その上でオンラインMC医に確認すれば、ある程度。そういう方たちで、医師の指示がない限り無理ではないかと。これを救急の現場で判断させること自体は完全に無理だと思いますので。どうしても、判断に関して

は、医師が関わらないと無理かと思っています。現状、そういうふうには大阪のように連絡がつかない場合、残念ながら現状どおりと。これからアドバンス・ケア・プランニング等で、その辺の環境をこれから整備していくということにならざるを得ないような気はします。

【〇〇委員】私も同じような印象を持ちました。本来ならば、①の要件についても、慎重を尽くした判断が望ましいわけですが、救急現場においては時間的余裕がないわけですから、ごく限られた情報だけで判断せざるを得ないわけです。その場合、一定の範囲では誤った認定の危険が生ずることになりますので、基本的には、そのような危険を可及的に少なくする方向で検討する必要があると思います。そうしますと、確かな判断資料が乏しく、具体的な状況が明らかではない場合は、原則救命と考えざるを得ないように思いました。

繰り返しのお尋ねになりますが、死期が迫っており、原疾患の回復が困難であって、今、ここで心肺蘇生を行ってもほとんど意味がないだろうということは、ずっとこの患者さんを診てこられたかかりつけ医の方でないと、即座には判断できないように思うのですが。実際のところ、どうなのでしょう。

【部会長】 〇〇さん。

【〇〇委員】難しい事例があるかもしれませんが、一般的に、一生懸命救急隊の方がしたら、皆さん元通りに戻られるかという、実態としてはそうではありません。ちょっと古いデータですが、2012年ぐらいまでの全国の消防本部の方が、全国で集めた30万件ぐらいのデータで見ると、75歳以上の33万件で見ると、1カ月後の社会復帰率、元に戻るという可能性があるのが1パーセントないぐらいなんです。100人に対して1人ない。さらにこの条件というのは、今、お話しした1パーセントないぐらいというのは、全ての75歳以上の方なんです。さらにこの場合は、「人生の最終段階にある傷病者であり、原疾患の進行に関連し、または老衰による」という条件になると、さらにもっと悪い条件になるというところですので、ある程度の見通しは、現状のデータから分かってしまうという現実があるのだらうと思います。

【部会長】つまり、今回の問題は、救急救命第一主義だけでは、どうもうまくいっていない、そういう現場を踏まえてのほうなので、あくまでも原則が救命だよってというのは、大多数のケースはそうなんです。実際に。ただ、現場で、例えば、そもそも搬送を拒んだ人には搬送できないんですから。だから、それは本人が、今は心肺蘇生を必要とする状態だから、本人が嫌だって言うことはきっとないと思いますけれども、家族等が反対しているのを押し切って、搬送することは多分できないと思いますけれども。緊急は法を破るというのはあるんですけれども、それぞれのところの個人の自己決定のはずなので。

だから、そもそも、呼ばないでいいような事例というのがある。それをどうするかっていう話は、また別の問題としてあるんですけれども。呼ばれたからには救命だっていう話にはいかない。だから、それが許容されるような要件を整理してあげないと、現場としてはという話なんだと思うんですけれど

も。どうぞ。

【〇〇委員】この5ページの①の要件が確認できない場合はどうなのでしょう。かかりつけ医の方にも連絡が取れないが、家族の方が、もういいです、心肺蘇生は必要ないとおっしゃるケースはあると思います。しかしご家族は専門家ではないので、死が差し迫っていることを確実に認定できるわけではないので、結局、①の要件を確認することができません。しかし、ご家族は、もういいです、帰って下さいとおっしゃっている、というケースはどうなるのでしょうか。ご家族の方のご判断を優先するということになるのでしょうか。

【部会長】いや、家族が、本人の意思を代弁していることが条件になっているんです。

【〇〇委員】もちろんそうなんですけれども、ただ、原則論で恐縮ですが、自己決定権の一環として死の迎え方を選択できるというのは、終末期に限定されていると思います。そうしますと、あくまでも、回復の見込みがなくて、死期が差し迫ったことをきちんと認定しなければ、患者の推定的承諾を問題にしようがないと思うんです。

【部会長】これは、突然の死の話じゃないから、だから、既に認定はされているんですよ。お医者さんとの間で。だから、それがきちんとなされているのがアドバンス・ケア・プランニングということなんでしょうけれども、そういう難しい言葉を使わなくても、しかし、在宅で亡くなりたい、あるいは介護施設で亡くなる段階にあるということは十分分かっているようなケース。周りの人が。そのケースにまでっていう、そういう限定の仕方なんです。それは、何も分かっていないでしょうと、もちろん、救急隊員は分かってないかもしれない。しかし、その周りの人はみんな分かっているという話なら、救急隊員がそれをうわっと持っていくことはきっとできないんじゃないかなと本当は思うんですけれども。

【〇〇委員】そうすると、そもそも今、議論している問題については、5ページの①ですけれども、第一の要件については、基本的には、認定に困難を要しない場合がほとんどだと考えてよろしいのでしょうか。

【副部会長】救急隊がその現場で、数分間でできるのかというのは、これはできないということになると思います。CT撮らないと、心電図を見てみないと、血液検査をしないと、日単位かかりますねということになってしまうと思います。だけど、今、例えば、5年前にがんの手術を受けて、再発して、また手術を受けて、骨に転移して、肺にも転移して、息が苦しいけど、家で最後は迎えたいと言って、1カ月前に帰ってきて、人生の最終段階にある傷病者で、原疾患は進行していて、心停止が十分予測される状況であって心停止になったというところまでは分かると思います。

さらに、傷病者に死期が迫っているという表現は曖昧さを伴うようですが、救急隊ならずとも人であれば傷病者の状況から、これは“死期が迫っている”という感覚はあるはずだと思います。救急隊員なら、自分の中のそのような感じは確認可能なはずですよ。どうぞ。

【〇〇委員】その辺の状況がきちんと家族とも共有されていれば、そもそも救急車を呼ばないので。そ

れでも救急車を呼んだ状態が、今、問題になっているので、一つは、一番大きいのは施設の問題で、職員からそういうふうに言っていましたよって言われた場合に、特に書面がない場合に、職員がそう言ったという場合は、これはかかりつけ医に聞かざるを得ないだろうと思いますし、あるいは書面がない場合、書面がなくて、家族がそう言っていましたよという場合は、これも確認ができないので、かかりつけ医に聞かざるを得ないだろうと思います。

ここで問題になるのは、きちんとした書面がなくて、あるいは書面があったとしても古いもので、最近どうだったかよく分からないという場合が問題になる。そもそも問題があるケースがここに挙がってきて、対象になると思ったほうがいいです。きちんとそういう共有ができていれば、そもそも救急車を呼ばないわけです。ですので、そういう場合は・・・。

【副部会長】家族の方は、初めて息止まった人を見たという場合、息が止まっているかどうか分からないことはあると思います。そこで、取りあえず119番してみようというのは、それは結構あると思います。

【〇〇委員】それも、ここの外の話になってしまいますが、きちんとアドバンス・ケア・プランニングなり、在宅医療、訪問看護とかされていれば、そういう場合は、まず、例えば、訪問看護ステーションのほうに連絡してくださいとかいうふうに本来はなっているんですが、そういうふうな状態にはなっていない場合と思ったほうがいいです。ですから、ここで問題になるのは、そもそもそういうふうな本人の意思が確実に確認できない。あるいはご家族等がその辺の情報を十分共有されていない。あるいは、特に施設なんかで職員の方しかいないというような場合なので、そういうある意味問題のある状況ですので、やはりここは医師の判断を得ないと、そういう問題がある状況であれば、医師の判断を得ないと無理ではないかと。判断が得られない、指示が得られない場合は、現状では救命措置をやらざるを得ないと思います。

【部会長】書いてあると思いますけれども。

【〇〇委員】そのことを言ったんです。

【部会長】ただ、最後に、こういうような仕組みがあつて、だから、典型的には、さっき〇〇さんが言ってくださったような状況であれば、それはっていう話なんじゃないでしょうか。それは既にかかりつけ医もずっと関与していて、肺がんの末期であるというような話がもう分かっているという状況です。それでも、呼ぶ人はいるんですよ。

【〇〇委員】そういう場合であれば、かかりつけ医に聞いていただいて、かかりつけ医の指示があればいいということで、全く問題ないと思うんですが。

【部会長】まず、〇〇さん、どうぞ。

【〇〇委員】そもそもきちんと今の議論に付いていない可能性があるんですけども、ここで議論しているのは、要するに、救急搬送の話で、救急隊員には、選択肢は多分三つぐらいしかなくて、一つは搬送拒否の場合で搬送しないってこと、もう一つは、通常やっているように、応急手当をしなが

ら搬送するという事だと思っんですよね。

三つ目は、搬送するけれども応急手当をしないというところがここで問題になっているんですよね。そのときに、先ほど言われたような、ここで先生がたが議論していたように、きちんとその場でお医者さんに連絡がついて、死が差し迫っているということが確認できるのが理想的な状態であることは誰も疑わないわけですよね。

そういう状態のとき、その前にACPIによって家族と医療者と看護師とか、いろんな方が話し合って全てを決められていけばそれは理想なんですけれども、なかなかそこまではいかない状態の中で、どうしたらいいだろうかっていう話だと思います。事前に、何かそういうことがお医者さんも含めて明らかになっている場合に、そのときに連絡つかないときに、医者に連絡がつかなければ絶対駄目だと、心肺蘇生を絶対やらなきゃいけないっていう話まで持っていくのか、そうじゃなくて、その場合は、家族、もしくは、看護師さんなどから聞いて、お医者さんが既に終末期であるという判断しているということが確認できるような状況があれば、まずは搬送だけしてもらっことをやっても、法的にも本当は責任は問われるようなことはないんじゃないかというふうに思っます。いいかげんな人間だからかもしれませんけれども。

これは、そもそも議論が間違っているのかもしませんが、きょう参考資料にいただいた救急関係、消防関係の条文なんかを見ると、まずは、多分救急車は運ぶことが第一義的には役割になっていて、その過程で、適切に行うとか、搬送を適切に行うとか、被害を軽減するとか、応急的にはこういう場合はやっったほうがいいっていうふうな書き方なので、心肺蘇生をしなければ搬送もできないというような条文構造になっているのかなっていうのが、そもそも完全に間違っている可能性もありますけれども、そういう感じがしています。だから、搬送だけをそういう家族の意思とか、患者さんの意思とかみたいなものが明確に分かっているようなときには、とにかく病院に運んでくださいというので、何か法的に問題があるのかなと、そもそも論として感じました。間違っているのかもしませんが。

【部会長】5ページ目と6ページ目で、特に、6ページなんです、結局は。その現場での確認と対応。確認というのが現場でなかなか難しいので。基本はかかりつけ医ですよ。それで、本人の意思を示す書面がある場合についてもかかりつけ医の指示を受けることが適切である。1をまず言っおいて、しかし、例外的な場合もありますという、こういう書きぶりなんです。いかがでしょうかということ。〇〇さん、お願いします。

【〇〇委員】確かに、施設においては、まだACPIは周知されていないんです。現状的には、全国的に。最近の医療ケアの決定プロセスのガイドラインは今年度示されたばかりなので、まだまだ浸透されておられません。しかし、看取りについては、結構現実的に進んでおります。看取りについて進んでおりますが、内容的には、もちろん、主治医、私どもは囑託医と申すのですが、囑託医が関わっておりますので、お医者さんの指示があるわけです。今、極めて例外な場面の検討会で、救急隊員が困っているのでお示ししようという内容で、やはり議長のおっしゃるとおり、私も一番引っ掛かったのは6ページの

「一方」の言葉なんです。その前段は全てお医者さんが関わって、指示に基づいておる。6ページの下段も、原則は指示を受けるんですよと。しかし、なぜ受けなくちゃいけないかっていうと、書面で作成されていても、時期とかそれが曖昧である場面があるし、本人の意思が変わるっていうよりは、むしろ家族の意思ですね。この場合には。本人は、そのときに意思は多分ないでしょうから。家族の意思が変わることを考慮すると、かかりつけ医の指示が必要だと。

一方、現場でかかりつけ医の指示を受けずについてあると、ここは、拡大解釈的になってしまう。いきなり救急隊員が、推定的意思を確信したかのごとく、心肺蘇生をやめちゃうというような文言に捉えられるような。素直に読むと、ここは現場で駆けつけた救急隊員が、医師の指示を受けずに心肺蘇生をやめちゃうというふうに取り取れてしまいます。しかし、現実には困っているという話なので。そうであるならば、やはりここで、現場の救急隊員の意思でなくて、やはり前もってACがあるのであれば、必ず医師の所見じゃないですけども、指示みたいな、この場合には、心肺蘇生しなくてもいいんですよというような書面が残っているはずなので、医師と実際に確認できないことであっても、そこに関わった看護師とか、職員が、こういう書面がありますと、医師の指示がありますので、家族がやめてくれということであるので、こここのところでやめますというふうな。やはり、医師が関わっているという確認は最終的に必要だと私は思います。

【〇〇委員】これは、全部過渡期なので、いろんな問題が出てきてしまって、多分この書面に関して、きちんと、こういう内容の書面であれば大丈夫ですよということをここに書ければ多分一番いいのですが、まだそういう整理が全くされていないので。将来的には、こういう内容の書面で、例えば、何年以内、何カ月以内というものであれば、その書面でもって判断していいですよという方向に、今後は多分なっていく。というか、そういうふうにしないと大変だと思いますが、まだそういう環境が全くできていないので、書面といってもいろんなものがあると。だから、もしここで書くならば、こういう内容で、こういうことがきちんと書いてある書面であればいいと。ただ、現状はそれを書けない状況だと思うので、こうなってしまうのだと。将来的な方向としては、きちんとこういう内容のものであれば、確認できるから、それで判断してもいいですよという方向に進むべきだとは思いますが。

【〇〇委員】これは、全部過渡期なので、いろんな問題が出てきてしまって、多分この書面に関して、きちんと、こういう内容の書面であれば大丈夫ですよということをここに書ければ多分一番いいのですが、まだそういう整理が全くされていないので。将来的には、こういう内容の書面で、例えば、何年以内、何カ月以内というものであれば、その書面でもって判断していいですよという方向に、今後は多分なっていく。というか、そういうふうにしないと大変だと思いますが、まだそういう環境が全くできていないので、書面といってもいろんなものがあると。だから、もしここで書くならば、こういう内容で、こういうことがきちんと書いてある書面であればいいと。ただ、現状はそれを書けない状況だと思うので、こうなってしまうのだと。将来的な方向としては、きちんとこういう内容のものであれば、確認できるから、それで判断してもいいですよという方向に進むべきだとは思いますが。

【〇〇委員】 〇〇委員のご発言に私も賛成で、この6ページの所の、「一方、適切な本人の推定的意思を適切に救急隊が知る」とは、これは救急隊が知ればいいのは、推定的意思だけのように読めちゃうので、ここに、「適切な本人の推定的意思と、医師の事前に行われた指示を適切に」という形で書けば、より安心してできるんじゃないかなと思いますけれども。

【部会長】 ①の二つの要件がね。

【〇〇委員】 ええ。

【〇〇委員】 いろいろお話をお伺いした上で、改めて思うところを申し上げますが、やはり①の2点の要件については、両者を分けて、確認の方法を検討したほうがよい気がいたします。その上で、原則としてかかりつけ医の方のご判断が必要であるとして、それが難しい場合については、どのように代替し得るかということは、両者の要件ごとに個別に検討する余地はあるのかなという気がします。

先ほど、伺ったように、例えば、末期のがんで何年間も闘病されていると。そのような事実が書面等から明らかになっていれば、そこから死期が迫っていることを認定できるケースがあり得るのかもしれませんが、ただ、家族の方が口頭で説明しただけで、それをすべて無制約に信頼することが許されるのかは、やや難しいところもあると思います。現場としても、とにかく記録なり書面なり、何か信頼できる資料や根拠がないと、具体的な判断を下しようがないのではないかと、思います。

【〇〇委員】 分けて考えた場合に、私は、先ほどから、むしろ気になっておりますのは、意思を推定することを誰がどうやってやるのかということと、その確認というのをどうやってやるのかということです。先ほど、議論の途中に出ましたとおり、家族というものが本人の意思を最も知っているという場合もあるということは、一方で、かなり広く共有されている一般観念だと思いますが、他面で、残念なことにといいますか、とりわけ死が迫っているときには、相続の問題などもあり、家族間の意見が対立するというのも、また、今、知られていることです。また、死が迫っているので対立するという側面だけではなく、長年、闘病生活に寄り添ってきて、責任を持ってやっている家族と、遠方に住んでいて事情を知らない家族というので、相当に判断が異なって、難しいというようなことも伺いますので。

もっとも、今回やっていただいた調査の中では、家族の意見が対立して大変だったというのは、そんなに出ていなかったようでしたので、その点をどのぐらい重んじて見るべきか分かりませんが、ただ、申し上げたいことは、意思の確認ということについても、相当程度に慎重に指針を設けておく必要があるんじゃないかと思っているということです。

私のこの案の理解としましては、その点は、本来かかりつけ医が担当するということが当然ではないかもしれないけれども、ただ、現状で、先ほど来議論がされているような意思確認についての定まった方法ですとかいうことが確立していない中では、事前のケアチームなり、ACP的な相談なりの中心になるもの、あるいは今後なっていくべきものとして、かかりつけ医制度というものを想定して、あるいは、現実的にかかりつけ医が適切だという判断の下に、その点についても、かかりつけ医を中心に考えるという案かなと思って当初は伺っていました。そこは、つまり、家族が対立して、本人はこうやって

残しているけれども、やってほしいというようなことを言ったりすることもあり得ると思いますので、その辺の、かかりつけ医の意思確認との関係での位置付けも、問題を分けて考える場合に、明確化する
とよろしいのではないかと思います。理解自体が異なっているかもしれませんが、以上です。

【オブザーバー】厚生労働省の医政局でございます。私どもの取り組みを、情報提供させていただけたらと思います。お手元のこのオレンジ色が表になっている紙ですけれども、先ほど、〇〇先生がおっしゃったように、今はいわば過渡期的なところにあることから、このようなさまざまな課題が生じているのではないかとのご意見もあったと考えております。

ページ番号が0ページです。ブルーで、人生の最終段階における医療・ケアに関する取り組みということで、先ほど来、お話があったように、救急搬送されているような方が増えているとか、高齢者が増えていく中で、その一方で、人生の最終段階における医療ですとか、ケアについて話し合ったことがない方が現状多いというのが、昨年から当省で行った検討会でも調べて分かったというところがございます。当然、こういったいわば救急搬送という現場の前の段階で、どう取り組んでいくのかというところについて、これまでの取り組みとして、今年の3月に改訂したガイドラインについては、ACPの概念を踏まえたものを盛り込んでいるところです。あとは、先ほど、書面的問題がありましたけれども、実はこれもその検討会の中で、書面が優先されるのか、ACPの中で話し合ったことが優先されるのかというものが、国際Delphiの中でも、まだはっきりとどちらがいいという議論には達していないんだという情報提供もあったのですけれども。しかしながら、このガイドラインの中では、こちらの第1回の検討会の中で、厚生労働省としての資料を付けさせていただいておりますけれども、都度話し合った内容は取りまとめて、見やすいようなところに共有していくことが重要であるということも書かせていただいたところです。

その中で、平成26年からは、この決定プロセスのガイドラインに基づいて、医師ですとか、看護師の方に、患者さんの意思決定の支援をするためのプロセスですとか、コミュニケーションスキルに関する研修を現在にわたって行っているところです。そうした中、この真ん中ですけれども、実は、今、ご議論されているような法令上の位置付けについて、何か取り扱っているというところではないんですけれども、在宅医療をする先生がたにとっては、なかなか救急車の搬送が非常に多くなって、あるいは病院のキャパの問題等もあって、受け入れてくれないと。あるいは、救急の病院の方々からすると、必要な情報がないとか、あるいは、引き取ったのはいいんだけど、在宅医療のほうに今度はお戻しすることができないというような、そういった課題があるというところを伺っておりまして、その裏面の連携セミナーという所を見ていただけたらと思うんですけれども、在宅医療の関係者と、救急医療の関係者、そして、その自治体の職員の方を交えて、まずは協議の場を設ける、膝を突き合わせて話し合うというところから始めると。そういった中に、こういったふうな患者さんに関する情報共有のツールですとか、ルールの設定が必要かというのを、地域ごとの実情に応じて話し合ってもらおうこと。

そして、やはり住民向けに、自分たちがどんなことを考えて、その地域のかたがたに、考える機会で

すとか、知っていただきたいこととか、こういった普及啓発について、既に先進的に取り組まれているような自治体さんの事例を参考に、こういった大体10から15ぐらいの自治体さんに、現状、まだ限られているんですけども、策定支援の場をご提供しているところです。こちら、昨年度からの事業なんですけれども、ホームページのほうにも公開して、少しでも困っていらっしゃるような、あるいはこれから取り組みたいような自治体さまのお役に立てられるように取り組んでいるというところを、一つ情報提供させていただけたらと思います。

【〇〇委員】法律的な解釈を教えてくださいなのですが、本人の推定意思というのは、本人が書面で残しているというのは、推定意思になるのでしょうか。

【〇〇委員】あくまでも、かりに患者さんに意識があり、もし本人の意思を確認できればどのように言ったのかを推定するという話だと思うんです。そうしますと、時間的に先行した段階で同意のうえ、書面を作っても、いつでも同意は撤回できますので、翻意する可能性が当然出てくるわけです。ですから、事前の書面があるといっても、常にそれが現在の意思と一致している保証はありませんので、その点は慎重な判断が必要になってくると思います。

ただ、既に原疾患が悪化しており、死を間近に控えた段階での意思決定に基づいて作成された書面であれば、それが現段階の意思に対応する可能性はかなり高いといえますので、そのような前提であれば、現段階の意思を推定する方法として一定の意義があるとは思いますが。

【〇〇委員】とすると、そういう書面がなくて、家族とか施設の職員からの口頭で聞いたやつというのの力というか、能力というのは、あまり高くないと考えられるんですか。

【〇〇委員】その点は、先ほど〇〇先生がおっしゃったとおりでして、確かに家族と患者の方は日頃から密な関係がある場合が多いので、もしこの人が、今、意識があれば、こういうことを考えるんだろうということを推測して、患者さんの意思を代弁しやすい立場にあるということは、一般論としては言えると思うんです。ただ、ご家族にもご自分の思いがあるわけですので、患者の意思と家族の意思がずれてくることは避けたいことも事実です。このように患者の意思を推定する作業については、真実の意思が探究できない可能性が必然的に生ずることを前提に、いかなる範囲のずれであれば正当化できるのかという形で、議論をしなければいけないような印象を持っております。

【〇〇委員】介護の施設の職員の場合は、それはかなり低くなってしまおう？

【部会長】そういう話はないと思います。諸外国では、そのために医療代理人という制度を法制化しているんです。今度のガイドラインの改訂でも、信頼できる人に、自分の代わり、だって、自分は倒れているわけですから、この人に任せますというようなことを、できるだけ知らせておいてくださるようになっていう話をしているんです。とにかく、一番初めの、厚生労働省のガイドラインにあるように、まず問題の設定の仕方として、多数の人が、いずれは死にますから、特に高齢になっていけば、いつ何があるか分からないということを意識しながら生きているんです。周りもそうですし、本人もそうですけれども。そのときに、在宅で死にたいという人が多いのに、しかし、それが実現できていないのはど

命処置をせざるを得ないということ。現状ではそうではないかと思えます。それではすごく問題があるので、それは今まで話があったような方向に、きちんと向かうべきだという二つを別に議論しないといけないだろうと思えます。

【〇〇委員】シンプルに、6ページの議論になっていますので、6ページの下段の丸の、上半分は適当というふうに言い切っている。これは現実の問題です。「一方」以下は、仕組みがどういうものであるのかも含めて、実施することも考えられるということで、具体的にこうということはないけれども、先々の今後の動向を見ながら、こういう方向も可能性がありそうですよという意味合いの記述をされておられるんですね。

【事務局】書いた事務局としては、具体的に特定の何かを念頭に置いているわけではないです。

【〇〇委員】まさしくそれが、ACPが進んでいくということも含めて、他に何らか地域の実情があるからということなので、ここがあまりにも焦点を浴びると、消防機関で言う先ほど、中止することができるという選択肢が、まずは何らかの方向性を示すというところで崩れてしまうので、まずは方向性をしっかり出すという点においては、上の上段でいいんだらうと思えます。下のほうは、先々また時代の変化とともに議論が出てくることも含めて、含み分を残して記載しているという意味合いでいいんですね。

【事務局】はい。

【〇〇委員】われわれのほうはそういうふうに理解しているのですが。

【副部会長】アドバンス・ケア・プランニングとかいう考えがなかったときに、その当時でも、最後は家で亡くなりたいという人は結構おられました。自宅で突然心臓止まり、家族が慌てて119番通報し、救急隊はいろいろ処置して、救命センターに来る。夜中に救急医が一生懸命蘇生したところ、朝方、かかりつけ医の先生から電話で、「自宅で安らかに死にたいという希望だったのに、患者さんが望んでいないのに、なぜ蘇生処置をするのだ、」とお叱りを受け、家族も、「どうしたら良いのでしょうか」と、みんなが不幸を感じることもありました。救急隊員も、自分たちがやったことは悪かったのかと落ち込んで。その患者さんの意思に沿ってないことを、「僕たち悪いことしたの？」ということが、10年ぐらい前から起り始めていて、やっとアドバンス・ケア・プランニングという考え方ができてきたと思います。救急隊員も限られた社会的リソースですから、必要な場所、時間に差し向けることが必要だと思います。時代の過渡期ですけれども、皆で工夫しないといけないかなと思えます。

みんなが不幸になる事例が増えることは是非ともさけるべきだと思います。お知恵をよろしく願います。

【事務局】この件に関しましては、非常に大事な点でございまして、委員の皆さまがた、さまざまご意見あるかと思えますので、また、本日この後の他の場面につきましてもご意見ございましたら、事務局にお寄せいただければと考えております。今回は、なかなか委員の皆さまがた、日程調整が難しいところがございまして、恐らく、12月ぐらいになるのではないかと考えておりますが、今のところ予定と

しましては、とりまとめの骨子というような形で、ご提示をさせていくことを予定しております。基本的にはそういう方向で、文書のような形になって、ご議論をしていただく形になるかと思っておりますけれども、その点で、再度さまざまなご意見を頂戴できればと考えます。よろしく申し上げます。

【部会長】きょうのご意見を反映させる形で、もう少し文章化したものを出していただいたほうが、さらに議論の深まりというか、議論がしやすくなると思いますので、もう一段アップしたたたき台を次回作ってもらうためにも、もう少しここはこういう表現を入れてもらいたいとかいうことがありましたら、ぜひとも事務局と連携して、ご意見を伺って、また次回ということにしたいと思っております。それでは、長時間にわたってどうもありがとうございました。

6. 閉 会

【事務局】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についての検討部会の第4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)