

とりまとめの方向、拝見しました。臨床救急医学会の提言「人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方に関する提言」と、厚労省の「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」をしっかりとふまえて、よくまとまったものになっていると思います。

そのうえで、「救急要請に至らないような状況作りの大切さとそのために必要なこと」についても、補足的（あるいは提言的な）ものとして、今回のとりまとめに含めるかどうかをご検討いただければと思います。

スライド2で「本来救急要請に至らないようにすることが重要である」とあります。今回の「とりまとめ」では、救急要請があった場合に対する「現状での一定の見解を示す」（スライド1）が主となるのは当然です。しかし、そもそも救急要請に至らないことの大切さとそのために必要なこととを、「提言」的なものとして、今回のとりまとめに含めることも可能かもしれません。

6/28の検討部会での紅谷浩之委員の「在宅医療」の報告に、「胃ろうや延命処置の選択など具体的な処置を決める事前指示書の形ではなく、共有する時間や雰囲気を含め、話し合いを継続する過程全体がACP」とありました。指示書は救急隊員が確認するためにぜひとも必要なものですが、紅谷委員がいわれたような、多職種が関わり合う医療・ケアチームと患者（または代諾者）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ます。

また、会田薫子委員からは、フレイルの観点を組み込んで、「ACPにもフレイルを組み込む」「重度フレイル高齢者の目撃なしのCPAは搬送なしとすべきでは」という提案もありました。後者はそのまま「とりまとめ」に入れることは難しいかもしれませんが、フレイルの観点とエンド・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えます。

＊

もう一点、目についたことがあります。傷病者本人の意思確認の仕方についてです。「とりまとめの方向」のスライド6では、として「書面がある場合でも……かかりつけ医の指示を受けることが適当」と臨床救急医学会の提言に沿いながらも、「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（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、かかりつけ医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」とあります。また、かかりつけ医に連絡がつかない場合に、オンラインMC医がその役割をするのは難しいとしながらも、「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」（スライド7）とあります。

この二つについては、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、それとももう少しつめて「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つくったほうがよいのか、という問題があると思えます。しかしこれについては、当日さ

かな議論を皆さんが行っていただけるのだらうと想像しています。

以上、簡単ではありますが、私からのコメントといたします。

平成 30 年 10 月 22 日、東京医科大学・哲学教室 西研