

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5回）議事録

1 日 時 平成30年12月13日（木） 16時00分～18時00分

2 場 所 フクラシア東京ステーション K会議室

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、西委員、橋爪委員、藤田委員、紅谷委員

オブザーバー : 松岡室長

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（第5回）」を開催させていただきます。司会進行は、消防庁救急企画室の〇〇が務めさせていただきます。よろしく願いいたします。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】 皆様、お寒いところ、ご参集いただきまして、ありがとうございます。今日が第5回目ということになります。この検討会のテーマは、心肺蘇生を望まない傷病者というケースが出てきて、救急隊が対応に苦慮しているということです。それについて、どう考えたらいいかということで、この前から「とりまとめの方向性（案）」について、議論していたところでもあります。今回はその継続ですけれども、前回の議論に加えて、もちろん救急隊だけの問題ではない。在宅医療のあり方全般に関わる、まさにアドバンス・ケア・プランニングをどう行うかという話と密接に関連した問題なので、厚生労働省の方からご説明を頂くということだったのですが、少し遅れておられますので、それをあとで挟み込むような形にしたいと思っております。取りあえずテーマは、資料2にある「とりまとめの方向性（案）」を、事務局のほうで苦労して文章化していただきましたので、それをあとで、これを中心にして、今日もまた自由に議論していただくということをお願いしたいと思います。まさに、忌憚のないご意見を頂くよう、よろしくお願い申し上げます。

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、

マスコミの皆様におかれましては、ご配慮のほう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にお願いしたいと存じます。よろしくお願いいたします。

【部会長】 それでは、議事を進めてまいりますけれども、この議事次第に、1、2、3、4とあります。この(1)「医療政策における在宅医療の位置づけ」というところに、厚生労働省の方からのご報告というか、ご説明があるはずでありますけれども、それをあとに回します。これに関連した事務局の説明は、今、頂いてよろしいのですか。これもあとにしますか。

【事務局】 いえ、事務局からご説明しようと考えておりましたのは、今、座長からご説明ありましたとおりです。

【部会長】 それでは、あとで厚生労働省の方からご説明いただけると思いますから、それは資料1に基づくものであります。早速、議事(2)「とりまとめの方向性(案)」について、まず自由闊達な議論を頂こうと思っておりますけれども、ともかく案がありますので、資料2に基づいて、まず事務局からご説明を頂きたいと思っております。お願いいたします。

(2) とりまとめの方向性(案)

【事務局】 資料2に基づきまして、ご説明をさせていただきたいと思っております。

資料2でございますけれども、先ほど座長のほうからご説明がありましたように、前回、横紙のスライドで「とりまとめの方向性(案)」をご議論いただいたところですが、少し分かりにくいといったところもまして、文章の形でまとめたものです。前回のご議論を反映させたものとなっておりますので、前回との違い等を中心に、ご説明をさせていただきたいと思っております。その前に、資料3と資料4でございますが、資料4につきましては、前回検討部会の主なご発言でして、すでに議事録が出ておりますので、ご参考までのものです。もしかしたら一部誤りがあるやもしれませんが、おっしゃっていただければ、ホームページにアップする際には修正をいたします。資料3につきましては、先週、この検討部会の親会にあたります「第2回救急業務のあり方に関する検討会」で、〇〇副部会長から現在の検討部会でのご議論のご報告をしていただきました。その際に出ました意見をおまとめしたものです。出ておりますのは、「かかりつけ医の範囲」ですとか、検討部会でも熱心にご議論いただいたところですが、オンラインMC医について。それから、「かかりつけ医の照会方法」と書いておりますが、かかりつけ医の判断をどうやって確認するのかといった意見がございました。また記録について意見がございまして、かかりつけ医のほうでも傷病者本人の意思を記録しておくことが必要ではないかといった内容ですとか、あるいは救急現場でかかりつけ医の判断について、言った、言わないの問題が出てくるのではないかとといったご発言があったところです。また、検討部会のご議論が、やや在宅のほうにフューチャーしすぎているのではないかということで、調査報告を見ますと、在宅と同じくらい介護施設の話がありましたので、介護施設についてももっと議論したらどうかといったご意見がございました。2ページの上から2つ目ですが、急変時のかかりつけ医の責務ですとか、高齢者

施設の中で「急変時対応」への施設職員の質の向上といったところが重要ではないかと。さまざまな状況があり、在宅と高齢者施設はそれぞれ性質も違うので、こういう点をしていただいたほうがいいのではないかといった意見がございました。それから、高槻市の委員の方からは高槻市の報告として、老人保健施設では救急隊員が死亡確認ができと思っている方も多く、すぐに119番要請をしているということとして、情報提供していただけないだろうかといった意見がございました。搬送については、前回そこまでご議論が進まなかったところでしたが、「搬送することがやむを得ない場合があること否定しない」、いわゆる「看取り搬送」といわれる問題ですけれども、こちらが増加してしまうのではないかと懸念を、消防本部でお持ちの所が多いように感じています。搬送手段という状況が、地域によって異なるのだから、そういったところも注意すべきではないかといったご発言がございました。最後ですが、法的な話で、現場から引き揚げてもいいといったことであれば、現場でやりますよといったご意見ですとか、あるいは、事後検証の結果などを各地にフィードバックしていくと、非常によい取組になるのではないかとご意見を頂戴したところです。

それでは、資料2に戻りまして、前回のスライドの資料から変わったところを中心にご説明申し上げます。

まず最初に、「1 はじめに」が入っておりますが、こちらは入れたほうが落ち着きがいいのではないかとご意見を頂戴しましたので、まずは骨格のような文章を入れており、今後記述を増やしていく必要があります。

「2 現状の確認」ですが、実態調査の結果などを中心としまして、現状をご説明するものになります。「典型的には」と始まる段落ですが、前回の方向性（案）の中の「典型的な事例」というところを少し整理して、表現をまとめています。ただ、前回のスライドの中では、いわゆる「看取りの場合」といった表現がありましたけれども、「看取り」という使い方が曖昧なところがあるといったご意見を頂戴しましたので、入れてはおりません。

「3 基本的な考え方」ですが、こちらは前回のスライドの「本人の意思の尊重」の部分を反映して、まとめたものとなっております。2ページの2段落目の「その中で」のところですが、前回のスライドの中の「救急隊の役割」をまとめたところとして、表現が二転三転していましたので、少し整理して書き直しました。前回、救急隊の役割の中の一番最後の行に、「意思確認は家族の申し出に基づいて開始する」といった記述がありましたが、そちらはプロセスの話で、やや全体にそぐわないところがありますので、こちらの表現からは落とされています。

続きまして、「4 現場での対応等」ですが、全体の書き方の流れとしましては、この検討会では、広島市消防局、埼玉西部消防局などの現場での対応を起点として、議論を進めていただきましたので、その流れに沿った形で現場を起点に表現したところです。また、前回「かかりつけ医等」という形で丸めて書いておりましたが、この「かかりつけ医等」の範囲についてご質問を受けることがありましたので、書き下しています。「高齢者施設の嘱託医」という表現は、正確かどうか分からないと

ころですが、「かかりつけ医や主治医、高齢者施設の嘱託医等」という形にしております。「等」の中には、主治医・副主治医制や、輪番制などの形で従事している医師などが入ると思います。こちらは範囲を限定するというよりは、その次の段落の、ACPなどで本人の最期を、本人、医師、家族で話し合っている、そういった医師であるということとして、その点について共通のご理解があるのではないかと考えております。そういう意味では、次の「この点」以下は、ややトートロジー的になっておりますが、なぜこういったかかりつけ医等の指示に従うことが適切であるということを示しております。また、前回のスライドの中に、「かかりつけ医によっては判断できない」といった注意書きがありましたけれども、※が多くなることと、この文脈での「かかりつけ医」は、判断できる方となりますので、記述しませんでした。それから、※として、前回ご議論いただきました要件を記述しました。また、家族等の意向についても示しています。一方、前回の方向性（案）の中では書面があってもかかりつけ医の指示を受けることが適当という記述がありましたが、こちらは今回は記述していません。これは、※が多くなるということもありますがACP「人生会議」の中で話し合い、本人の気持ちなど話し合った内容を書面で残すのは非常に重要であることは当然ですが、書面があってもかかりつけ医等の指示を受けるとの記述だけでは、その重要性が読み取れないおそれもありますので、書面の記述を除いたところでは、いずれにしても、かかりつけ医等に連絡を取ることが適切と表現していますので、その中で書面がある場合も含めて読めるのではないかと思います。もう一点、「かかりつけ医等への連絡は、通常の救急業務と同程度が適当である」といった記述が前回にはありましたが、表現がやや抽象的なのと、かかりつけ医等に連絡を取ることが義務づけているわけではない中で、そういったことまで書く必要があるかどうか、家族の心情と現場の緊急性の中で救急業務を進めていくのは、救急業務では当然とも言えますので、今回は記述していません。

続きまして、3ページのオンラインMC医の役割ですが、前回、非常に熱心なご議論があったところでして、オンラインMC医がかかりつけ医等と同等の役割を果たすことは難しいところがあるのではないかと、ということを書いてあります。ただ、現場におきまして、オンラインMC医が重要な役割を果たしていることは間違いのないところですので、確認的ではありますが、※でオンラインMC医が重要な役割を果たしていることを示しています。

(2)「搬送について」以下については、前回、こちらまで議論が進まなかったところでして、前回の「とりまとめの方向性（案）」の内容を、ほぼ書いてあります。前回、〇〇委員から訪問看護師等の可能性についてご意見をいただきましたが、終末期のキーパーソン、ハブとなる訪問看護師の役割ということで、ほぼ全体に関わる訪問看護師の重要な役割として、申し訳ありませんが、今回書き切れていないところがあり、できたら、〇〇委員にご発言いただければと思っております。それから、「搬送について」の2段落目ですが、先ほど、親会の意見にありました、看取り搬送の話につきましては、「ただし」以下、「やむを得ない場合があることを否定するものではない」という記述について、こういう表現が入ることにより、看取り搬送が増加していくのではないかと懸念が寄せられて

いす。

(3)「事後検証等について」ですが、ご意見の中で、各地域の検証を集めて、さらにそれをフィードバックしていくことによって、取組がより良いものとなることが期待されているといった内容をいただきましたので、そちらを付け加えています。

「5 今後の方向性」ですが、こちらは、この検討部会で、委員の皆様からさまざまなご発言をいただいております、そちらをまとめたものです。最後の「どのような対応をするにせよ」のところですが、いただいたご意見の中で、一方で、逆に救急車を呼んではいけないのではないかと懸念も、また広がりつつあるといった内容がありまして、いざというとき、必要なときに救急車を呼ぶのは当然ですが、どこかで記述したほうが適当ではないかと考えていますが、今回のところでは書き切れていないところです。長くなりましたが、以上となります。

【部会長】ありがとうございました。この質問を受ける前に、厚労省の〇〇室長が到着されましたので、厚労省側から在宅医療、ACPについて、ご説明をうかがえたらと思っておりますが、よろしいですか。

(1) 医療政策における在宅医療の位置づけ

【〇〇室長】お手元に資料1がございますので、それを見ていただきながら、お話をさせていただきます。資料1の1ページ目は、「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」でございます。2025年には団塊の世代が75歳以上になるわけでございますけれども、医療と介護が切れ目なく、地域においてなされるために、医療・介護を連携しながら施策を進めないといけないというような法律の体系でございます。下は、国・都道府県・市町村がどのような計画を作り、進めていくかということを書いているのですが、右側にはその法律に基づいて作られました確保基金というものがございます、その基金で、例えば在宅とか、医療・介護従事者の確保とか、そういったものを進めているわけでございます。医療計画というものは、地域、県を三次医療圏としたときに、その中を自立して医療が行える圏域ということで、二次医療圏というものに分けまして、その二次医療圏の中でどのような医療を展開していくかということ計画するものです。その計画の中身というのが、「5疾病・5事業」と言いまして、5つの疾病、がんとか脳卒中といった疾病と、5つの事業、救急医療とか災害時の医療、へき地の医療といったもの。それプラス在宅。この11の項目について、県は各圏域ごとに、どのように発展させていくかということを決めているわけです。その医療計画の幾つかのファクターの中に、「地域医療構想」がございます。地域医療構想というものは、次の3ページに「地域医療構想について」というペーパーがあると思います。これは、地域の医療を担っている入院病床を、どのような役割を担っているかということについて見える化し、2025年に必要とされるであろう医療需要とマッチングさせるということをやっています。それによって、例えば、医療機関側は救急も含め急性期をやりたいという病院が多いのですが、実は2025年くらいになると高齢

化が進んでくるので、急性期だけではなくて回復期のような、つまり在宅に帰るための医療というものが不可欠であるということが言われています。ですから、そのような回復期の病床をどのようにつくっていくかということ、地域医療構想で各都道府県が決めているという構造になっています。そのような中で、回復期までくると家に帰るわけですが、家に帰っても医療が必要ではないというわけではなく、当然、医療が必要になりますので、在宅医療の需要が増大します。この黄色の四角と三角形が2つくっついている図ですけれども、この黄色の部分は現在の在宅医療の需要です。それが、高齢者人口が増えることによって、下側の三角形のように増えていくであろうと。プラス、上の三角形は、地域医療構想を進めて、例えば在院日数が少なくなったりとか、あと急性期病院が回復期になっていたりとかすることによって、在宅に帰ってくる人たちが増えると。そうなったときに、外来とか、介護施設とか、もしくは在宅医療で受けないといけない人たちが増えます。その増える量が、約30万人くらいだと考えています。つまり100万人の、今までと同じような在宅需要プラス30万人の、130万人の在宅の需要が、2025年には生じるであろうと考えています。ただ、この在宅の中には、当然、施設とかに入る人たちもいるので、ピュアに30万人全部が入るわけではないのですが、このような形で増えていくだろうと。これに対して、在宅医療の供給量を増やさないといけないということで、「第7次医療計画」が平成30年から走っておりまして、その中で、都道府県と市町村が協力しながら在宅医療の提供量を増やそうという計画を作っています。ただ、その在宅医療というのは、基本、圏域的には狭いものでございまして、市町村のレベルで介護と一緒にしながら提供されているというのが現状でございます。ですから、「在宅医療・介護連携推進事業」ということで、今、介護保険の財源を使いながら在宅医療を増やすというような事業がなされております。(ア)～(ク)と私どもも言っておりますが、この(ア)～(ク)の事業を市町村が進めています。そういう状況の中で、在宅医療はどのような体制を取らないといけないかというのが、下の絵です。これは、在宅医療に求められる医療の機能を分類したときに、「①退院支援」「②日常の療養支援」「③急変時の対応」「④看取り」という、この4つの機能があるだろうと。これを満遍なく、各県が自分たちの圏域で発揮されるようなことを考えないといけないということで、今一生懸命、医療計画の中で、この在宅医療の体制について、書かれているような4つの機能をベンチマークしながら作っているという状況であります。そのなかでも退院調整というものは非常に重要です。退院をするにあたって、在宅の人たちと入院医療機関の人たちが、きちんと話し合いをしながら、どのように家に帰すかと退院するときに決めるわけですが、このようなことをやっている病院というのは、どんどん増えてきていまして、今、大体4割くらいの病院がそのような機能を持っています。また、一施設あたりの人数も増えてきて、やはりワークロードがすごく増えているという状況が見えます。また、「②日常の療養支援」に関して申し上げますと、訪問診療を行う医療機関数は、少し頭打ちのところはありますが、徐々に徐々に増えているということで、需要の増に従って、供給も少しずつ増えているところがあります。「③急変時の対応」ということで、24時間対応をしているような在宅療養支援診療所と病院の状況を見ているので

すが、在宅療養支援診療所はもう、少し頭打ちをしていますけれども、病院はそれなりに増えているということで、急変時の対応についても、それなりに図られているところがあります。また、在宅医療の「④看取り」ですが、在宅看取りをやっているような医療機関の数も右肩上がりに増えているという状況ですので、その需要に応じた供給量の増大ということが起こっています。

また、訪問診療や在宅看取りのほぼ9割程度は診療所が行っています。病院で行っているのは1割くらいです。そして、その診療所の属性で申し上げますと、「在宅療養支援診療所（在支診）」といわれる24時間やっているような診療所が半分。そうではない診療所が半分です。また、在宅看取りは、概ね4分の3くらいが在支診で、それ以外の所は大体4分の1くらいと言えます。次の14ページになります。しかしながら、これは診療所の数で見えておまして、人数、つまり提供量、レセプトの数で見ますと、在支診が圧倒的に多いです。つまり、24時間やっていただいているような在支診が圧倒的に訪問診療を担っていると言えます。つまり、この救急に絡めて申し上げますと、訪問診療をきちんとなされている診療所が絡んでいる方々というのは、24時間対応ができるはずの診療所にぶら下がっている人が、約8割～9割くらいいるというようなことを言ってもいいのかもしれませんが。また、我々、基金という形でこのような事業をやりながら、在宅医療の量を増やすようなことをしています。さらには研修等が主ですけれども、やっています。また、私どもは、在宅医療を担っていただく方々を増やすという意味でも、人材養成をしておまして、地域で人材養成を担っていただけるような、講師の人材をつくるという事業を、16ページのようにやっています。17ページは、「人生の最終段階における医療・ケアに関する取組」について、少し体系的に書いたものでございますけれども、上は現状とこれまでの状況です。現状には、死ぬ場所の話とか、搬送人員の話とか書いてはございますけれども、これまでの取組としては医療機関を対象としたものが非常に多ございました。ガイドラインを策定し、それを守っていただくとか、あと研修を行うとか、そういうことをやっていました。今後の対応としては、下のところでございますけれども、1つは「医療機関での相談対応の充実」ということで、医療機関対応のものもあるのですが、「住民向け普及啓発」と「在宅医療・救急医療連携」という事業を、現在やっております。多くは書いておりませんが、この在宅医療・救急医療連携は、前もお話ししたと思いますけれども、救急医療と消防と在宅医療機関がルールを作れるように、応募してきた地域のプレーヤー、3人か4人くらいを呼びまして、グループワークをまとめてやるというようなことをやっています。2回連続でやるのですけれども、それをすることによって、昨年度やった所が、今年にかけて、そういう地域と話し合いを始めて、ルール作りに取り掛かったという自治体もあります。そのようなことを続けていきたいと思っています。また、ACPにつきましては、私どもリーフレットを作っておまして、これを都道府県等々に置かせていただいています。このリーフレットを使って、一般の方々に「ACPのような取組がある」ということを広報しております。またACPの愛称をつくるべしというようなお話もございましたので、愛称を公募しまして、「人生会議」という名前になりました。また11月30日を（いい看取り・看取られ）という語呂合わせから、「人生会議の日」

と決めまして、今年度は11月30日にこの「人生会議」の発表をしたわけでございますけれども、来年度からは11月30日の時期に、ACP「人生会議」の普及啓発に取り組んでいきたいと考えているところでございます。以上です。

【部会長】ありがとうございました。今の、まずは厚生労働省の方のご説明について、何かご質問があれば。大きい厚生労働省の医療計画の中の一部を、この救急隊が担っていてという、位置づけは、私などにも分かったかなと思いますが、何かありましたら。それでは、またあとで、何かありましたら、厚生労働省の方にご質問をいただいても結構ですが、本題であるところの、先ほどの資料2、この検討会の「とりまとめの方向性(案)」について、事務局からご説明いただいたので、これについて、まず質問を受けたいと思います。どうでしょうか。

【副部会長】まず、親会の報告を。

【部会長】そうですね。親会に出ておられた方もこの中におられますが、まず、〇〇副部会長、いいですか。

【副部会長】先週、親会でこの分科会の結果報告をしまりました。その時、これまでの検討結果を報告したのですが、85%の消防本部がこういう事例を経験している。いわゆる看取りの場面に、119番通報で救急隊が行くと。心肺蘇生は結構ですと言われるのを、多くの消防本部が経験している実状を報告しました。今、厚労省からお話があったように、社会全体が大きく変わってきていることを反映した結果です。この時期に、9割の消防本部からの回答が、法的には、救急隊は心肺蘇生をやめてはならないと信じているという結果でした。ということは、当然ながら、どういう状況であっても心肺蘇生をしながら搬送するという、それが本来の使命であると理解をされているということです。でも、社会はだんだん変わりつつある真ただ中であって、一定の条件と一定の確認をすれば、これは法的には問題とは無縁であり得るということが議論されたことを報告しました。分科会の委員でもある、〇〇委員から法的背景の追加の説明を頂きました。議論の中で、一つの懸念として、左は左あれど、あとで家族が出てきて、「心肺蘇生してもらえなかったのか」というようなことで、現場でもめることというのは搬送後に在り得るでしょう。「なぜ、心肺蘇生をしたんだ」とか、「心肺蘇生しなかったのか」など、いろいろな家族の方のご意見が出てくる可能性があります。病院に入ればより広範な対応も可能でしょう。しかし、プレホスピタルで、そういうことが起こった場合、どうするんだという議論になります。とりまとめの3ページの下のほうに書いてあったと思いますが、MCの「事後検証」の場での対応も考え得る。MCの事後検証のシステムを利用し、消防の関係者、地元の医師会、救急関係者、行政の人たちが加わって、もしプロトコルができていれば、それどおりにやっていたのかどうかという事実関係と、医学的と社会的な対応も含めてでしようが、検討することができます。そういう意味では、事後検証は、今後非常に大事になってくるのかなと思います。これは、地域の特性を踏まえて、過疎地は過疎地なりに、過密都市は過密都市なりに検討していくことになるのかと思います。それと、親会では議論は出なかったのですけれども、看取りとといいますか、がんの末期で自宅に

帰られて生活されていると。そういう人たち、家族も含めて、その方々が119番の敷居が高くなるのも、これはまた困ったものだと思います。意識障害があっても、これは低血糖のこともあり、その場合は糖を少し補給すれば元に戻る。敷居が高くするようなメッセージは当然避けるべきであるとは思いました。あと、現場で起こるトラブルに関して、MCで事後検証をしっかりと、それをサポートしていけるようなシステム、そういう意味でMCの強化が大事なかなというふうに感じました。

親会の説明等、もし参加された委員の先生がおられたら、追加していただければと思います。

【部会長】ほかの委員の先生方で、親会に参加された方というのは、私には分かりませんが、どなたかご発言がありましたら。お願いいたします。

【〇〇委員】親会の時も申しましたけれども、いわゆる病態を把握して、かかりつけ等の医師の指示の確認としては、現状だと対面と、相手がきちんと確認できるのなら電話というのがあると思いますが、それ以外にも文書で、特にACPが本当に進むのであれば、ACPの中でそういうことも、もしも心肺蘇生が必要な状態になったときにどうするか。救急車を呼ぶのかとか、心肺蘇生をしないのかというところを、ACPは当然関わるので、それは医師だけでのことでなくて、医療ケアチーム及びご本人、あるいは同居しているご家族も含めて、こういう意思統一がされましたよという形で書かれると、当然、その文書は一番、ある意味、有力なものになるかと思えます。それから、既にある地域で行われていて、その地域で、もしもそういう内容のことは共有されていて、それが消防隊のほうにも共有されているということで、その中で、今言ったようなことがしっかり確認できるのであれば、それはもう確認できたということになる。だから、どういう内容がその中で共有されているかというのが、恐らく一番重要なことだろうと思えます。当然、そういう判断そのものは、医師が単独で行うのではなくて、医療ケアチーム全員で、特にご本人、あるいはご家族を交えて繰り返し行うものがありますが、最終的に、もし救急隊員が確認する相手としては、この回答がかなり責任を伴うものになってしまうので、それは、やはり状況をよく知っている医師でないと困難ではないかと。それを、医師以外の多職種の方がするのは、現実的にはかなり無理だろうと。あるいは、オンラインMC医の方が直接そのことについて答えるのは難しいだろうと。ただ、こういう迷うような状況なのですけれど、という判断を求めるのはいいかと思えますが、直接的に、心肺蘇生をしなくていいのかという指示を出すのは難しいのではないかという考えです。

【部会長】ありがとうございました。ほかはいかがですか。よろしいですか。どうぞ、お願いいたします。

【事務局】遅れてきてすみません。消防庁審議官の〇〇でございます。私、11月1日に異動で担当になりました、前回、親会から初めて参加させていただいております。よろしくお願いいたします。

私も異動してきてから、いろいろ所管事項の説明を受けましたが、多分、これが一番難しいチャレンジングな課題かなというふうに認識しております。そういう難しい問題につきまして、一定の方向性を出すべく、皆様方には大変ご尽力いただいているということにつきまして、改めて感謝申し上げます。

たいと思います。現場のニーズが非常に強いということで、これに対して、何らかの回答を出そうということについては、私もその必要性は強く感じているところでございます。前回、親会に出させていただいて、私もいろいろ問題認識は持ったわけでございますけれども、東京消防庁の方とかがおっしゃっていたのは、消防の現場の方々にとしてみると、端的に言うと2点くらいあって、1つは、ここまですれば、現場から引き揚げていいよという、一定のプロトコルですね。こういう手続きを踏めば大丈夫だということを言ってほしいということと、立ち去っても法的に大丈夫、法的にも問題ないということを書いてほしいということがご意見として出されていまして、私も、消防の担当をされている方にとしてみると、そこに集約されていくのかなと感じているところでございます。

ここまでやれば引き揚げても大丈夫という意味では、後々かかりつけ医の方とか、消防隊員の方が、変なトラブルに巻き込まれてはいけないと考えております。トラブルになれば、みんなやらなくなってしまうということになります。一方で、あまり細かいことまで定めますと、これはまた負担になりますので、こういう手続きをしてやれば大丈夫だという、一定のところを考えていく必要があるのではないかと感じたところです。前回の親会でも、いろいろな意見が出ていました。かかりつけ医の範囲の問題についてのご意見もありましたし、今、お話がありました、かかりつけ医への、対面なのか、文書なのかとかという照会の仕方のご意見もありました。あるいは、あとで、現場で言った、言わないの問題があっては困ると。かかりつけ医はこう言っていたはずだとか、こう聞いていたのに、あとで違ふとかいうことになっては困ると。では、誰が記録を取るのかとかいうような話もございました。あるいは、かかりつけ医の方には、これが終末期で亡くなったということと合わせて、本人の意思もかかりつけ医の方に確認する形になってきますので、2つの要件を確認してもらおうと。そういう意味で、医療状態というのはカルテ等を書いてあると思うのですけれども、本人の意思というのはどういうふうに残していただくのかというような記録の問題とか、いろいろな問題提起がありまして、私どもも、そういう最低限のプロトコルみたいなものを、ぜひ皆様方にお知恵を借りながら、今後考えていけたらいいのかなというふうに感じた次第です。そういう意味で、資料3のところ、全ての論点を網羅しているわけではございませんけれども、この前出た問題について、ざっくりした意味で、まさにプロトコル的なところで問題になるのは、こういう論点があったかなという意味で、小見出しを付けさせていただいたのは、そういう趣旨でございます。それともう1つは、やはり、法的に問題ないと言ってほしいということがございまして、これはまた、このプロトコルの問題とは別に、消防法の解釈ですとか、そういう解釈をした場合に住民訴訟にならないとか、国賠の対象にならないとか。あるいは、刑法上の問題等も、既に一度、ご意見は出ているという話もお聞きしておりますけれども、私どものほうでも、そういうところはこの議論と併せて確認をさせていただいて、最低限、こういうことをすれば、皆さん、法には問われないよというようなところを模索していければと思っております。

今の段階ですと、まだいろいろご議論があるようですので、どういう手続きを踏んでいけば、これ

は大丈夫だろうというようなところを、委員の方々でご議論していただいて、それで私どもも方向性を確認していきたいと思えますし、私どもが、ぜひ、こういうところは明確にさせていただきたいところがあれば、また問い掛けをさせていただいて、ここはちょっとどうしたらいいのでしょうかということをご確認させていただければというふうに思っているところでございます。そういう意味で、この案件については、消防庁の幹部も、みんな非常に関心が高くて、じっくりやってくれよというところもありまして、そういう意味で、私もあとから入ってきて、いろいろ、もう既に決まったことを、改めて確認を求めているところもあるのかもしれませんが、私どもといたしましても、最後は現場が困らないようにしたいという思いでやっておりますので、重複になるところもあるかもしれませんが、またご意見等を聞かせいただきながら、進めさせていただければと思っております。途中でご意見申し上げまして、すみません。よろしくお願いいたします。

【部会長】 いえ、審議官から丁寧なご発言いただいて、感謝しております。今最後に、審議官がおっしゃったように、やはり現場が困っている状態があるということですね。もちろん、多くのケースの中の、まだごく一部ではあるのですけれども、調査結果などから明らかになってきたというのが、まずこの検討会のベースにあります。同時に、それがどうして出てきたかという、先ほど〇〇副部長がおっしゃってくださったように、社会が本当に変わってきているという。それに対して、どう対応するかということですが、基本的には個々人の生死の問題ですから、当然、個々人の方々の意思を尊重するというのが原則になって、それと、今までの救命隊のあり方というのをどう考えていくかということで、これまで議論していただいているわけです。今回は、プロトコルという話とか、ガイドラインということと同じような意味かと思ったのですけれども、そこまではいかない。ここのとりまとめ、ここの検討会でこういう現状を確認して、法的に大丈夫とはもちろん書いてないですが、微妙な言い方なのですが。ちょっとまた、私、しゃべりすぎているかもしれない。本当は2ページ目のところで、既に現状として、大阪市では、一応こういうような原則を立てている。ここで発表いただいたのですけれども。それと、広島と埼玉西部では、少し違った形の対応もしている。いずれも、関係者の議論等による現場の対応であり、尊重すべきであるという、今回の報告書としてはそういう形でまとめておくという案です。しかし、それでもいい影響を与えるのではないかと、ふうに、事務局も私も考えているのですが、ほかの委員の方からも同じように考えていただければ、うれしいけれども、そうかどうかはちょっと、という話ですね。その次に、広島とか埼玉西部のように、かかりつけ医に連絡した上で、心肺蘇生を行わないという対応を取られているということ、きちんと明記しています。そして、かかりつけ医等は、今おっしゃってくださった、傷病者本人の意思を適切に尊重した形であるという趣旨です。だから、単に終末期であるということをよく知っているということだけではなく、それがアドバンス・ケア・プランニング、「人生会議」と呼ぶかどうかはともかく、そういうものの積み重ねで、ご本人の思いも、かかりつけ医が一番よく知っているのだということであれば、この文章になる。こういうような形で、ややニュアンスを含んだものであるけれど

も、この資料2のとりまとめの方向で、今のところが一番中心問題なのだろうと思いますが、もちろん、ほかのところも重要なので、この資料2「とりまとめの方向性(案)」について、改めて、もう自由闊達に、ここは全然駄目だとかいうことでご発言いただいて結構です。今日、とりまとめるという話は、事務局も考えてないということらしいですから、本当に自由にご質疑をお願いしたいと思います。いかがでしょうか。先ほど、お名前が出ていた方もおられて、私は当てたりするのは好きではないのですが、〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】前回、前々回と欠席しまして申し訳ありませんでした。その時に、資料で意見を出させていただいた中の、先ほど問題が出ました件ですが、訪問看護師の存在というのは、結構、私たち在宅医療では非常に重要で大きな存在になっています。特にかかりつけ医、在宅医よりも先に現場に入るといようなことは度々あります。しかも、看護師のほうがじっくり家族と話をしている、状況を把握していることも多いと。そうすると、今回のとりまとめにも「家族、介護施設の職員等」と書いてありまして、ここに看護師も含むということだろうとは思いますが、結構、現場に行ったときに、もちろん看護師が全てを判断して指示を出すということにはできないにしても、すごく大きな理解をしている可能性が高いのと、かかりつけ医との連携もかなり密に取っている存在ですので、そこに看護師がいる場合には、看護師の意見も聞きながら進めると、非常にスムーズだというのが、現場の感覚であります。ここに書かれていなくて、在宅の現場をご存じない方だと、なぜ看護師さんがいるのという感じになったりとか、「いや、話は家族からきちんと聞くことになっていますので」というふうにしてしまうと、非常に情報源としてはもったいない存在になるので、どこかに「訪問看護師は、非常に重要な情報を持っている」ということを書いていただけるといいなと思ったということです。

過去に現場で、訪問看護師が全体の流れを救急隊に説明しようとしたのですけれども、あなたは誰だということで、「家族でも医者でもないなら引っ込んでろ」と言われてしまった経験がありましたので、これを入れていただいたらどうかということでご意見を書きました。

【部会長】この文章では、訪問看護師さんが一言も出てこないからということですね。〇〇委員、いかがですか。

【〇〇委員】最初にお送りいただいた案には、看護師、介護職という文言がなかったので、推定意思の確認というところには、やはり周りでケアしている人たちが、日常の中で本人の意思を把握しているのではないかとということで、こういったようなことが明文化されるといいのではないかとというふうに考えました。訪問看護なのか、介護施設等で働くナースも含むのかという意味では、看護師ということでよろしいのかなと考えております。前回、発言した内容に関連しまして、資料4の6つ目「〇本人の推定意思の確認方法に関して」というところで、発言内容のメモが少し意味が混在してしまっているかなと思う点がありましたので、クリアにしたいと思います。資料4には、本人の推定意思の確認の方法に関して、訪問看護師の対応の可能性は、かかりつけ医等と同等に並ぶものではないのではないかと書かれていますが、前回の資料では「医学的な判断をする」ということのあとに「かか

りつけ医の役割」という記述があったので、そこに並ぶものではないと思うという発言をさせてもらいました。ただ、「本人の推定意思の確認」ということにおいては、当然含まれるべきだと考えています。同じ資料4の1ページ目、一番下の○は、恐らく前回○○委員からご発言があった点と思いますが、「要件が2つあり、患者本人の推定的意思を探索するという意味では、医師でなくても、十分に身近で、死について対話を重ねている者であれば問題ないのではないか。問題は、死期が切迫しており、回復可能性がないということ、どう迅速、確実に認定するかということ」ということで、この後半の部分にあたることには、私は訪問看護師が一律に並ぶものではないというような発言の趣旨でした。補足させていただきます。

【部会長】 そういう趣旨であれば、資料4のところを少し訂正していただいたほうがいいかもしれません。

【事務局】 承知いたしました。失礼いたしました。

【部会長】 ほかに、本当にご自由に。この資料2「とりまとめの方向性（案）」を中心にして、ご意見を伺いたいということでありまして、私が事前に伺っている話では、今日の段階で事務局としては、これで全員一致みたいなことではなくて、この前と同じように、あるいはもっと自由闊達にいろんな意見が出て、しかし、今後それを、何らかの形でとりまとめということで伺っておりますので、どうぞ、本当にご自由に。○○委員、お願いします。

【○○委員】 各地域でこういうふうに行われていますというのを書くことは非常にいいのですが、では、これを読んだ現場の人が、その中のどれを選んでいいか困ることになってしまうと思います。広島方式がいいのか、大阪方式がいいのか、どの方式がいいのかは、ここからは多分判断できないということになります。そうであれば、かかりつけ医等と連絡、あるいはそれがきちんと確認できればそれに従う。連絡が取れない、あるいは確認ができない。あるいは、むしろ、かかりつけ医等が判断できないことのほうが多いかと思えますけれども、その場合は確認できないということで、心肺蘇生の停止はしないというのがいいとか、そういうふうにしてあげないと、結局どれを選んでいいのか困ってしまうということになるのではないかと思います。

【部会長】 どうぞ。

【○○委員】 政令指定都市なのでいろいろな地域がありますから、私の所の考え方が全てということではないのだろうと思うのですが、大阪と広島は蘇生をするかしないかで、極端な話、違いますよ。広島の活動はどうなのですかということで、マスコミ等々からもいろいろ問い合わせの電話も入ってきたりします。それぞれの地域がそれぞれの判断に基づいて、いろいろな関係者と話をしたうえで取り決めて対応しているというのが現状ですので、事務局サイドからすると、どれがいい、これがいいということではなく、最終的には、いろいろ議論の中でやっておられるそれぞれの地域の取組を重要視しようという書き方で収めているのだろうというふうには思います。では、我々のほうを先進的ということで表現するのかなのかというのはありますけれども、広島市消防局がこの文面を見た

ときに、マスコミサイドでいう法律上蘇生しないと、極端な話、「人を殺した、殺人罪になるのではないですか」という書きぶりではないので、これはこれで肯定されるというふうには思っています。それで今、先ほどから議論がありますように、現場で問題という意味の問題は、確かに問題ではあるのですが、広島市消防局でこれを取り込んでいるのは、救急現場が非常に悩んでいると。悩んでいるというのはなぜかという、やはり、それなりの意志を持って消防機関に入って活動していますので、人を助けたいという一方で、患者さんや家族が望んでいないことを、救急現場で、「助けろ、助けろ」ということで、いろいろな器具を口から入れて気道確保したりとか、そういうことが本当にいいのかという、現場の悩みは当然ながらあるわけです。そういう話を聞く中で、いろいろな関係者と話をし、では、細かいところは決められないけれども、15年前から始めている当局としても、やはり、その当時はいろいろなことを知っている、家族とも顔の見える関係にある主治医さんをキーワードとして、そこを相談として、中止をなささいということであれば、中止ができるということで、今、現状きています。その中で、では、訴訟されたりとか、精神的に私は蘇生してほしかったというようなことは、幸いにして発生はしていないのですけれども、それは、我々のほうとすると、地域は地域でそうやって考えてきていますので、逆に、〇〇委員の大阪のほうも、「蘇生はやめて、やめて」と言われて蘇生をしたときに、蘇生を中止してほしかったのにと議論は、当然、中であるのだろうと思いますが、そこはそれぞれの地域で、そういうふうには訴えられれば、我々の考え方なりをきちんと説明するしかないのだろうと。広島のやり方で、全部通るか、通らないかは別にして、やはり現場で、いろいろな状況の中で、時間的に制約される中で活動していますから、やはり、傷病者本人、その取り巻く家族を助けよう、何とかしようという現場の隊員が、最終的に一番いい活動をしたというところで言えば、現状、この事務局の書き方が、それぞれの取組で言えば、書きようがないのかなというふうには思って読んでおります。

【部会長】ほかの方、いかがですか。〇〇委員、お願いします。

【〇〇委員】おっしゃるとおり、書きようがないというのは事実だと思います。私どもは、今、基本的には心肺蘇生を行うということが、いいとか、悪いとか、そういう話ではないような気がします。

ただ、一番最初にあるように、望んでいないという人に対してどうしていくのかというのは、ずっと社会的問題として捉えて、やはり、ある時期には何らかのルール決めや、審議官もおっしゃっていましたが、いわゆる法律とか何かが出てくるのでしょうかとは思っています。その中で、広島さんが先駆的に、先生の中でもかかりつけ医というところをよりどころとして、していらっしゃるというのも理解はできます。一方、例えば、臨救の中で、そのかかりつけ医だけでなしに、先ほどの事務局の説明ではオンラインMC医という書き方もされていたのですけれども、ちょっとお話を聞きたいといったときがあると思うのです。そういう中で、今回、「かかりつけ医等」という書き方になって、オンラインMC医の明記が完全になくなっていると思うのです。

【事務局】3ページの上のところの表現だけになってしまっていると。

【〇〇委員】そうです。何を言っているのか、分からないようなことになってきたのですけれども、とは言え、先ほどの親会の意見の中で、「かかりつけ医の範囲」の2つ目の〇ですけれども、「医療リソースの少ない地域での先端事例を無くすことになる」とか、こういうところの問題というのも、確かにあると思うのです。医師会の先生にご質問という形で申し訳ないのですけれども、こういうオンラインのMCという形の人は、先ほどおっしゃいましたように、助言とか指示はできたとしても判断はできないというような言い方をされたと思うのですけれども、この辺のことを、もう少し、どうかなと思っているのですけれども、ここで「かかりつけ医」だけという形なので。

【〇〇委員】かかりつけ医であっても、こういうような最終段階に関わるような話し合いというようなものをチームで行ってなければ、多分、かかりつけ医であっても判断できないと。あるいは、しなくていいというのは、実際、とても言えないと思っております。いわんやということ、一度もその患者さんと関わったことがない方が、果たして現実的に指示が出せるのでしょうか。あるいは、出した場合の責任が、あまりにも重すぎるのではないのでしょうか。それはあまりに、酷な話ではないでしょうかということです。先ほど申しましたが、当然、さまざまなアドバイスとか、例えば、ある程度こうなっているけれども、これ実際はどうなのでしょうという相談に乗るという意味で、非常に重要な役割は続くと思っております。

【部会長】これは、テーマを上げていただいたのであれなのですが、このとりまとめも、もちろん、一方で「人生会議」とか、地域医療で在宅医療というようなところの重要性の中でという話が1つです。もちろん、現場での問題が一番重要なのですけれども、厚生労働省のガイドラインの改定が契機にもなっている。しかし、もう1つ、救急医学会のガイドラインも大きな影響を及ぼしていることは事実なので、〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】〇〇委員のご発言に関連してですけれども、私がここで発表させていただいた臨床救急医学会の提言では、確かにオンラインMC医というのを入れています。このオンラインMC医の役割は、単純に「やめてください」というだけではなく、かかりつけの先生に連絡がつかない状態なのでよく分からないから、これを続行してくださいという指示も出せるわけです。家族が「やめてください」と言いながら、かかりつけ医に連絡を取っても、かかりつけ医がいざという時に連絡がつかない。そういったときに、かかりつけの先生と連絡がつかないので、このまま続行しますと言ったときに、家族がそのまま納得できるかという、納得できない場面があるはずなのです。「なぜ、こんなに言っているのにやめてくれないのですか」といったときに、現場の救急隊員が、では、私では判断つかないところがあるから、オンラインMC医に相談してみましようと言って、オンラインMC医に相談したら、オンラインMC医の先生が、確かにそういう状況ならやらざるを得ないね。あるいは、こういう状況ならやめてもいいねといった場合もあるかもしれませんが、こういった場合はやらなければいけないよといえ、それを聞いた家族は、救急隊員1人から言われるよりも、複数で、医師から言われたというほうが、納得感が強まるだろうといった意味では役割が果たせる。それは、現場の救急隊

員の助けにもなるのではないかとといった点からも入っています。

ですから、単純に指示ができないから役割を果たせないというものではないのではないかと。やめるという指示が出せないから、役割を果たせないのではないかと、そういう話ではないのではないかと議論でございました。私も今、そう思っています。

【〇〇委員】先ほどから言っているのは、心肺蘇生をしないでいいという指示が果たして出せるかというところを、ずっと問題にしています。判断できない、だから続けてくださいというのは、また全く別の話です。心肺蘇生しないでいいという指示を出す、あるいはそれだけの責任を果たして負わせてしまっているのでしょうかというお話です。

【部会長】今の続きであつたら、〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】もう1点は、確かに、基本的にはオンラインMCの先生がかかりつけ医の先生と同等の役割を果たせるというのは、同じレベルで果たせるかというのと果たせないというのはそのとおりですが、親会のところでもご指摘があつたとおり、かかりつけ医の先生と連携を図りながら、あるいは地域に、多くの患者さんを知っているというオンラインMCの先生がいれば、そういった特別な状況では「やめてくれ」といった指示を出せるような状況もあるのではないかと思います。

【〇〇委員】今、言ってくださったこととほとんど重なるのですが、私も親会に出ていましたので、どういう趣旨かということで少し補足させていただきます。資料3の「かかりつけ医の範囲」の2番目の「オンラインMC医」、それと、資料2「とりまとめの方向性（案）」の3ページの、先ほどの広島市や埼玉西部消防局の事例の部分に関連するのですが、要するに具体的に今からこれから始まっていく話なので、これからの各消防の取組を後押しするような形で、何か具体例みたいなものを出したほうが良いのではないかと意見が親会で出ました。そういうのがないと、どうやって取り組んでいいかわからないところがたくさんあるので、とりまとめ案に入れるかどうかは別にしても、まとまった段階では、何かそういう情報提供みたいなものがないとどうしようもできないですねというようなことが、委員の方からご発言があつたので、多分、こういうような話になっているのだと思います。オンラインMC医についても、地域によっては非常に人間関係が密な場所もあつて、こういうオンラインMC医みたいなものが関わっていくような話が起これるので、今の段階でそういう可能性をつぶしてしまうのはよくないのではないかと。しかも、事後検証などもやられるという話になると、そこで新たな動きが出てくる可能性もあり得るのに、とりまとめ案のところ、オンラインMC医は最初から除外ですみたいな形にしないほうが良いのではないですかとみたいな趣旨で、多分、この資料3の2つ目の○にはきっと書かれていると思います。一番最初に、〇〇委員から、この2つの例が出ていても、どちらを取ったらいかがかわからないというご発言がありましたが、むしろ、特定の案を押し付ける話ではなくて、各消防地域で考えてくださいという話なので、そこはあまり誤解はしないのではないかとというのが、私の個人的な感想です。すみません、長くなりました。

【〇〇委員】一番最初に申しましたけれども、医療ケアチーム、あるいは本人、家族と一緒に話し合

った結果が確認できればいいわけです。その確認の方法として、現実的などころは、そういうことをよく知っているかかりつけ医から、対面なり電話なりで聞くのが一番確実でしょうが、例えば、先ほど言ったように、それを文書できちんと残してあれば、当然、その文書でもいいし、今後はICTのセキュリティがしっかり保たれれば、セキュリティでもいいし、一番最初にお話ししましたが、それが例えば地域の中で共有できるような状況になっていれば、そこで確認できるわけですから、それも当然いいと。だから、どういう考えがそこで確認できるかということが重要であると。その確認の方法として、現状だと、対面と電話が恐らく一番確実でしょうが、それ以外にしっかりしたそういうものがあれば、当然それもいいということだと思います。

【事務局】事務局からすみません。一つお聞きしたいのですけれども、オンラインMC医で判断することも、一定の特殊な条件下では可能な場合もあるのではないかということのようにも聞こえるのですけれども、かかりつけ医に判断していただくのは、死が差し迫っていて、原疾患によって、今亡くなっているという医学的な見地を判断していただくということと、本人がもう蘇生しなくてもいいという、患者本人の推定的意思の確認の、2つの要件を確認していただくということだと思います。今のオンラインMC医の話は、両方をオンラインMC医で判断できるということなのか、それとも、意思の問題はオンラインMC医で判断できるけれども、医学的な終末期、原疾患の進行の結果、亡くなったということは判断できないのか、できるのか。両方できるのか、両方できないのかというのは、少し、お聞きしていてどちらに力点があるのかが、あとで整理するのに分かりにくいところがあったのですが、どちらなのでしょう。

【〇〇委員】先ほど申しましたように、そのことを、ご本人の意思も含めて、あるいは医学的、医療的なことも含めて、本来は医療ケアチームの中で、例えば在宅医療等行っていれば、その中できちんと話し合われているはずなのです。それを、主治医、かかりつけ医が代表として、あるいは責任を取る立場で一番回答しやすいだろうけれども、もしも、そういう内容を、その地域においてオンラインMC医の方も共有しているというようなしっかりした体制になっているとか、地域で共有されて、それが消防隊にも伝わるというようなものがしっかりできていて、そこで、今言ったようなことが確認できるという状況であれば、当然、それもあり得るだろうということです。実は今、そういう状況がしっかりできている所は極めて少ないけれども、今後、それを目指していかないと、現場はなかなか解決できないだろうと思います。

【副部会長】今、言われたことですが、例えば訪問看護師の人がおられると。ご本人の意思は、こうですと。また、病院にも、入退院を繰り返されてこうですという情報を、確認することが可能です。医学的には死が迫っている状況だということは、今言われたチームのメンバー、もしくは訪問看護師の方からそういう情報を得ることで確認は可能になるでしょう。医師に関しても、家族からこういう情報を得ていますと救急隊の情報は、確認可能になるのかなと思います。ただし、MCシステムを積極的に活用して、そういう判断を進んで行うべきという意見は、臨床救急医学会でもなされてい

まいと思います。まずかかりつけ医に連絡してください、それが一番なのだと。だけど、救急隊員が困って、医者には何とか判断を仰ぎたいが連絡がつかないときに手段としてあり得るということです。確実かつ迅速にかかりつけ医に連絡できる体制が、全国津々浦々で確保できれば、「そんなこと、MCに聞くの？」という時代に早くなるべきだと思います。それまでの時期に、現場が困らないようにするためには、MC医師もコミットすることもあり得るという書きぶりになるのかなと思います。その場合、法的妥当性を担保するために、プロトコルというような形での書面化は難しいと思います。医学的裏付けが中心となる挿管やブドウ糖投与のプロトコルとは違います。これは人の生き死にという意味や価値に関係しているし、要するにブドウ糖が必要/不要という医学的な判断にのみ準拠していないので、そういう形での、みんなが理解し納得できるような普遍性のあるプロトコルの雛形を作ってくれというのは難しいと思います。ただ、広島と埼玉の事例紹介を頂いたときに、私も救急をやってきた人間として、そこまで丁寧にやっているのかと。これはかなり蓄積したノウハウの裏付けがあると思うのですが、臨床救急のガイドラインに従って、かかりつけ医に連絡すると。もし、どうしても連絡がつかないときはどうする、どうするという、いろいろな取り決めをきちんと作って対応されているというのは、まさに地域のMCというか、地域で考えてやっていくやり方の例ではないかなと思います。だから、特定地域のやり方のどこがいい、どこが悪いということは言えないことは、この会議の中で確信を得たと思っています。

【部会長】ありがとうございます。ほかの委員の方、どうでしょうか。〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】私ばかりで申し訳ないのですが、先ほどの話の中で看護師さんのお話でしたが、在宅医療においても看護師さんは、ある意味、本当に主役で極めて重要な方ですし、家族の状況とか、ご本人の心情なども一番良く把握されている方ではないかと思っています。実際、何かあったら訪問看護ステーションにファーストコールが入るようになっていく所も非常に多いと思います。ただし、心肺蘇生をしないでいいという指示が、果たして看護師さんが出せる、あるいはそういうことを出させてしまうのは、あまりにも責任を負わせすぎではないかと。先ほどから「責任」というお話をさせていただきますが、それはやはり、状況をよく把握しているという条件を持った医師ではないかと、そこまでの責任を負わせるのは、ちょっと無理ではないかと。あるいは、かわいそうではないかと思っています。

【副部会長】私は、看護師さんに判断をしてもらえということを行ったのではなくて、死が迫っているという医学的状況に関して、どこどこでどういう治療を受けてという医学的状況は、パニック状態にある家族よりも、情報を持つ看護師なら的確に医師に伝えることができる。さらに日頃から関わっている看護師さんなら家族みんなで繰り返し話していますよという情報も得ることができるということです。要領よく医学的情報を得るだけでなく、本人の意思も間違いがないという情報を得ることも期待し得るということです。看護師さんに、判断させようという発言はしていませんのでそこは宜しくご理解下さい。

【〇〇委員】 そうすると、今のは、例えば、オンラインMC医の方にその情報を伝えて、判断していただくというような考え方でしょうか。

【副部会長】 現時点では、そういうこともあり得るということです。臨床救急も、積極的にそういう判断をなさいますとか、コミットなさいますとは考えていないし、そのような言い方も全くしていません。でも、現時点では判断できる医師に連絡が取れないという状況が多くあるという課題があるのは事実でしょう。これができないから心肺蘇生をして運ぶとしたら、それは誰のためなのかということです。誰のために、みんな動いているのかということです。そして、現場の救急隊員は、家族がやめてくれという状況の中で、この例は問題があるから心肺蘇生をして連れて行きますというのは、それで良いのでしょうかという議論の発端です。MC医師を積極的に、そこにコミットさせ、判断しようと言っているわけではありません。近い将来、そういう電話をMCにしなくても済むようにしていただく必要があるということです。すぐかかりつけ医に連絡がつくように体制を組み、「人生会議」でしっかり話しあって頂き、患者さん本人の意思を周りの人たちが供するのが良い、と言うのは皆さん変わらないと思います。

【〇〇委員】 例えば、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に書いてあることは、例えば「人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである」とか、ご本人にきちんと情報を伝えて、繰り返し話し合いが行われることが重要であるということが書いてありまして、やはり心肺蘇生をしないというのも、それくらい慎重に、きちんと検討した内容で行わないと、私はいけないのではないかと考えています。その中に、地域において、オンラインMC医の方が関わっているという状況であればいいのですけれども、そうでなくて、全く知らなくて、例えば看護師等からの聞き取った状況で、そういうことをするというのは、ちょっと無理ではないかと考えています。

【〇〇委員】 在宅医療の現場感という感覚で言わせていただくと、しっかり、何度も何度も話し合いをしていくのが在宅医療の現場だと思っていて、看護師さんがそれをつかんでいることは大いにあります。その結果、本来は呼ばないでおこうと決めていた救急車を、家族がパニックになって思わず呼んでしまったときに、そこに看護師が到着していて、十分に話し合っている。病状もがんの終末期で、こういうこと、こういうことだということは、看護師からはっきり分かる。ただ、かかりつけ医と、いつもなら何回かかければ、折り返しがあるのにつながらないというときに、オンラインMCのドクターにつながって、看護師が末期がんでこういう状況で、もう2～3日だとドクターから説明が何度もありましたと。家族も、搬送は望んでいない話を何度も確認してきたを、私も聞いているし、私たちの記録にも残っています。そういう状況ですが、たまたま今、かかりつけ医に電話がつながらないという状況で、救急隊が蘇生をするかどうかで悩んでいるのですけれどもという情報が、きちんとそろってくれば、それは多分、私がオンラインMC医だとしても、それは間違いなくやめていいのではな

いかというふうに言えるというのは、十分起こり得るし、それで何か、その後問題とか、それを説明した看護師が責任を感じてしまうとかいうことは、むしろ、それをはっきり言う責任を果たしたという事のほうが重要だと、現場感としてはあります。

【〇〇委員】初めのころに話しましたけれども、このガイドラインでは、そういう話し合いのことをきちんと文書に残しましょうとっていますので、それを看護師さんが文書で持っているということであれば、これは当然、非常に重要な価値があるというもので、それに従ってやらないと。その中で、かかりつけ医も含めたチーム全体、あるいはご本人のところも確認できるような文書であれば、これはもう非常に、ある意味、一番有力なものになるかと思っておりますので、ぜひ、そういう文書を作ると、残すと。それを、各チームの方々が持っているし、一番いいのは患者さんの所に置くということを進めるのが、一番現実的でいいのではないかと思います。

【部会長】ほかの方にも。〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】3点申し上げます。まず、2ページの*の「判例や学説によれば」という表現に関連して、1点だけ付言いたしますが、従来の判例・学説といっても、これは救急の現場を想定した議論ではなく、既に入院先の病院などで、継続的な治療行為が行われている段階において、その家族や医師との話し合いによって治療中止が正当化できるかという問題でございますので、あくまでも十分な情報を得た上で、かつ、家族と医師の十分な会話や確認を経た上での治療中止が想定されているわけですので、これを直ちに救急医療の現場の問題に、単純に置き換えられるかについては、やや慎重に検討すべき問題があるように感じています。

つまり、十分な情報がない、かつ、十分な確認や議論を尽くす時間がない緊迫した場面において、どう対応すべきかということが、この部会の固有の論点になるように思います。

その関係で、もう1点申し上げますけれども、今、お話を伺っております、基本的には、救急隊員の方はご自分だけでは心肺蘇生の中止を判断できないわけですので、家族、かかりつけ医の方、オンラインMC医、看護師などの方から情報を得た上で、一定の判断をすることになります。これらの情報はもちろん、正しいことが多いと思いますが、場合によっては、誤っている可能性が否定できないわけです。極端に言えば、本当はかかりつけ医ではない方が電話されてきても、それが見破れない場合もあり得ないわけではありません。つまり、何らかの誤りの可能性が排除できないところが悩ましいところなのですが、先ほど審議官からご指摘がございましたように、これは現場の方に法的責任を負わせないことを重視しつつ、議論すべきだろうと考えます。法的に申しますと、過失がないとして免責するためには、どこまでの確認措置を講じ、注意義務を尽くす必要があるかという問題だと思うのです。そういう観点から、いかなる範囲で確認や情報照会等を行えば、かりに誤りがあったとしても、現場の方を免責することができるかということが、法的には重要な課題であるように思います。これに関連して、もう1点申し上げますけれども、これも先ほど審議官からご指摘がございましたけれども、恐らく現場の方が混乱せずに対応するためには、一定のプロトコルなりフローチャ

一トに従って判断することが望ましい気がするのですが、そうすると、もちろん、これは現場の方のご意向にもよるとは思うのですが、複雑な判断は難しい気がするのです。つまり、例えば、この方とこの方の関係はどうなのか、この発言や記録は信用できるのかとか、実質的な細かいことを検討することを要求するのではなくて、ある程度形式的、形式的という用語がありますけれども、例えばかかりつけ医の方の意見を聞けばそれに従っても構わないというかたちで、シンプルにしないとなかなか難しいのかなという気がいたしました。

【部会長】ほか、いかがですか。

【〇〇委員】こちらのお話をすると、非常に迷走するかもしれないのですが、今、我々の所は、心肺停止ということトリガーとして、蘇生をするか、しないかということ、かかりつけ医に連絡すると。かかりつけ医に連絡する際には、悪性腫瘍等の背景があってという前提がまずつきます。

今、救急臨床医学会が提言を出したときに、では現行、我々広島市消防局のプロトコルをどういうふうにするかと。ある程度、フローチャートぎみにするかという話の議論を、そのMC医師の先生も含めて、現場の症例等々も含めて、見直すべきかどうかの議論はさせていただきました。

ただ、やはり、人生の最後のところの状況というのは、本当に千差万別でいろいろな状況があります。確認作業の話も、疑い出すと切りがないという状況は当然ながらあります。ですけれども、年間数千件出て、何年も経験すれば、数万件出ている救急隊員がそういう最終的な現場に行くという話になると、「おや、そこはちょっとおかしいな」という、直観的な判断的なものは当然ながらあります。

それはそれとして、いろいろな状況の中で、通常、先ほど言いました一般的な流れですね。とにかく、この人はがんの末期で、三次病院から家で治療するようになりましたという状況の中で、蘇生はしなくていいということだったのだけど、慌てて電話してしまいましたと。では、そういう場面を、また元の穏やかな終末期、最期を看取るところに戻してあげたいというのは、やはり救急隊員も思うわけです。その流れをやるときに、今、我々の所で言えば、やはり細かなフローチャートは困難であろうと。キーパーソンは、やはり、先ほど先生が言われるように「かかりつけ医等」というところの中で、かかりつけ医と同等と見る関係の先生という状況もあります。

先ほどのMCのところも、連絡が取れない場面で困ったときに、〇〇委員が言われたように、関係者と救急隊の2者だけで話をするとまとまらないという状況もあるので、やはり、そのときにはMCに関わっていただいてということで、※書きのところで書いてあるのだらうと思います。

そのフローチャートを書くという話になると、結構、ここの部分は消防本部側でいろいろな要素があるので、かなり大きな枠で書かないと、細かいところは書きにくいだらうと思います。

少し迷走するかも分かりませんが。

【部会長】座長としては、この「とりまとめの方向性(案)」の文章で、ここはこういうふうにしてもらったほうがいいとか、そういう形での発言もお願いしたいと思うのです。今日、まとめなくてもいいとは申しあげましたけれども、やはり何とかまとめたいとは思っているのです。

おっしゃってくださるかもしれないのですけれども、親会で、介護のところの問題が出てこないというのはどうだろうというので、この文章にも出ていません。その点も含めてご発言を。

【〇〇委員】まだ、詳細な回答はできないと思いますが、今、まとめのほうで、文言の問題が少しあります。例えば1ページの「2 現状の確認」の「典型的には」のところ、「介護施設の職員、医師等に示しているところであるが」とあるのですけれども、この介護施設の職員といった場合には、確かに訪問介護は入るのかどうかとか、介護保険法上は介護施設というと、一般的に建物を連想するので、確かに訪問介護ステーションという建物はあるけれども、一般には、消防の方にとってみれば、施設的なイメージになってしまう。そこで「人生会議」のガイドラインにおいては、「介護従事者」という言葉を使っています。介護従事者という言葉を使うと、施設の職員も在宅関係の訪問介護、ヘルパーさん等も含まれますので、言葉的にはそのほうが広く解釈して、消防職員は分かりやすいと思います。付け加えますと、介護施設と言っても、例えば特養とか軽費とか小規模多機能施設、グループホームなどいろいろあります。ある程度消防職員の方にどういう高齢者が入っていて、どういう基準で運営しているか知っていないと一律に対応して、全て看取りをやっているのだろうと思うと、やっていないというようなこともあると思います。それに関して言いますと、2ページの「4 現場での対応等」の(1)に「高齢者施設の嘱託医等」という言葉を使っているのですけれども、ここは同一であれば、どちらかの言葉に統一すべきだし、あえて「嘱託医」という言葉であれば、「高齢施設の嘱託医」でもいいと思います。そういう文言の問題がありました。この「人生会議」はすごく参考にはなりますが、例えば特養の施設は、看取りという加算要件を満たせば加算が取れるということで、きちんと指針を示しなさいとか、常勤の看護師を置きなさいとか、そういう基準がきちんとあって、基準に基づいて行っていますので、看取りをやっている場合には、嘱託医が関わっていますので、救急車を呼ぶということは普通あり得ないです。穏やかに亡くなるという状況であれば、もう息をしていないから救急車を呼んで蘇生してもらおうとか、そういう考えは起きないわけです。ですから、看取り体制に入っている施設においては、救急車を呼ぶ、呼ばないという判断はできるはずですが、したがって、高齢施設においては、看取りは増えておりますけれども、まだまだ少ないので、看取りをしていない施設は救急車を呼んでしまうというような気がします。そして、高槻市の老人保健施設の場合、この老人保健施設と特別養護老人ホームは全く別でありまして、老人保健施設は、いわゆる中間施設で、リハビリ施設と言ったほうが分かりやすいと思います。老人保健施設は常勤のお医者さんがおりますので、亡くなったあとに、救急隊が死亡確認ができるという認識を持っているということが信じられないのです。常勤の医師が配置されていないので普通は老人保健施設の常勤医師が死亡確認をすべきだと思います。このデータは少し分からない面があります。ただ、老人保健施設等の「等」のところ、特養とかいろいろな施設を指す場合には、いわゆる救急隊が死亡確認できるのではないかというふうに思い込んでいるという、データの取り方の可能性はあるとは思いましたが、そういうようなところが気が付いた点であります。特養の看取りについては、急に振られましたので、またあとで、

きちんと皆さんに、簡潔に説明できるようにしたいと思っております。

【部会長】 よろしくお願ひいたします。ほかにはいかがですか。〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】 3ページの(3)「事後検証等について」で、「MC協議会において事後検証」ということですが、ここにかかりつけ医や在宅医療関係者であるとか、そういうところも事後検証の中に入れる可能性が、文章としてもあるといいなと思ひました。

【部会長】 それは地域に…。

【〇〇委員】 そうなのですが、文章として、地域エリアでやりましょうという形にここだけだと見えるので、在宅医療の関係者も関わった場合は、席に入ったほうがいいというところはうまく表現してあるといいなと思ひました。書き方の問題です。

【部会長】 書き方の問題で言うと、今日、割に時間を取って議論されていたオンラインMC医というのは、3ページ目で言うと、上の3行にこういう形でまとめてあるのです。極めてニュアンスをもった、考えられた表現ですが、こういうような形でいいかどうかということです。例えば、今日の議論の中で、これより一歩先んじたところで議論がなされているので、これでは全然駄目なのですよというのか、今回のとりまとめはこの感じで。しかし、今後のあり方として、オンラインMC医の役割をどうするかというのは、なかなか難しいというのか、今日の議論にしてもまとめることもできないので、例えば、こういう表現で今回はいいでしょうかということを、結局、私としては聞きたいということです。〇〇委員、お願ひします。

【〇〇委員】 今のお話ですが、やはりこの報告がどこまでを狙うとりまとめなのかということに関わってくると思うのです。救命をやってほしくないという家族の前でも、救命をしなければいけないというようなことを消防士さんがやるのは大変苦しい。そういうことからすれば、そういう状況を、もう少し肩を押してあげて、「大丈夫、やっていいですよ」ということを押し出すというようなことを基本的な目的として見るのか、それとももう少し突っ込んで、〇〇委員や〇〇委員がおっしゃったように、医師の責任の問題とか、救急隊員の方の免責の条件とか、そういうことをクリアにするというところまで踏み込むのか。このとりまとめの最終的な狙いをどこに定めるかによって書きぶりが変わってくるような気がします。

【部会長】 〇〇委員、お願ひします。

【〇〇委員】 実は、私も今、同じことを質問させていただこうと思ひていたのですが、このとりまとめの方向性と、最終的なこの検討部会のエンドプロダクトの関係はどうなるのかなということをお願ひして、エンドプロダクトがどういうものなのかということをお願ひにいただければ、今後、私たちは何を指して議論していくべきなのかが明確になると思ひます。すでにこれまでの会議で、広島や埼玉西部での対応の仕方と大阪での対応の仕方には違いがあることをお報告頂いたり、現場の救急隊員が抱える困難感について調査を行って明らかにしていただきました。そこでこれからは、どこを指して何をやるのか、どこに収束していこうとしているのかについて合意したうえで、議論

を進めさせていただければと思います。すでに基本的なスタンスとして明らかになったこともあると思います。例えば、3ページの真ん中ごろに書いていただいた「看取り搬送」というのは救急業務ではないということや、超高齢社会における穏やかな人生の最終段階の実現に貢献することとか。そういう基本スタンスを幾つか出し、そして、現場の救急隊員の仕事に具体的に役立つものにしていただければと思います。

【部会長】この場でいうと、〇〇委員と〇〇委員が、全ての消防隊員、救急隊員を代表するものではないでしょうけれども、それでもやはり現場を知っておられて、お二人だけというわけにはいかないかもしれないけれども、救急医学会の先生方もいらっしゃって、こういう文章でも現場は役に立つんですよとってくださるようなものを出したい。2つ目に、私も一応法律家なので、でも前回、〇〇委員がおっしゃったように、法的な位置づけをこの場でやることは、本当はそもそもできない。私は、厚生労働省の終末期医療に関するガイドラインに初めから関与していましたので、あの時にこんな曖昧な言い方で、医者は免責されるとも書いていないし、こんなので全然駄目じゃないかというふうに、つまり、こちらから石を投げられたわけです。それから、みんなで話し合いながらやっていく、それしか方法はない、プロセスを踏むほか今のところはないんですよと言ったら、こちらのALSの患者の団体の会からは、プロセス踏めばすぐ殺していいのかという形になりかねないのでというので、こちらからも批判を受けて、しかし、本当に、そういう難しい問題に自分も関わってしまったんだなということを、改めて思いました。しかし、これは私の勝手な意見ですけれども、一応、その後、大きな事件が出ていないですよ。とにかく、あの一番初めのガイドラインで決めたことは、お医者さんが1人だけで責任を負って、1人だけで判断する。本当に立派な人がやっても、周りで怪しいと思う人も出てくるからというので、いろいろな事件が実際に起きていたわけですから、1人の医者だけでというのは、それはやはりやめましょうよ。法律家とかは、すぐ2人の医師によって判断するか何とかいうことを決めたいのですけれども、「医療ケアチーム」という非常にぼやっとした話をしていったら、多職種ということで、今度のガイドラインの改定では介護職も入れてという形で広がりを持たせてきて、現場はそれで動いてきている。そういう経験に基づくと、ここで誰が責任を負うのか、責任を負わなくていいのかということを書いても、法務省でもないし刑法を改正しているわけでもないから、はっきり言うと、本当は意味がないのです。しかも、これはまだその程度のガイドラインまでいっていない。それでも、調査した結果、こういうやり方、こういうやり方もありますと現場のあり方を情報提供して、簡単に大阪を取るか広島を取るかとなんていう問題ではどうもないようですとってあげるだけでも、多分、あえて言えば、この前のガイドラインの経験によれば、法的な責任がずっと遠のく。法的な議論というのも、始めるとものすごく大変です。それこそ、要件を一つ一つ厳しくやらないといけないということになるから、やはりそれは時期尚早なのか、かえってそういうやり方のほうが、もしかしたらうまくいかない。一人一人の死と生に関わる問題ですから。いやいや、これはちょっと完全に言い過ぎたので、もうちょっと、時間がだんだん迫ってきたので、あと

…。

【事務局】 すみません、事務局からですけれども、そこは、私が先ほどご挨拶させていただいたところとも絡むわけですけれども、私も今回初めてお聞きして、まさにこのアウトプットをどう位置づける形でご意見をまとめていただくのか。一方で、全国の消防本部はこれを見て右へ倣えする可能性が十分あるわけですし、これを錦の御旗でやる可能性が当然考えられると。そういうものでないのであれば、そういうものでないというようなニュアンスにしないといけないと思います。このまま出れば、消防庁の検討会が一定の方向性を出しているのではないかということになる可能性もあるということで、私は、最初、かなり慎重なご意見を申し上げさせていただいたところです。この前の親会の時でも、救急隊が現場で記録を取るのか取らないのか、それをはっきりしてくれというお医者さんの方もおられました。ずっとそういうのでトラブルになっているということもあって、もし、これが錦の御旗になるのであれば、そういうことはきちんと決めていかないと、みんな、今これに書いてあることしかなくていいというふうに受け止める可能性もある。ただ、それでは、錦の御旗を与えるには、まだまだ足していったほうがいいのかあるのではないかと思うのです。そうではなくて、今までの議論で、今の到達点はこういうところなのかなというような、それは決して、消防本部のやっていることをオーソライズにするものではないと。責任はあなた方取ってくださいということなのか。そこら辺、私も初めて出てきたので、後者というスタンスなのかなどうなのか。結構、皆さん、消防本部の方々は真面目なので、こういうのが出るとぱしっとやってしまうのです。その時に、どこまで決めてあげるべきなのかというのは、「いやいや、消防庁の審議会にそんなこと書いていなかったじゃないかと、そこは自由なんだろう」と言われても、なかなか我々も責任負いきれないところもあります。あくまで今までの現状を踏まえると、最大公約数こういうところなのかなというところで、これが一定の政策的な方向性を決めるものではないということまで言うのか、そこら辺は、ぜひ、また教えていただきたいところもありますし、逆に、社会的影響はかなりありますので、それについて、当然、これを責任を負わない理屈にする団体は出てきますので、そういうところは頭には入れないといけないのかなというのを、行政をやる側として危惧をしているといったところです。

【〇〇委員】 この検討部会の位置づけをしっかりといただかないと、実はこの先の話のしようがないのです。もう少ししっかり決めたほうがいいのか、全部並列でいいのか、あるいは、場合によっては何も書かずに現状だけ書けばいいのか。ここでどういうものを出してほしいのか、あるいはここでどういうものが必要なのかということを決めていただかないことには、この先の話が極めて難しくなってしまうのですが、それをこのあとの会議でやるのですか。1回目の時、私は出ていなかったのですが、その方向性は決まっていなかったのでしょうか。

【部会長】 その方向性が、まさにこの方向性（案）なのですけれども。

【〇〇委員】 その方向性を決めることが、ここに書く内容を決めるということになるかと思います。

【部会長】 いや、だから、ここに表れているのです。読んでいただければ、この方向性（案）で分か

っていただけると、私は思いますが。

【〇〇委員】 部会長のご発言のとおりで、別に法改正をしているわけではないので、ここで何か法律的な判断や決定はできないわけです。ただ、あくまでも現場の方で混乱があったり、対応に苦慮される場合があるということで、何らかの指針なり、指針というか、方向性的なものは示すことはした上で、あとは、現場のご判断ということにならざるを得ないと思うのです。

そうすると、この本検討部会でどこまで踏み込んだ判断をするかということが問題になると思えますけれども、一定の要件を充たしている場合には心肺蘇生を中止しても構わない、という基準や指針を明示的に書くかです。そこまで書けるかということです。それとも、そこまで具体的に踏み込まずに、あくまでも現場のご判断の参考になるように、このような意見があったとか、こういう方向性は尊重したい、このような点を考慮する必要があるなど、考え方の筋道を示すだけでとどめるか、ということが問題となる気がいたしました。

【部会長】 いえ、すみません。2ページ目を読んでいただくと、心肺蘇生の中止等がまさに（1）で書いてあるでしょう。広島や埼玉では、こうやってかかりつけ医で連絡をして行わないということもあり得る、もう既にそういう対応も取られていると。それは、実際に刑事事件にも何にもなっていない。この点、それでかかりつけ医というのが大事なのは、この本人の意思を尊重するところはかかりつけ医だけではないと思えますけれども、それは〇〇さんのおっしゃったとおりで、大体、厚労省のガイドラインでは、本人の意思を確認できない場合は誰に聞くかということ、まず家族なのです。家族が一番、推定的意思を語ってくれるだろうという話になっているのですけれども、家族の中で分かれている場合とか、そういう話もちろんあるから、そういう時に、救急はまさに困るということなのだろうと思うのです。そういう時に、結局、「人生会議」というか、こういう繰り返した話し合いが積み重なっていればそういうことにはならないのですけれども、今のところは家族でも考えが分かれて救急隊が困るようなそういう場合が少数だけである。その場合どうしたらいいかということ、まず、救急隊としては、完全に家族がまともまっているわけでもないし、実際に救急を呼んでいる人もいますから、かかりつけ医に判断してもらって、それで心肺蘇生を行えることも、患者本人の意思を尊重した適切な対応であるとはっきり書いてあるわけです。だから、書いていないからというところ…。

【〇〇委員】 このような趣旨で、広島や埼玉の対応が適切だと書いてあると。

【部会長】 あり得るということですよ。

【〇〇委員】 もちろん書いていいと、私も思うのですけれども、それを書くと多分、これが全国の消防本部に対して、こういう要件を満たしていれば心肺蘇生を中止しても構わないという強いメッセージになるわけです。確かに、部会長がおっしゃるとおり、ここで何か法改正をするわけではないのですけれども、心肺蘇生中止の許容性の要件を明示するということの重みは、やはり慎重に受け止めるべきところがあります。

【部会長】 その回には、〇〇さんたまたま欠席だったかもしれないのですけれども、前のことは私も

十分記憶がないのですが、埼玉消防局の方に来てもらって、先ほど〇〇副部会長がおっしゃったのですけれども、ものすごく丁寧な対応をしているのです。だから、そういうのに倣おうというのだったら、それはそれで一つの考え方であるということなのではないでしょうか。いや、私は安易に、何かこればつとというようなメッセージにはならないと思っているのですけれども。〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】今の議論を伺っていて思ったのですけれども、4の(1)が、文章として、何の補足説明もなしにこれだけが出た場合には、ここで紹介されている広島市や埼玉西部の例においてどのくらい丁寧にやっているかということとか、これは後ほど時間があれば意見を言おうと思っていたのですけれども、本人の意思というものも、例えば遠方に住む家族がたまたま本人が別の気がふっと起こった時に電話で聞いた意思みたいなものは意味を持たないことが原則であるとか、そういういろいろなことが前提になっていると思うのです。それらの前提となっている諸々の事柄が文面に表れないでこの文章が出てしまうと、心配ではないかということ、議論をしているような気がします。もしかしたら、この場で、両消防局のこの例については、ここまで徹底的にやった場合には問題がないということは合意が取れましたという例を挙げるとかいうことはありうるかもしれませんが、あまり一般的にすることについては心配が残るという話をしているような気がします。もう少し書き方を工夫するというか、それもありうるだろうと思いました。

【部会長】もう少しですね。〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】こういうガイドラインとか指針のようなものの、存在意義とか立ち位置みたいなもののお話ですけれども…。

【部会長】ガイドラインまでいっていない。

【〇〇委員】もちろんです。違うのです。ガイドラインと言ったのは、春に出た人生の最終段階のガイドラインとかも、きっちり決めて、こういうときはこうなさいとか、つまりアドバンスディレクティブではなくてACPというのが取り入れられて、こういうことを決めておいてそれに従えば問題ないというのでは逆に難しく、話を継続することが大事だとなった指針が出て、あのガイドラインだけ見ると、すごく曖昧すぎるというご指摘を度々いただきます。普通、医療業界のガイドラインというと、この病気でこの数字がこうだったらこの薬使うべきだみたいなことがガイドラインだと思っている方からすると、すごく曖昧で訳が分からないとまで言われたこともありますけれども、でも、実際、このガイドラインが出て、在宅医療の現場だったり、実際、看取りという医療を扱っているというよりは命を扱っている場面の人たちからは、すごく感謝されるというか、こういう話を続けるべきだと言ってよかったですという話は、度々出てくるのです。だから、こういうふうになんかを示すときに、多分しっかり決めてあれば判断はその場でできるように思うのですけれども、日本中あちこち地域の状況や地域性、住民性が違ったりする中で、しっかり決める形をあまり早めに発信し過ぎると、むしろトラブルが起きて、話を続けるための道具をお渡ししたりとか、話を続けていていいん

だとか、ここの議論は決して現場のその1人が悩んでいるわけではなくて日本全体の問題になっていて、こういう取組をみんなが今、もがいている、あがいているところなんだということがシェアされるというところの意味を、私はすごく感じていたので、あまり確定したメッセージというところにはこだわらないというのでもいいのかなと思ったということです。

【部会長】これはまた、私が反省しないといけないのですけれども、予定していた時間を過ぎてしまいましたので、一応、皆様にご発言いただいたのかな。ありがたいと思います。事務局、一応、今日はここまでにしてよろしいですか。では、事務局にお返しします。

(4) その他

【事務局】〇〇部会長、ありがとうございました。

最後に、今後のスケジュールについてご説明させていただきます。資料5をご覧ください。

次回の第6回目につきましては、平成31年2月頃に予定しております。また、当初、検討部会については6回ということでお伝えしていたかと思いますが、引き続き、議論を延長させていただいて、平成31年4月以降に検討部会を開催させていただいて、議論をとりまとめたいと考えております。

【部会長】事務局も、本当にこういう形で、慎重にやろうということでもありますので、皆さん、申し訳ありませんが、もう少しご協力をお願いいたします。今日は、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の実施に関する検討部会の第5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)