

第 2 回救急業務のあり方に関する検討会における主なご発言について

<かかりつけ医等の範囲>

- 傷病者の人生の最終段階における医療に携わっているかかりつけ医が対応する必要があるのではないか。
- オンラインMC医について、心肺蘇生中止の判断に関わってはいけないとなると、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。現在は移行期の多様な状況なので、一律のやり方は避けた方が良いのではないか。

<かかりつけ医等への照会方法>

- 心肺蘇生を行わないことができる要件を充たすのはかかりつけ医だけであり、現時点では対面又は電話で確認を取るしかない。将来的には文書やICTにも広がっていくのではないか。
- 医師と対面で確認できるのが理想ではあるが、それだけでは先進的な取組が制限されてしまうので、医師の判断が何らかの形で共有されていけば良いのではないか。

<心肺蘇生を行わない要件（本人の意思）の確認方法>

- かかりつけ医としても、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。

<救急隊の活動（救急現場での記録）>

- 救急現場での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おそれがあるが、記録はどうするのか。

<高齢者施設における対応>

- 心肺蘇生拒否の意思は、家族と同じぐらい介護施設の職員から伝

えられているにも関わらず、介護施設でのことがあまり議論されていないのではないか。

○在宅では急変時のかかりつけ医の責務、高齢者施設では「急変時対応」への施設職員の質の向上が重要であるなど状況が異なる。地域ごとにさまざまな取組がなされているので、地域の実情にあった対策が立てられるよう取り組みを紹介してはどうか。

○高槻市では、老人保健施設等に救急車の正しい使用方法について呼びかけているが、その中で半数程度の施設が、救急隊員は死亡確認ができると思っていた。老人保健施設だけでもそういった情報を国から提供していただきたい。

<搬送>

○「搬送することがやむを得ない場合があることを否定しない」については、大都市と地方都市で状況が異なることから、地域特性により違いがあることを示した方がよいのではないか。

<法的な整理等、検証>

○現場の消防の立場からは、決めて欲しいことは、法的に大丈夫であることと、現場から引き揚げてもよい、ということ。これだけ決めてもらえればあとは各現場で検証を積み重ねていき、プロトコルが決まる。

○従来は心肺蘇生を実施していたが、心肺蘇生をしなくても法律上大丈夫と伝え、事後検証の結果などを各地にフィードバックすると良いのではないか。

以 上