

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6回）議事録

1 日 時 平成31年2月14日（木） 10時00分～12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、岩田委員、岡芹委員、久保委員、  
久保野委員、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、高崎室長

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6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。よろしくお願いいたします。

本日は、オブザーバーとして、厚生労働省医政局地域医療計画課 救急周産期医療等対策室長の〇〇様にもご参加いただいております。よろしくお願いいたします。また、〇〇委員、〇〇委員におかれましては、所用により本日は欠席となっております。

配布資料について、1点ご連絡です。議事次第の中に記載してあります配布資料、参考資料「平成30年度救急業務のあり方に関する検討会（案）」については、委員の皆様のための机上配布とさせていただきますので、あらかじめご了承ください。

それでは、開催にあたりまして部会長よりご挨拶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】 おはようございます。寒い中、お集まりいただきありがとうございます。

前回は、今日も資料の中にありますけれども、この検討会のまとめをしようというので、まとめ方の素案についてご議論いただきました。今回もその継続ですけれども、それに加えて、〇〇委員から全国老人福祉施設協議会に関するご説明をいただいて、議論というか認識を深めていきたいと考えております。この前と同様に、自由闊達にご意見をうかがえればと思っております。

## 5 議 事

【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、マスコミの皆様におかれましては、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。

### (1) 全国老人福祉施設協議会について

【部会長】 それでは、今申し上げましたけれども、議事のところで(1)、(2)、そして(3)がその他という形になっておりますので、まず初めに、議事(1)「全国老人福祉施設協議会について」、この問題に関して、〇〇委員からご説明いただきたいと思っております。よろしく願いいたします。

【〇〇委員】 議長よりご指名がございましたので、雑ばくではありますが、説明させていただきたいと思っております。現在、一口に高齢者施設、老人ホームといっても大変数多くて、私どもも実際に行ったことがない施設があります。全国老人福祉施設協議会というのは、社会福祉法人立の施設、事業所の会員の集まりになっております。

協議会の始まりは大正14年です。90年以上前に第1回全国養老事業大会として設立しました。この当時はまだ社会福祉法人ではなくて、ほとんど行政の養老院の集まりの大会がきっかけとなっていました。昭和37年、今から50年少し前に、全国社会福祉協議会の中に老人福祉施設協議会が設置されました。全国社会福祉協議会の中には、障害者施設とか保育施設とかの協議会も設置されています。私どもは、平成13年に全国デイサービスセンター協議会と合併いたしまして、新全国老人福祉施設協議会として、全国社会福祉協議会から独立しております。平成21年に公益社団法人格を取りまして、現在に及んでいるというのが全国老施協の流れであります。

「目的」は、老人福祉や介護に関する知識の普及・理解の促進ということで、調査研究、研修が主な内容になっております。

社会福祉法人立の会員の施設・事業所にはどのようなものがあるかといいますと、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホームA型、ケアハウスがあります。それから、老人デイサービスセンター、単独のショートステイ、老人短期入所施設で、現在、約1万1,000の会員数を持っております。

「活動」ですが、全国大会の開催があります。これが年2回ありまして、1つが全国老人福祉施設大会、あと1つが全国老人福祉施設研究会議です。平成30年度には、10月下旬～11月にかけて、全国老人福祉施設大会が北九州、全国老人福祉施設研究会議が北海道札幌で開催されました。それから全国8ブロックに分けて、それぞれブロック研究大会も行ってあります。ここ東京は、新潟、静岡を含めまして1都10県8政令市の組織で関東ブロックということで、8ブロックの中の1つになってあります。

それから、各委員会、部会がございます。実は、昨日も正副委員長拡大会議が永田町の全国老施協事務局でありました。委員会、部会の数がおおむね10くらいあります。

そして「高齢者施設の種類」ですけれども、できるだけ皆さん方に分かりやすくまとめたつもりですが、なかなか要領を得ていない面がありますが、主に入居施設について説明します。

介護保険法上の施設というのは3つございまして、①介護保険のサービス適用施設です。

「介護老人福祉施設（＝特別養護老人ホーム）」ですが、実は昭和38年の老人福祉法上の認可を受けたのが、「特別養護老人ホーム」という名称になります。その特別養護老人ホームが介護保険法上の指定を受けると、「介護老人福祉施設」という名称になりますので、「特別養護老人ホーム」と言ったり「介護老人福祉施設」と表現する施設もあって、イコールだと思っていただければ結構だと思います。

本来ですと、要介護1以上の方が入所できるのですが、厚労省の通達がございまして、要介護3以上というのが現在対象となっております。要介護3というのは、1～5まで、介護認定審査を受けまして介護度が決まるわけですが、そのうちの重度の方以上が対象になっている形です。ただし、認知症とか介護する人が亡くなったりという理由がある方については、保険者である市町村の同意を得まして、介護1、介護2の方も入居できるようになっております。

「介護老人保健施設（＝老人保健施設）」ですが、これは介護保険法上の施設そのものであります。内容的にはリハビリ施設と捉えていただければ間違いのないと思います。病院と在宅との中間施設。すなわち、病院に入院されて、退院ですぐ在宅に戻るのではなくて、その間、リハビリをしてある程度自立が可能であるといった段階で在宅復帰を目指すための施設です。通過施設とも言えると思いますが、これが介護老人保健施設です。

「介護療養型医療施設」ですが、現在、介護医療院のほうに転換を図りつつあります。この施設は慢性疾患の医学的管理を必要とする長期療養者、重度の方を対象とする施設です。この3施設が介護保険法上の施設で広域型です。北海道から沖縄まで、どなたでも入所の対象になる施設と言えます。

それから、地域密着型というのは、逆に広域でなくて地域に密着、いわゆる市町村内の住民が入所できるという自分の市内の住民だけが対象となる施設です。

「地域密着型介護老人福祉施設」は、小規模特養とも称しております。先ほどの特別養護老人ホームの地域密着版でありますので、定員が29人以下の介護老人福祉施設と捉えてよろしいかと思います。

「認知症対応型共同生活介護」は高齢者認知症のグループホームで、「グループホーム」というほうが名が通っていると思いますが、軽度の認知症対象者の施設で定員が9人～18人、ワンユニットが9名ですので、大体ワンユニットからツーユニットまでの施設です。小規模の認知症の方対象の施設です。

2ページに入りますと、「小規模多機能型居住介護」という施設があります。これは、「通い」「訪問」「宿泊」を自由に組み合わせることのできる施設です。「通い」が中心となりますので、デイサービス、ホームヘルパー、ショートステイが合わさった施設と捉えると分かりやすいと思います。登録制で、29人以下の施設になっておりまして、どちらかという、デイサービスを中心として、今日はお泊まりをすとか、今日はデイサービスに行けないのでヘルパーさんに来てもらうなど、そういうふうに使分けすることのできる便利な施設になっております。最近、それに訪問看護も付け加えま

して、看護小規模多機能型居宅介護という事業所もできております。

「地域密着型特定施設入居者生活介護」というのは、29人以下のその市の住民を対象とした介護専用型の有料老人ホームです。

ここまでが介護保険の対象施設になりますが、「介護保険サービス外の高齢者施設」もあります。まず「養護老人ホーム」、昔の養老院です。環境上、経済上の理由によって、市町村からの措置入所施設になります。昔は特養も措置施設だったのですけれども、今は自由契約の介護保険法上の施設になっています。養護老人ホームは、昔から措置入所という形で、現在でも市町村からの委託で入る老人ホームです。特定施設というのがありますが、この養護老人ホームが介護保険法上の指定を受けると特定施設になります。すなわち人基準等がおおむね特養並みになると、介護保険法上のサービスが受けられることとなります。それが特定施設です。これは、指定を受けている所と受けていない所、それぞれあります。

それから「軽費老人ホーム」ですが、契約で入る施設です。A型、B型、ケアハウス、都市型とありまして、今、一般的にはケアハウスが大多数です。東京みたいな大都市においては、都市型といったのができています。「A型」というのは、賄い付きで身寄りがないとか、経済的な問題で家族と同居できない方がお住まいになっていて、原則60歳以上の方が対象です。A型が一番最初にでき、そのあとから、ケアハウスのほうに移っております。ですから、最近では、ケアハウスがほとんどです。「ケアハウス」は、虚弱であり家族の支援が困難である方が対象です。給食付です。このケアハウスについては、介護保険法上の指定を受けると特定施設のケアハウスという形にもなります。「B型」というのは、元気なお年寄りが対象で自炊です。ですから、昔で言うと老人アパートみたいな捉え方でよろしいと思います。私ども埼玉県は1カ所あったのですが廃止されて、現在B型はありません。「都市型」ですが、これは都市部で、土地の確保とか大変難しいという理由で、都市自体の特徴を捉えています。入所定員20人以下の軽費老人ホーム、ケアハウスを認めているといったところです。

それから「有料老人ホーム」ですが、介護付き有料老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、健康型有料老人ホームの3つに分かれております。介護付き有料老人ホームの中で、「一般型特定施設入居者生活介護」という特定施設の指定を受けると、先ほどの地域密着型特定施設入居者生活介護の広域型になります。次の「外部サービス利用型特定施設入居者生活介護」は、施設が、委託先のヘルパーステーションにお願いして、サービスをしてもらうように事業者が入るといった仕組みが、外部サービス付きという形になります。「住宅型」は、一般家庭のお住まいという形です。この場合は一般家庭と同じように、介護度に応じて居宅サービスの、ヘルパーさんとかデイサービスを受けることができるのが住宅型です。「健康型」はシブアでありまして、自立者のみ入所可能ですが、介護が必要となった場合には退去しますという契約の下の有料老人ホームです。

「その他の高齢者施設」ですが、最近大変増えておりまして、特に挙げさせておりますのが、国土交通省の管轄、昔の建設省の管轄と聞いておりますが、「サービス付き高齢者向け住宅」です。これは、

2011年に高齢者専用賃貸住宅が廃止されまして、高齢者住まい法で創設された高齢者向けの建物です。内容は、ピンからキリまでありますが、状況把握と生活相談が主たるサービスになっています。したがって、職員が1名おれば、各部屋の見守りと相談に応じるだけでサービスをしたといえるという形になります。都道府県知事の登録を受けて、人員基準を満たせば介護保険法上の特定施設になります。

一口に高齢者向けの施設と言っても多様に分かれておりますので、なかなか理解するのが難しいと思います。救急車が行った場合、全て同じような職員がいるとか、看護師さんがいるとか、施設によって異なるので、その点は注意していただければと思います。

3番目です。高齢者の問題として、地域での連携の実際ですが、この会議で「メディカルコントロール協議会」という名称が出てきますが、現時点では、介護との接点は多分ないと思います。私は、全国老協の研修委員会に携わっておりまして、全国からの研修委員に聞いても誰1人「なあに？」という感じです。また、県内の施設長やケアマネに聞いても「聞いたことないな」と。ネットで調べますと、医療と消防関係の協議会ということで、私どもには、勉強不足の点はありますけれども、まだ知られていないなという気がします。

「在宅医療・介護連携推進協議会」は、私は埼玉県本庄市という所に住んでいますが、本市においては30年度よりこの協議会が設置されまして、2回ほど会議を開いております。内容的には、病院の入退院の手引きの検討をしていました。1回目が、「ヘルパー事業所についての医療との連携のあり方」。これからは、デイサービスセンターにおける医療との連携のあり方等について検討していくといった内容で、現在進んでおります。主に、地域包括支援ケアシステムの一環のものだと捉えておりますが、主治医とか地域包括支援センターの職員とか、介護支援専門員とか、居宅サービスの事業所の代表者、また私ども施設の代表者等で組織されております。これから、結構進んでいくと思います。

「介護支援専門員連絡会」は、全国レベル、県レベル、また市町村レベルにもあります。この連絡会と市におきましては、居宅の要でありますケアマネとの合同研修会等を行って連携を図っているという状況です。これは、地域包括支援センターの職員とケアマネ協会、いわゆる介護支援専門協会との連絡は大変重要で、その研修等を図っているというところだと思います。また、地元の医師会のほうから代表の医師が参加して、研修会に加わることもございます。

「老人福祉施設協議会」ですが、先ほど説明しましたので、割愛させていただきます。

それから、「介護施設における看取りについて」ですけれども、現在、看取りをする施設が大変増えております。特に、特別養護老人ホーム、の調査内容ですけれども、全国老協の調査が平成24年実績という形で取りまとめたところ、特養の74%で看取りが実施されていたという報告がなされております。これは、増えることはあっても減ることはないという状況です。厚労省のほうも、介護報酬という形で、見取り介護加算の単価の見直しをしてきました。今回の第7期介護報酬改定では、平成30年度からですが、介護加算（Ⅱ）が新しく新設されております。

今までの看取り介護加算では、常勤の看護師、正看を1名以上配置する必要があります。これが結

構厳しいのです。特養は、准看が多いというのが実情ですので、「うちは正看がないので取れないんだ」という声も聞いたことがあります。そして、24時間連絡でオンコール制を取っている必要もあります。

それから、看取りに関する指針を定めなければなりません。この指針については、全国老施協も「特養における看取りの推進と医療連携のあり方調査研究事業」という形で、報告書の中に、看取り介護指針に取り組むべき事項というのが決まっております。この指針の内容というのは、看取りに関するその施設の考え方、終末期をたどる時期とかプロセスごとに介護の考え方をあらかじめ示しておく。また、看取りに際して行う医療行為の選択肢もあらかじめ指針として決めておくこと。医師や医療機関との連絡体制、夜間とか緊急時の対応を考えておくこと。それから、入所者等への情報提供と意思確認の方法もしておくということで、意思確認書というのもし示されております。その中に、食事が口から取れなくなった場合には経管栄養するのですか、胃ろうをするのですが、中心静脈療法を希望しますかという項目があります。着目すべき点は、病状が悪化したときの対応については、あらかじめ救急搬送を希望するかないかという項目があります。それから、入院治療を希望するかないかという項目もあります。看取りに関して入院治療うんぬんというのは、回復の見込みのない方ですので、内容的に疑問がありますけれども、このような項目で意思確認書をもらうという形にはなっております。

それから、看取りの本人に対しての情報提供の資料とか同意書の書式も考えておいてくださいとか、心理的支援とか、職員の介護のマニュアルを作っておいてくださいというのが、指針の内容になっていきます。そういう看取りに関する指針を定めて、家族、本人の同意を得ておく形になっています。

それから、多職種連携で、常に内容は変わりますので意思の見直しもやってください。また、職員の研修もしっかりやってください。看取りの方については、個室とか静養室という部屋を用意しておいてくださいというのが今までの加算（I）で、これを満たしますと加算される。

加えて、今回30年度から新設されたのは、医師との連携です。この医師との連携がきちんと前もって決められている場合については、より加算されますという形です。それと同時に、「配置医師緊急時対応加算」というのも付きました。これは、看取りに対してばかりではなくて、夜間とか早朝等に、お医者さんに来ていただいた場合には、特別に加算が付くという内容です。要するに、お医者さんが施設に来やすくしていただいたということです。流れとしては、医療医師との連携が、在宅はもちろん、施設においても大変重視されてきているというのが現状です。

最後になりますが、私、埼玉県ですので、取りあえず埼玉県の研修の状況を説明します。30年度、看取りだけの研修は、平成30年7月には、埼玉県の老人保健施設協議会と看護協会との共催の研修がありました。8月には、全国老施協の看護職員研修の中でも看取りについて行いました。10月23日は、私ども埼玉県老施協の看護職員研修会の中でも看取りをやりました。平成30年10月30、31日は、全国老施協の北海道会議の第1分科会で看取りについてありました。11月は、埼玉県主催の介護施設の看

取りケア研修（実践者編）がありました。11月20、21日は、全国老施設協の北九州大会の第1分科会で看取りがありました。という形で、看取りに関しての研修も数多く挙げられていました。

以上で、雑ぱくではありますが、ご説明とさせていただきます。

【部会長】ありがとうございました。今のお話を聞いても、老人福祉施設なるものも本当に多種多様で、全体像を把握するのはいかに大変かということ、今日は私も理解できましたが、今のご説明について、何かご質問、コメントがあれば伺いたいと思います。

【〇〇委員】3ページ目の最後の看取り介護加算のところの②の看取りに関する指針という内容をお聞きしますと、かなりしっかり確認されて、例えば状態が悪くなったとき、救急を要請するかというところをきちんとお尋ねになって、それを書面で残されるということが実行されていると、だいぶ違うかなと思うのですが、救急本部へのアンケートの結果を見ると、書面というよりは、介護施設職員等の証言で意思を聞いたというのが多いという結果も出ております。あるいは、施設間での情報共有不足というものもあるという結果も出ているので、ここでこの指針がしっかり守られているとかなり有効だと思うのですが、実際はどこまで実行されているのかなという疑問が1つあります。

あと、24時間配置医師や協力医師と連携が取れるような体制を取るというのが介護加算（Ⅱ）のところにあるのですが、実際は、救急隊が医師に連絡を取ろうとしても取れない場合が多いというアンケート調査も出ているというところで、実際との乖離があるのかなという感じも受けました。

【〇〇委員】今の〇〇委員の疑問ですけれども、看取りに入っている段階でなぜ救急車を呼ぶかというのは、私どもも大変不思議に思っております。一般に看取りに入った場合には、配置医師との連携が常に取れている状況で、配置医師もそれを意識している状況ですので、まず、変わりがあったという場合には、看護師は配置医師に連絡するようになっているはずなのです。

そこで、いきなり救急車を呼ぶというのは、施設の介護職員が夜勤していますので、きっと慌ててしまって、看取りではない普通の入居者と同じ考えで、救急車を呼んでしまったと思います。看取りでない、入居者の場合には、何か異変があった場合には、まずオンコール制度を取っていますので、看護師さんに連絡をして、看護師さんのほうから、「それでは救急車を呼んでください」とか、「バイタルを測ってください」とかいろいろ指示があるのですけれども、そのところは行われなくて、慌ててしまって救急車を呼んでしまったというのが実際かなと思います。

【〇〇委員】ありがとうございました。各施設の所で、その辺の教育をもう少ししていただくと、救急を呼ぶというのがかなり減るのかなという印象を得ましたので、ぜひよろしく願いいたします。

【部会長】同じく3ページの看取り介護加算（Ⅱ）というのは、平成30年からできたということですが、ざっくり言って、どれくらいの施設がお取りになっているのですか。というのは、これがもし普及していれば、今言っている議論はこの制度が成熟すれば、多くが解決するということになるかと思ったのでお聞きしているのですがすけれども。

【〇〇委員】まだ始まったばかりなので、統計は取っておりません。少なくとも1年たってみないと、

まだ準備段階の所もあると思いますし、さっとやっている施設もあると思います。というのは、加算というのは、結構施設は敏感で、取れば喜んでやりますので、すぐ実施すると思います。

【部会長】ちなみに、医師の配置で24時間体制というのは結構大変で、24時間、常に医者に連絡するというのは、待っているほうも大変です。これは、何人くらいの医者を確保するとか、そういう規定もあるのでしょうか。

【〇〇委員】この新設は、法では複数の医師というのが条件になっております。ただ、一般には特養の配置医師は1名との契約で、病院とか診療所の医師との契約になっています。そういった意味では、病院さんでしたら複数名の方は可能ですが、1名のクリニックさんですと、あと1つの診療所さんとも契約をしなければいけないというふうになるのかなと思います。結構、そういう意味ではきつい面もあるかなと。やはり、お金がかかるということでもあります。このオンコール制ですが、今、携帯電話が普及しているので、一応、先生としては「いつでも電話くださいね」とは言ってくれる先生もおります。私どもの施設は、いつでも連絡ができますけれども、中には「夜の10時までだったら出るよ」とか、何時までという先生もおるかもしれません。

【副部会長】電話を受ける側は、十分な医師数を確保しないと対応しきれないですが、〇〇委員のほうからご質問があったように、制度が成熟したら施設での問題は減ると思われれます。制度の成熟が大事かと思えます。

【〇〇委員】今の件ですけれども、我々在宅医療のほうでは24時間体制というのは、地域のほうで体制がどんどん広がってきています。機能強化型といって、2つ以上のクリニックが連携して、24時間カバーする体制も整ってきていますので、そことうまく連動する、私たちはそういう形で、在宅医療で24時間対応するチームが、そのまま特養のほうの嘱託医とか緊急対応も引き受けるという形で診させてもらっているのです。そこは、地域では24時間体制をつくれる土壌が、在宅医療という形と施設医療という形の両方からできていくのかなと感じております。

また、私たちも取り組んでいるのですけれども、施設の看護師、介護職員にしっかり教育というか、連携ができていくようになると、つまり、定期で診ている患者さんが、その病状のまま亡くなられたのであれば、24時間必ずすぐに駆け付けなければいけないわけではなくて、看取りの時間を施設看護師に確認しておいてもらって、翌朝、確認しに行く形でも、法律上問題ないということになっているので、そういう意味でも、先生がご心配された、24時間の地域医療側の負担というのは、体制づくりとしても仕組みとしてもできつつあるのかなと感じています。

もう1点は、高齢者施設です。今、丁寧に説明いただいて、私も地域で診ていても、いつも混乱する施設なのですごく勉強になったのですけれども、やはり、医師が必ず所属している高齢者施設と、特養のように配置医というものが存在している所と、あとは、③、④に挙がっているところなどは家と同じ扱いになるので、在宅医療という形で外部から。場合によっては、同じ建物にいるけれども、主治医はそれぞればらばらということもあり得る施設で、その辺がさまざまだということも、ひょ

つとすると救急で駆け付けた方にとっては、混乱を呼ぶところなのかなというのも、現場では認識しています。

【部会長】ありがとうございます。他にもあるかもしれませんが、このあと、議論の中でまた必要であればご意見を伺うとして、中心の問題は、やはりこの報告書の資料2ですね。この素案をどのようにしてまとめるか、改善していくかということですので、この素案について、まずは、事務局から一言どうぞ。

## (2) 検討部会報告書（素案）について

【事務局】それでは、資料2の素案について、ご説明したいと思います。事務局の準備に時間を要しまして、表記や表現に不十分な点が多々ありまして、また、事前に頂いたご意見が反映できたものもあり、また、反映できてない部分もございますので、その点も含めてご説明したいと思います。

資料2に入ります前に、まず、机上配布の参考資料について、簡単にご説明したいと思います。こちらの検討部会は、また大変ご迷惑をお掛けしますが、来年度にも少し開催していただくことを予定しております。そのため、今年度の親会、「救急業務のあり方に関する検討会」の報告書では、この参考資料にあるように、今年度実施いたしました実態調査の結果、それから、ヒアリングの中で心肺蘇生を中止する本部として広島市消防局、埼玉西部消防局の事例をまとめた形でご報告することを考えています。

内容としましては、3ページからが実態調査の結果ですが、この検討部会でもご説明した実態調査の中から抜粋して掲載しています。

11ページからは、「救助現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応の現状」として、「広島市消防局の取組」については久保委員からご説明いただいた資料と、ご説明の内容などをまとめたところです。15ページからは、「埼玉西部消防局の取組」で、埼玉西部消防局からご説明いただいた資料と、ご説明の内容などをコンパクトにまとめているところです。

こういった形で、親会の今年度の報告書には、報告させていただきたいと考えておりますので、ご覧いただければと思っています。なお、このあと、表現等の調整等が入るかもしれませんので、机上配布という形でさせていただきたいと思います。

続きまして、資料2をご覧ください。素案という形でご提示しております。

前回までの「とりまとめの方向性（案）」でのご議論を踏まえまして、表現等を調整し、ご提示しております。先ほど申しましたように、まだまだ表現など不十分なところがあり、さらに少し肉付けなどが必要な点がありますので、本日のご議論を受けまして、付け加えていきたいと考えています。

前回の方向性（案）から大きく変わった点を中心としまして、ご説明します。

まず、「1 はじめに」で、この議論の始まりといいますか、全体の経過といいますか、背景的なところを書いています。まだかなり骨格的ですので、今後書き加えていく必要があると考えています。

2番目の「現状」につきましては、実態調査から明らかになった結果について記載しているところ  
でして、こういった事案について、実態調査結果によると、平成29年までに616消防本部、全国728の  
消防本部の約85%が、対応した経験を有するということを示しています。参考数値として平成29年中  
に2,000件程度といった件数も出てはいますが、集計をしてない消防本部があまりにも多いので、本部  
数だけで示したところです。

その次の段落ですが、実態調査で示された、典型的なケースを説明しています。

次の段落です。各消防本部の対応の概況をご説明しているものでして、全体の54.4%、396消防本部  
が対応方針を定めていない一方で、全体の45.6%の332消防本部は対応方針を定めています。うち201  
消防本部、約6割は、心肺蘇生を中止する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  
に搬送する対応方針、100消防本部、約3割は、医師からの指示の下に心肺蘇生を実施しない、または  
中止をする対応方針としています。前者は大阪市消防局、後者は広島市消防局、埼玉西部消防局で、  
いずれもこちらの検討部会でご説明をお聞きした消防本部となります。

続いて、「3 基本的な認識」です。こちらについては、前回までの流れから、消防本部に分かりや  
すい流れに、少し整理をしまして、中立的なスタンスで記載しています。「救急隊は救命を役割とし、  
心肺停止状態の傷病者については速やかに心肺蘇生を実施することを基本に活動している」。その一方  
で、平成30年3月ですが、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」が改訂されまして、ACPの考え方が盛り込まれ、「本人の意思を尊重しながら、医療  
従事者、介護従事者、家族等も参加してこの高齢者社会における生き方・逝き方を探る努力がなされ  
ている」。救急現場におきましても、前述のような時間的、情報的な制約がある中、「このような医療・  
ケアチームとの十分な話し合いを踏まえた本人の生き方・逝き方は、尊重される方向になっていくも  
のと考えられる」としております。

こちらの表現について、「方向となっていくのが望ましい」という形で、もう少し積極的な表現にし  
てはどうかというご意見を頂戴しましたが、消防本部の状況は様々で、対応もさまざまとところがあ  
りますので、ここはあまり評価を入れず、中立的なスタンスで記載しています。

「4 現場での対応等」の「(1) 心肺蘇生について」ですが、前回からの変更点としては、「心肺  
蘇生を継続する対応」、大阪市消防局の対応についても記載したところであり、そういう意味で、ニュ  
ートラルな形になっています。先ほど申しましたように、201消防本部については、いろいろ検討して  
こうした対応方針としています。

一方で、100消防本部は心肺蘇生を中止する対応をしています、広島市消防局、あるいは埼玉西部消  
防局、臨床救急医学会の提言は、こちらの対応としているところとして、前回から基本的に記載は変  
わっていません。なお、ここの段落で「高齢施設」と書いており、きちんと整理しておけばよかった  
のですが、「高齢者施設」ではないかというご意見があり、表現について、どちらがいいか後ほどご意  
見を頂ければ、そちらのほうに修正したいと思います。

その次の、「かかりつけ医」については、記載内容にあまり変わりはありません。

このところ、「心肺蘇生を中止する対応」について、「中止」ではなく、「終了」という表現を用いてはどうかというご意見も頂戴しています。「中止」というのは、行われるべきことをやめるニュアンスがあるが、ここは、本来行われるべきではないものが終わっていくので、「終了」ではないかとのご趣旨です。なるほどというご意見ですけれども、既に心肺蘇生の中止の対応をしている本部が、「中止」という表現を用いているところもあり、この場でご議論いただくよりは、徐々にそういった、「中止」・「終了」という表現が、医療も含めて変わっていった時に、それを受けて消防も用いていく形になるのではないかと考えています。このため、従来の「中止」という表現のまま記載しています。

それから、※印のところですが、「心肺蘇生の中止をすることができる場合」として、前回に比べ、表現としては実態に即した形で記載しています。どうしても個別の事実関係の評価に依存する問題ですので、その点のところもはっきり書き、個別の事実関係の評価に依存する問題ではあるが、従来の判例、学説等を勘案すると、こういった場合ではないかという形で示しています。

頂いたご意見の中で、括弧を外してはどうかといったご意見を頂戴しています。そのとおりですが、ではどういう表現にしたら良いか、今回、あまり積極的にご議論していただく必要があるかどうかというところがあり、また事後調整としたいと考えています。

次のところですが、元の文がやや不明確なところがありまして、さまざまな読み方をされる懸念がありましたので、趣旨を明確にし、家族等が傷病者の心肺蘇生の中止を望む、自分自身の意向を示す場合についても、それは傷病者本人の意思そのものではないので、「本人の意思を推定するための資料の一つと捉えることが適当である」としています。

続いてオンラインMC医の話になります。オンラインMC医に関しては、こちらの検討部会でも十分ご議論いただいたところですが、前回の案ですと、やや唐突にオンラインMC医が出てきていましたが、ご議論の流れとしては、かかりつけ医等に連絡が取れない場合に、オンラインMC医に連絡を取って対応の指示を受けることとしてはどうかといった流れと理解していましたので、そこを明記し、文章が流れるようにしています。

オンラインMC医につきましては、前回、※印で注意書きのようにしたところもまとめて、1つの文章にしまして、さまざまなご議論についてそれぞれ、こういったご意見があったと書かせていただくという形としたところです。

そうした上で、「かかりつけ医等に連絡を取る以外の方法で、医療・ケアチームと本人等が話し合った内容、本人の意思、医療・ケアの方針等を関係者がどのように共有し、その情報に基づき誰が責任を持って心肺蘇生の中止等を判断するのか、あるいは責任を持った判断を関係者がどのように共有するのか、といった課題については、ICTの発展なども考慮しながら、引き続き検討していく必要がある」としています。

ページをおめくりいただき、「(2) 救急隊の対応について」という項目を入れました。前回の、こ

の検討部会で議論されている案を見て、何の準備もなく中止等の運用を始める消防本部が出てくるのではないかと、といった懸念がありましたので、これまで多くの委員からご指摘がありましたように、非常に状況が千差万別であるということを、ややくどくなっていますが、さまざまな点を明示して、そういった点を考慮しながら、十分な検討が必要であるとしています。この検討部会で発表していただいた広島市消防局や埼玉西部消防局も、単にかかりつけ医等に連絡を取るだけでなく、オンラインMC医と相談しながら、状況に応じた丁寧な対応を行っており、そういうことに十分留意すべきとしています。また、両消防局とも、こういった取組を始める際には、MC協議会等において対応方針を協議し、地域における人生の最終段階における医療・ケアの取組状況、在宅医療や高齢施設での対応の状況も含めて、事前の取組や環境も重要であるといったことを書いています。

その次の、「(3) 搬送について」ですが、こちらについては特段大きな内容の変更はありません。ただ、(3)の一番下の段落ですが、「一般的には、心肺蘇生を実施しない、死亡診断や死亡確認のための搬送は、傷病者の救命を目的としないため、救急業務に該当しないと考えられ」るのですが、現場での対応は、一概にどうすべきと言えないところもありますので、本来的には、在宅医療や高齢施設において速やかに死亡診断を行う体制を整えることで、こういった問題を解消すべきであると考えられるとしています。

「(4) 事後検証等について」も、それほど大きく変わっていません。実態調査を今回実施しましたが、具体的な件数を集計している本部が一部、42本部と、非常に数が少なかったところもありまして、十分に明らかになったとは言いがたいところです。また、事案は千差万別ですので、現場の状況、救急隊の対応などは多様となるということでして、各消防本部においても具体的な件数を集計するとともに、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であるとしています。なお、前回のこちらにあった表現の一部を、(5)に移しています。

※印のところですが、親会でも、記録についてご意見いただきましたので、事後検証と絡ませまして、救急活動を適切に記録しておくことが重要であることは当然としました。また、前回、〇〇委員からご意見いただいたと思いますけれども、「事後検証に在宅医療関係者が参加することも考えられる」と記載したところです。

「5 今後の方向性」です。先ほど申しましたように、事後検証から表現を少し持ってきてまして、今回の実態調査では実態調査について、必ずしも十分に明らかになってはいないとして、「今後、事案の実態を更に明らかにしていく」とし、各地域での検証を通じた事案の集積により、「救急隊の対応についての知見の蓄積が必要であると考えられる」としています。こうした事案の集積、知見の蓄積の中で、「将来的には、国民の意見の動向や人生の最終段階における医療・ケアの取組状況等を見ながら、このような事案にかかる救急隊の対応の標準的な手順等について検討を進めることが望まれる」としています。共通の対応方針なりが、今後、こういった事案の集積の中で定まってくる、あるいは、見えてくると考えられまして、将来的には検討することが望まれるとまとめたものです。

併せて、ここの記述は前回と同様ですが、「今後国民の死の迎え方に対する意識も変化し、フレイルの観点なども含め、人生の最終段階における医療・ケアに関する取組も進んでいくと考えられる。このような国民意識や人生の最終段階における医療・ケアに関する取組の変化を背景に、関係者との連携を進めることなどにより可能となっていく救急隊の対応も考えられる」としまして、国民意識の変化ですとか、さまざまな変化を背景としまして、他の対応——それが、共通の様式のようなものなのか、電子カルテのようなものなのか分かりませんが、また、どちらも医療の話になるのかもしれませんが、将来的には、そういったことによりまして可能となる救急隊の対応も考えられるとしていきます。

最後の段落です。最後はあまり変わっておりません。ただ、前回、「救急要請を躊躇してはならない」という一文が※印であったのですが、最後にその一文が入るのはいかがかという意見もいただきましたので、文中に入れていきます。「どのような対応をするにせよ、救急要請された場合、望まない心肺蘇生を実施される可能性は否定できず、また、関係者が警察の調査等を受け当惑してしまうこともあり得る」ので、「必要な救急要請を躊躇してはならないのは当然であるが、人生の最終段階を迎える準備を進めることで、必要のない救急要請を避けることが重要であり、医療、福祉等関係者が取組を進めること、患者本人や家族等がどのような最期を迎えたいか考え、医療従事者、介護従事者、家族等も参加して準備を進めていくことが大切である」としてきます。

こちらで頂いているご意見として、ACPの推進について一段落入れてはどうかといったご提案をいただいています。この点に関しては、これまでも重要であるというご議論がされていますので、そのとおりですけれども、盛り込むとしたら、表現をどうするかという点があると思っています。

ACPについては、厚労省が中心となって進めている施策ですが、消防庁の検討会の中で、どこまで、どういった表現で盛り込むべきか、という点は検討を要すると思っています。最後の段落は、その点に関係してまして、消防の立場からは、救急要請があるようになってしまう恐れがあるといった書き方になってしまっていて、ACPについては、本来、それぞれの方がどのように人生の最期を迎えたいかといったところですので、その点をどう書いていくのが適切かというのは、少し検討が必要と考えています。

雑ぱくですが、説明は以上となります。

**【部会長】** この素案について、委員の方々のご意見も尊重していただいて、いろいろな表現ぶりで工夫されたものになっていると私は思いましたけれども、ともかく、この報告書をどういう形でまとめるかということについて、前回と同様に議論を続けたいと思っております。どうぞ、どこからでも、どういう形でも。〇〇委員、どうぞ。

**【〇〇委員】** ご丁寧にご説明いただきまして、ありがとうございます。先ほど、ご説明の中でも言及していただいたことなのですが、私のほうから意見を述べさせていただいた事柄2点について、簡単に申し上げたいと思います。

1点目はACPのことです。ACPは基本的には厚労省の施策なので、消防庁の報告書の中でどのように取り入れるべきかということ、そこは悩ましいところなのかもしれないのですけれども、全体的には、ご本人らしい人生の最終段階の医療とケアを実現するための、そのACPの中で、まさに本人にとって望ましくないCPRは行わないことも選択肢ということ、そのためにACPを推進するというこの中で表現していただくことは、どうなのでしょう、役所としては何らか抵抗感がおありなのかもしれません、一市民として、私はその辺は全然抵抗はないのです。どうなのでしょう。他の委員の先生方のご意見も拝聴したいと思います。

それから、もう1点は、これもご説明の中で言及していただいたのですけれども、CPRを取りやめることについて「中止」という言葉が使われていますが、「中止」ではなく「終了」のほうがいいのではないかという意見を申し上げたのは、私なのです。この「中止」という言葉なのですけれども、そもそもこれは英語圏で、動詞はwithdraw、名詞はwithdrawalという言葉が使われていて、その和訳をどうするかとなったときに、翻訳語として1980～90年代に「中止」と付けられたものであったわけなのです。それ以来、生命倫理、医療倫理、臨床倫理の分野では「中止」という言葉が使われてきたのはありますが、私自身はこれは不適切とっていて、実はもう何年も前から使うのをやめています。

なぜかという、そもそも日本語の「中止」というのは、これもおっしゃっていただいたように、やるべきものをやらなくなった時に中止と言っているのです。「今日は雨が降ったから遠足は中止」とか、「雨が降ったから野球の試合は中止になりました。残念ですね」のように使う言葉なのです。しかし、ここで、まさに議論している「CPRをしません」というのは、そういうこととは全く違う話なのです。一般市民の言語感覚からいった場合に、「心肺蘇生法を中止しました」と言われてしまうと、「え？うちのおじいちゃんに、本当はやってもらはずだったのに、やってもらえなくなったのかしら」みたいな誤解が、市民感覚だと発生するのではないかと思います。

研究者の間では、確かに、こうした場合は「中止」という言葉で表現してきた。そのようなわけで、埼玉西部の方も「中止」と書いておられるということはあるのですけれども、今回の消防庁の報告書としては、やはり適切な表現を使用するのがよいと思います。「中止」は30年くらい使われてきた言葉ではありますが、そもそも不適切だったという認識に立ち、方向性を変えるチャンスだと思います。そこに貢献することも重要な社会的役割になると思います。

実は、この「中止」から「終了」へという言葉の言い換えは日本救急医学会では採用されました。私は救急医学会の会員でもあるのですが、そちらの倫理関係の委員会で、延命医療の終了事例について、データ集積の方法を更新して新たにやり直すことにしたのです。そのやり直しにあたっていい機会なので、延命医療の「中止」ではなくて、「終了」にしましょうと提案しました。つまり、やるべき治療をやめましたというニュアンスではなくて、やるべきでないもの、やめるべきもの、本人のためにやるべきでない医療行為について、やめることにするのだということで、「終了」にしましょうということを申し上げたのです。そしたら、救急医学会の先生方は、「そうしましょう。そのとおりですね」と

おっしゃいました。そうやって医学会の側でも変わりつつあるところが出てきておりますので、この際、消防庁の報告書としてもそのようにしていただくのが、私はよいと思います。

【部会長】今の点も含めてですが、皆様のご意見を伺いたいと思います。いかがでしょうか。

〇〇委員、お願いします。

【〇〇委員】ACPに関しましては、消防本部へのアンケート調査で、家族やそれ以外の方が救急車を要請した理由として、気が動転した、パニックになったというのと、家族間の情報共有不足や意見の不一致というのがありますが、これはACPを進める中で、そこに家族も一緒に参加していろいろな話し合いをするということで、この気の動転とか、情報不足、不一致というのがなくなってくると。そうすると、そもそも呼ばなくなるということで、そういう効果が期待できますので、そういう意味では、ACPということは入れておいたほうがいいのではないかと思います。

それに関連して、やはり要請した理由の中では、施設等の情報共有不足とか、施設等でのルールがないためというのがありますので、前半のところでお話がありましたけれども、その施設の中できちんと、制度としてはできつつあると加算のところにあるので、それをきちんと整備していくということで、これも呼ばなくなるという効果があるということで、アンケート調査でこういう要請した理由に対して、それに対してはこういうことをすれば防止の効果があるというようなことというのは、入れてもいいのではないかと思います。

基本的には、恐らく、在宅医療がしっかり入っている所と、施設がしっかりした所は、当然、もう最初から呼ばなくなる。では、それでも呼ばれる所はどういう所なのか、どういうケースなのかというのは、今後きちんと調査して、それに対する対応を考えていくという方向性が必要ではないかと思えます。

【部会長】関連ですけれども、5ページ目の、先ほど丁寧に読んでいただいた、最後の段落の、まさに最後の4行目くらいですけれども、「人生の最終段階を迎える準備を進めることで、必要のない救急要請を避けることが重要であり、医療、福祉等関係者が取組を進めること、患者本人や家族等がどのような最期を迎えたいかを考え、医療従事者、介護従事者、家族等も参加して準備を進めていくことが大切である」というのは、もうまさにこれは、アドバンス・ケア・プランニングが大切だということを行っているので、そこへはっきり、例えば「厚労省もこういうことを言っていますよ」ということを書き足すかどうかくらいの話かなと思っているのです。別に、省庁間で何かという話はちょっと。そういう印象を持たれたとしたら、別にそれはないと思います。そこに厚労省の方もいらっしゃいますし。

もう1点のほうは、言葉の問題でもあるのだけれど、なかなか、ご意見が他の委員の方にもあるかもしれませんけれども、それ以外も含めてご意見を伺いたいのですが。この素案をまとめる段階で、もう少しこうなったらどうかというご示唆を頂ければと思います。

【〇〇委員】2点ございます。1点は、2ページ目の下から6行目のところの、先ほど「高齢施設」

という言葉について指摘のあった点です。これについて、今日、詳しく教えていただきましたので、むしろ気付いた点ですけれども、本当にさまざまな、高齢の方が入所している施設があるということで、例えば、他の施設とは性格が異なるといえそうなサービス付き高齢者向け住宅のような施設においても、ここで議論している問題が当てはまるケースがないかと言えば、恐らく、なくはないのでしょう。そこで、要望なのですけれども、資料の中で「高齢施設の嘱託医等」と言っているときの、想定されているものがどういうものであり得るかということについて、何らかの形で少し注記をするとういのではないのでしょうか。

ただ、その前提として、先ほどの説明の後に〇〇委員から、施設によって——私の理解は十分ではありませんが、想像しますに、医師と何らかの関係を持つことが要求されている施設もあれば、そうではない施設もあったり、あるいは、条件として要求されてはいないけれども事実上は医師の関与あることが多い施設もあれば、恐らく、事実上もそういうことがあまり想定されないような施設があるか・ないかですとか、様々ではないかと思えます。そのようなことが議論の前提として、あるいは、この対応の可能性を今後考えていくにあたって重要な気がいたしまして、可能な範囲で、できれば次回にでも、医師や看護師の配置とその施設の関係の制度的なところだけでも、何か一覧表のようなものが分かれれば、ありがたいなと思いました。それが1点です。

もう1点が、意見ですけれども、すみません、事前にはお送りできなかったのですが、3ページ目の上から2つ目の※印のところの、家族の意向のところですが、以前のスライドにも同じような表現があったように思いつつも、気になりますのが、「家族等が、自分自身の意向を示す場合も」と書かれていまして、他のところの議論では、傷病者の意思が基準であって、傷病者の意思はこうだということについて、家族が何かを言うということ想定して議論をしていたような気がしまして、本当にこのように、家族等の自分自身の意向という形で取り上げて、「推定のため」とはいえ、「資料の一つと捉える」ですとか、さらに、このただし書きの趣旨が、もしかすると、私自身が取り違えているかもしれませんが、卒然と読みますと、家族が中止を望む意向を示しているときに、その心情に配慮すべきだとも読まれかねないような書き方になっているように思ひまして、ここの4行は、すみません、具体的な修正案は今の時点ではご提案できませんけれども、表現を変える必要があるのではないかと思います。

【〇〇室長】先ほど、施設の類型と医師などの配置の関係だったと思いますけれども、ちょっと、今は老健局の人間は来てないのですが、昔、老健局にいた、昔取ったきねづかみみたいな話になるので申し訳ないですが、医師がいるのは、特養と老健施設、あと介護医療院だけです。嘱託医とか配置医とかいう形でいるのはそれだけだと思ってください。あと、小規模特養などは当然入っていますけれども、グループホームにはいませんし、看多機とか、小規模多機能とか、そういった所にもいません。医師は、バックアップで付いているようなところというのは、つまり、契約して、面倒を見てくださいというような感じで付いているところは、当然、民間施設とかでもあるのですけれども、介護保険

法上で付けているというところは、もうそれくらいだと思っていただいて結構だと思います。

あと、先ほどの※印のところの言いぶりですけれども、〇〇先生のおっしゃったのを私も少し思っていて、気持ち悪い文章だなと思います。自分自身の意向を示す場合というのは、あくまでも周りの人が、「うちの父ちゃんを何とかしてやってくれ」と言う、その周りの人そのものですよね。ということなので、それは、はっきり言えば、ACPという話の中では、雑音ではないのだけれども、やはり、本人の意思を推定するということが基本になっていて、本人の意思を推定して、周りが「彼は生きていたら何を考えるだろうか」ということを慮ることが重要なので、そこは、「本人の意思を推定するための資料の一つ」となったときに、では誰が推定するのかという話になるわけなのです。だから、この文章はもう少し変えたほうがいいかなと思います。

もしかしたら、救急隊の活動の中で、「うちのお父ちゃん、何とかして！」とか言われるというような、動転した家族の気持ちも配慮してあげてほしいくらいの話であるならば、それはそう書けばいいし、ということですよ。だから、そこはもう少し書き分けないといけないのかなと思いました。

あと、私から1点というのは、「今後の方向性」のところ、最後のほう、2段落目の「また」のところ、「フレイルの観点」と書いているのですけれども、いきなりここに「フレイル」がぼんと入ってくると、何となく据わりが悪いと思っていて、できれば、2ページの背景説明みたいなところで、「一方で」みたいな感じで、ACPが盛り込まれたとか、「生き方・逝き方を探る努力がなされている」というようなところの中に、多分、「フレイルの考え方が普及してきている」とか、「ACPが普及してきている」といったことが、こういうことを考える基点になっています」という形で処理するほうが、少し読みやすいかなという気がいたしました。

あと、最後のところですが、どのような対応をするにしてもという、ACPの重要性という話ですけれども、私どもは別に、「厚生労働省が」と書いていただいても、書いていただかなくても、どちらでもいいのですけれども、政府全体としても「骨太の方針」の中にも、ACPは普及させるみたいな話が出ていますし、別に、これはどこが書いてもおかしくない文章だと思いますから、ぜひとも書いていただきたいですし、もし書いていただけるならば、ACPの横に「人生会議」という名前が付いたので、「人生会議」という言葉も入れていただければ幸いです。

【〇〇委員】最初の、「家族等が望む」というところは、そもそも大前提としては、傷病者本人が蘇生を望んでいないという医師を表示したという前提がまずあるはずなのです。その上で、家族も中止を望んでいると言っているという意味なのか。ただ、その後に「傷病者本人の意思そのものではないので」とあって、これはもう何を言っているのか分からない文章になってしまっているので、基本は、そもそも家族がしたくないと言っても、それは本人の意思ではないから、これはそもそも前提に入っていないのです。なので、この書き方はおかしいので、家族が「本人が望んでないと言っていましたよ」と言って、なおかつ、さらに家族本人も「望んでいません」と言う意味なのかどうかというところをはっきりさせないといけないので、ここはしっかり書き換えないといけないと思います。

【部会長】そうですね。書きぶりをもう少し丁寧にしたほうがいいのかもかもしれませんけれども、何か、現場の状況をよく写していると思うのです。だって、本人は倒れているので、それで、救急隊が駆け付けて行って、誰が対応するかというと家族で、その家族の中で「心肺蘇生しないでください」と言う。それは、その人の意向なのか本当のあれか、十分、分からないので、だから、本人の意思を推定するための資料の一つにはなるかなという感じですよ。でももう少し、本当に大事なほうは、先ほどから皆さんが言うておられるように、結局、本人の意思というのをどうするかという話だから、もう少しうまく書けばいいかなと。

【〇〇委員】先ほど、〇〇委員からご指摘があったのと重なりますけれども、医療・ケアチームとの十分な話し合いを踏まえて、本人の意思が、ある段階で、書面になっていなくても、いったん明示的に示されているケースもあれば、そうではないケースもあると思うのです。口頭にせよ明示的に示されていないケースで、けれども、家族が「きっとこのお父さん、お母さんであれば、やってほしくないはずだ」と言ったときに、どうするかという問題があると思ひまして、その場合も、家族が非常に深い関係を持っていて、本人のことを真摯に思っている家族だと判断できるから、本人の意思を推定できたとしてやるかどうかという、限界例をあえて挙げて申し訳ないですけども、そこについて、あまり踏み込んだ方向性を示すのは時期尚早ではないかという感覚を持っているものですから、ここにこだわって発言をさせていただきました。

【部会長】抽象的にはすごくよく理解できるのだけれども、〇〇委員、今すぐでなくていいのだけれども、少し助けてくれますか。

【〇〇委員】書き方の問題については、先ほど、具体的にというのは申し上げられないと申しましたけれども、もちろん考えさせていただきたいと思ひます。

【部会長】先ほど出てきた問題の1つで、「高齢施設の嘱託医等」というのが、やはり、「高齢施設には嘱託医が全部いるんだ」というようなことを考える人もいないかもしれないけれども、これだけの表現だと、実はまだ限られた所で医療との連携というのがなされているわけだから、少し何か書き加えるなり、何なりというのがあってもいいかもしれません。今日の〇〇委員のお話も頂いたわけですから。ほかの先生、いかがでしょうか。どうぞ。

【副部会長】少し観点が違うのですけれども、1ページ目の一番下のところに、「救急隊は救命を役割とし、心肺停止状態の傷病者については速やかに」うんぬんと書いてあります。アンケートでも、応急手当をしながら病院へ運ぶことが、救急隊の責務であるというのが94.5%でしたか。これは変えないというか、このスタンスは、しっかり消防は持っていただくのは当然のことで、これが何か変わるのだというような印象はよろしくないと思ひます。119番通報は地域の救命とか救助が、全力で機動し始めて、その最適化をどうしようかというのを、いろいろと議論をしてきたわけですから、それは今後とも変わらないと思ひます。

1ページの上のほうを見ると、傷病者本人の意思が共有されていないとか、現場の家族がどう対応

したらいいか分からない、医療機関へ搬送して欲しいというような事例が増えてきたために、それらへの対応を含めその幅が広がっている。だけど、今日のお話からしたら、老人施設なども対応されているし、在宅も対応してきている。とすれば、その制度が完成したら、119番通報があれば、消防は一生懸命救助することに尽きる。救急や救助以外の要請が混在しない制度をどうしたらできるのか、救急に関わる者がこれから考えなければいけないと思います。今回の議論は、消防の核心的な役割がないか変化するというものではないと思います。そうだとすると人の人生への終止符の打ち方が大きく変わる過渡期に、消防もこれまでにない対応も視野に入れなくてはならない、それをどうするかという議論だと思います。この点がぼやけるようなメッセージでないほうが良いと思います。そこを留意していただければいいかなと思っています。少し違う観点からでした。

先ほど、「中止」の話がありましたけれども、やはり、「開腹したけど手術を中止する」というのは、居心地の悪い気がします。「開腹して転移があったので手術は終了します」というのは了解できるけど、「病巣を切除できないから中止します」というのは、医療の現場ではあまりなじまない気がします。

【〇〇委員】ありがとうございます。「終了」が文脈になじむ場合は、それがいいと思うのですが、文脈的に「終了」という言葉が、少し語感がよろしくない、違和感がある場合には、「取りやめる」とするとか、工夫の仕方はあるのではないかなと思います。

【〇〇委員】「中止」と「終了」のお話ですけれども、私の認識では、消防の中の用語としては「中止」というのがもうずっと続いてきているところがありまして、工夫はしなければいけないのはよく分かったのですが、いきなり終了というところから出されると、多分、「え？」というところが報告書としてはあろうかと思うのです。もし言葉を変えるとすれば、どこかできちっとした注釈も必要となると思いますし、「心肺蘇生の中止」というところなのですから、他にもいろいろな救命の処置をしながらやっているところの中での、一部を中止するというようなニュアンスで捉えているのですが、それでも、「終了」というと、心肺蘇生の活動自体を全部終了してしまうのかとか、そんな捉え方もあろうかなというところなので、十分に配慮が必要かなというのは、私、個人的に思います。

【部会長】ありがとうございます。いかがですか。

【〇〇委員】ACPの件が高まりましたので、消防局としても、スピード感も含めて行っていただきたい。できるだけ書いていただいて、推進していただきたいと思います。その裏付け資料ではないのですが、実は広島県の中にACPの普及促進ワーキングというのがありまして、親会議のほうにも広島市消防局は出席させていただいているのですが、実は、県内で開業医をされておられる約2,300人の先生方に対して、「ACPの認知度はどうですか」という調査をされておられます。回収率は3割ということですので、約700という状況ですが、その700の回答のうち、医師がACPを知っている・理解していますと言われる方は約4割というデータが出ておりますので、そういう意味においても、積極的に、PRを含めて、後押しをしていただければと思います。

【部会長】ありがとうございました。他にはいかがですか。

【〇〇委員】付け加えていいですか。結果的に、最終的な検討部会の報告書の「今後の方向性」を見る限りにおいては、私の理解が正しいかどうかはあれですが、基本的には、全体を見ながら、両論併記、ニュートラルな方向での現状を書きながら、あえて結論めいたというか、あまり針を右に振ったり左に振ったりという考えではない、先々もう少し様子を見て、もう一回部会を開かれるということのようですけども、またその部会終了後、また年月がたって、実態とか、そういう経験であるとか、そういう知見が蓄積された状況で、またあらためてこういう部会を開かれて、また最終的にどういう方向性がいいかということを示していくという考え方でよろしいですか。

【部会長】私が答えるのもあれですけども、おっしゃるとおりだと思います。今後の方向性のところで、最初の段落にあるように、実態調査をやっていただきまして、それはそれで貴重な結果が出ていると思うのですけれども、しかしそれでも、まだ十分に明らかになったとは言えない。千差万別な具体的状況というのも、本当はもう少し調査が進んだり現場の意識が高まっていけば、ある種の類型化はできるかもしれないのですね。そうすると、もう少しこういう場合はどうということが議論できるかもしれないけれども、今の段階でとんと1つ何かというには尚早ということでしょうね。だから、そこにあるように、「今後、事案の実態をさらに明らかにしていくとともに、各地域での検証を通じた」ということで、現場でルールを定めていない所もまだ相当にあります。ただ、問題としては意識している。それを現場で議論していただいて、他方では、今日も施設の対応が、例えば介護加算というもので、全部の施設ではなくても医師との連携が深まっていく可能性がある。

他方、厚労省の人生会議であれ何であれ、こういう形でのアドバンス・ケア・プランニングを進めていくという方向性では、誰も反対もしていません。それが進んでいけば、望まない心肺蘇生を実施されるようなことが現実に減ってくるかもしれない。それが一番望ましいと思います。今、そういう状況の、つまり、まだそれが救急の現場にかかっているというか、そういう状況の、何という表現をすればいいのか、ツケというのもいけないだろうし。それが救急のところへやってきていて、救急のところでは困惑しているという、その状況をまずこうやって皆さんに伝える。救急の他の現場だけではなくて、国民の方にも、とにかく知ってもらおう。救急隊が困っているだけではなくて、結局家族も、それから本人もこの事態は困るわけです。そうすると、こんなふうにならないようにするためには、自分たちのためにもどうしたらいいかという話になるので、今、こういう状況があるということを広くメディアの方にも協力していただいて伝えていただくというのが、まず第一歩。その上で、しかし現場ではいろいろ工夫も始まっていますということも、この中では伝えてはあります。これがベストで、これが100点でこっちが0点という話にはならない。

だから、先ほど副部会長がおっしゃってくださったように、救急隊の本質というのはずっと本当は変わらないわけです。それがぐらぐらするようでは困る。ただ、それが望まれていないような家族とか本人に対してということになると、救急隊の本質でも何でもなくなってしまっているという、委員の方々には全部ご承知のようなことをここで繰り返しているだけですけども。この「中止」と「終

了」という、言葉の問題も非常に重要なので、どうですか。

これは法律用語とも言えないけれども、〇〇委員、どう思われますか。私も「終了」というのはピンとこなくて、でも今日、〇〇委員がおっしゃったので、そういうようなことで中止をやめたいのかと。中止というのは本来は当然すべきことをやめることというニュアンスがどうしても感じられるというお話で、なるほど、そういう感覚もあるのかと思ったりしましたけれども、どんなものですか。

【〇〇委員】判例は「中止」という言葉を使っています。判例は治療中止が許容できるかという問題設定をしていますから、判例の表現に準拠するのであれば、「中止」という表現になってくるのかも知れません。あと、私は刑法が専門なのですが、刑法の規定には、「自己の意思により犯罪を中止した」ときは刑を減免するという規定があるのです。犯罪は本来してはいけない行為ですが、それについても「中止」という言葉が用いられています。刑法の規定としては、いいか悪いかは抜きにした上で、本人が実現しようとしたことの自発的な断念を中止と表現しており、特に色がついているわけではないようにも思いました。

【〇〇委員】ご発言、ありがとうございます。判例にて「中止」と使われているのは、私も承知していますが、判例に出てくる「中止」も、医療倫理や臨床倫理の中で「中止」という言葉が使われていたので裁判官がお使いになったと。そういう順番だと思います。

【〇〇委員】あえて申し上げますと、先ほどもご発言がございましたけれども、現場の方に分かりやすい表現という問題意識から、現在の表現ぶりを踏襲するのか、今後のあるべき姿を提唱すべく、あえて表現を改めるべきかということが、検討事項になるような気がいたしました。

【〇〇委員】冒頭、私が挙げましたように、この内容をメディアの人に広く、一般の方にも伝えていただくという目的があるのであれば、一般の方がどう受け取るかということも重要かと思えます。そういう意味では、「終了」という言葉を使うけれども、それが現場に伝わる時は、これは今まで言っていた中止のことだよということがはっきり分かるようなことを、注釈として入れてあげるという形にすれば、一応両立可能かなと思います。一般の方に広く知らせたいという大きな狙いがあるのであれば、一般の方がきちんと正しく受け止めていただける言葉を使ったほうがいいかと思えます。

【〇〇委員】全くの普通の市民的な感覚で発言するのですけれども、「終了」というのはあまりよく分からないのです。「心肺蘇生を終了」。「取りやめ」は非常にぴったりいきますね。心肺蘇生を継続するのではなくて、取りやめる。非常に分かりやすい言葉だと感じます。「終了」というと、どんなことだろうという印象があります。これまで「中止」という言葉を使ってこられたという経緯があるのも分かります。当然、やることが前提だったから、それを中止というのは言葉としてもぴったりだと思うので、そこを注記等、「これまで「中止」という言葉を使ってきたけれども」みたいな配慮があれば、十分対応できるのかなとは思います。

【部会長】ありがとうございます。他の点も含めて、この報告書の素案の基本的スタンスですね。ここで実態調査を踏まえて、今何が問題になっているかということ、こうやって報告書の形で整理す

るという段階に取りあえずとどめようということなのです。その上で、何が重要かというアドバンス・ケア・プランニングの発展というのか、実質化であったり、それからそれぞれの救急本部でもう少し現場で考えていただく。それをまた集積していくというステップバイステップというのか、プロセスを踏むということのほうが今は重要かという判断で、こういう素案という形になっています。

そういう基本的な方向性のところで、皆様からも一応ご賛同いただけていると思ってよろしいですか。それが一番大事なので。

【〇〇委員】今の点ですが、こういう言い方がいいのかは分からないのですけれども、私自身は素案に賛成です。それは、先ほどの事務局の方からのご説明にもあったように、いろいろなことを考慮しながら、すごくご苦労されてまとめられているので、もうそれ以上何も申し上げることがないということです。

1点だけ、これは私の要望みたいなことも入るのですが、ここに広島の〇〇委員とかいらっしゃるので、こういう中立の書き方で、多分、広島の方とか埼玉西部の方とかはこういう言い方が誤解を与えないようにするべきだと思うのですけれども、通常の救命もしつつ、さらに努力をされている。すごく先進的な取組をされている所が、この文章を見て「よし、私たちはこれからも続けて頑張っていける」と思えるのか、そうではなくて、少しやはり引かなければいけないのかなと思うのか、そのところだけの確認をしたいのです。もし、先進的な取組をされている所が少しでも躊躇するようなことになるなら、もう少し踏み込んだほうがいいのかなど感じたりします。そこだけ、指名して申し訳ありませんけれども、ご意見を伺えればと思います。

【部会長】もちろん、〇〇委員と〇〇委員が全国の消防本部を代表してというわけではないのだけれども、現場を一番よく知っておられるので、〇〇委員と〇〇委員から、こういうものが出て現場にマイナスになるようでは、本当に何のためにやっているのかという話になるので、その点は本当に大事なことではあります。率直にお話を伺いたいと思いますが、どうぞ、まず〇〇委員。

【〇〇委員】以前、素案の方向性の時にも少しお話しさせていただいたのですけれども、報告書として、今までは心肺蘇生を取りやめるということについては表立って出ていなかったものが、国のあり方検討の中の部会の中でこういう状況があるということが紹介されている。紹介されている中身については、非常に高く評価していただいている、特にこれが問題がありますということではないので、表に出た、活動が紹介されたという点においては非常に高く評価しています。消防本部名もあえて出ていますので、我々からすると特にやめなさいと言われていないわけではない。風向きは我々のほうにあるのだろうと勝手に思って、現状のまま、傷病者の意思に沿った形の対応を続けていけと。

逆に、懸念するほうが少し多くて、取組をしていない消防本部、何もしていない消防本部が、両輪明記のニュートラルな報告書が出たときに、我々はどっちに動けばいいのかという、風がどちらにも吹かないというところのほうが少し心配です。最終的に、流れていく方向は、恐らくそれぞれ個人で違うとはいえ、傷病者の意思に沿った方向に行くのだろうとは思いますが、それを動かす機

動力といますか、エンジンといますか、今後を動かす内容とするなら、この報告書を最終的にまとめるときには、頭の冠の書きぶりのところに少し表現されて、風をどちらかに針が振れるような形にされるほうが、より知見や蓄積の部分は広まっていくのではないかと、個人的には思っています。

【部会長】〇〇委員。もちろん、パスする自由もあります。

【〇〇委員】私どもも当初から、いわゆるこういう意思がCPRではない、そういうことをしてもらいたくないという人があったときに、消防はどうしたらいいのだというところで困っていたところが一番最初です。そのためには、例えばこういう指針を出してもらおうとか、そういう有力になるものが欲しいというお話をずっと言っている話です。

ただ、これが出てみると、〇〇委員がおっしゃったように世間が注目する。いろいろなことを考えていくというのは確かにいいと思いますけれども、この中でニュートラルなところが、どちらにしたらいいのかというのは、確かに分かりづらいとは思いますが。ここで見ると、多分、事後検証というところが明らかに書いて、今からなかったことだと思います。ですから、この事後検証をしていくということを、分からないけれども、多分、消防庁さんがこれを通じて今後もまた考えていきますよというところなので、これだけ見ると、もしかしたら事後検証をしなさいという通達とかが出てくるのかなど。勝手な思いですよ。こういうのが出てきて、そういうあったことを集約して、今後とも検討してまいりますというメッセージかなとは、この一文では読み取れるのです。

ですから、確かにいろいろな社会情勢があって、全国的にもいろいろな取組をしていますよというところは、消防側で全て分かっているかといったら、分かっていることは、いろいろなことを書いてあって、そういう取組も全国にあるのだなと分かってくる。分かった上で、今度うちでいうとMCとのお話し合いとか、もしくは他の医師会とか、いろいろな、今広島さんが言われましたように、ACPについての会議体とか、これへの参画とか、そういうことは逆に積極的にしていかなければいけないだろうという、きっかけにはなるかと思えます。

ただ本当にどうしたらいいのという結論といわれたら、書いていないので、本当にどうしたらいいのかという話にはなるかと思えます。一石を投じるという意味では、こういう報告書というか、みんな考えているのですということも伝わろうかとは思いますが。最後、事後検証をあえて書かれているということは、そういう方向性なのかなという気はしています。

【〇〇委員】〇〇委員のお話に関連して、全体の方向は「こうだ」と言い切るのではなく、状況をすごく丁寧に踏まえて、非常に複雑な事情があることも踏まえられていて、本当によくできているなど感心しました。

私は、こういうコメントを最初のほうに手紙で出したのですが、3の基本的な認識のところの一番最後、「救急現場等においても前述のような制約がある中、このような医療・ケアチームとの十分な話し合いを踏まえた本人の生き方・逝き方は尊重される方向となっていくものと考えられる」。とても丁寧な言い方ではあるのですが、この委員会として「いろいろな制約がありながらも本人の生き

方が尊重される方向になっていくほうが望ましい」くらい言い切るのが良いのかなと、私は個人的には思ったのです。もちろん、制約があるので、急いでは駄目だよととても丁寧に言われている。その後のことでいくとものごすごく丁寧に言われているので、冒頭のところでは前述のような制約がありながらも尊重される方向となっていくのが望ましいとか、望ましいと考えられるでもいいですが、時間がかかってもこちらの方向にいきましょうということはどこか言っておいても、別にここでなくてもいいのですが、何かの形で言っておいたほうがいいのかなどは感じました。

【〇〇委員】現時点では列挙でやむを得ない状況かと思いますが、現時点での検討結果はこれです。ただ将来的には、いろいろな事案の集積とか知見が蓄積、あるいは事後検証を行った時点で、もう一度検討して、その点である程度方向性を出しますよとか、将来に希望が持てるような。現時点ではあれだけれども、それが2年後なのか3年後か分かりませんが、その時点でもう1回検討して、方向性なりを見せませうということがあったほうが良いと思う。

5ページの「5 今後の方向性」の1段落目の最後のところで、「標準的な手順について検討を進めることが望まれる」と、人ごとのように書いてあるのです。ここをもう少し積極的に「検討すべきである」とか、そういうふうに、救急本部の方がこれを見て、将来もう少しきちんとしたものが出るのではないかという方向性を、そこで見せたほうが良いのではないかと思います。

【副部会長】〇〇委員から、事後検証のことが書いてある点に言及がありました。119番通報に救急・救助の要請と言うより、終末期の対応に家族が困り119番に掛けた事例への対応が必要になってきた。このことを消防本部で考えるときに、消防本部だけで考えても問題解決難しい。やはり地域を救急関係者と連携の必要があり、その際、医師会、救急医療機関、行政等々の組織・団体が加わるMCがプラットフォームとして存在する。取りあえずはMCだと事後検証委員会が良いのかなと感じました。

それと、1ページ目の現状のところの、3つ目の段落の上から3行目、「傷病者本人の心肺蘇生を拒否する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。その1、2行下に「前者には大阪市消防本部」と記載され、傷病者の心肺蘇生拒否の意思表示を伝えられてもとにかく運ぶぞというようなニュアンスとも読めますが、2ページ目を見るときちゃんと「大阪市消防本部では」、その3行下、「家族や関係者に十分に説明の上必要な応急処置を」行っていると書かれており、接遇といわれるものに配慮されている姿勢が読み取れます。この点は、いいかと思うのです。広島・所沢もお聞きしたら、現場対応の短い時間で、接遇と表現してよいと思いますが、現場対応にいろいろなノウハウがあることが理解できました。

病院到着後に病院前の経過を家族から聴取するとき、重症であればあるほど、家族には経過が整理出来ていないことが多くあります。家族からこの経過を聞くときに、「救急隊が来たでしょう」というポイントを言うと、「あ、救急隊が来られました」と。その前はどうでした、その後はどうでしたと、救急隊が現れたことが、非日常的ストーリーの中で浮かび上がるメルクマールになっていることを多く経験します。そのメルクマールを手掛かりに前後に思い出してきて、「そういえば救急隊到着前はこ

うだった」と経過の整理が進みます、救急隊到着が強い印象として残っているということだと思えます。だからこそ救急隊の広い意味での接遇がものすごく大事で、ここに現場の人達はいろいろなノウハウを持っているはずで、マニュアルに沿って「こうこうで必要だからこうです」と医学的な説明するだけではないと思えます。これは、未だに多くが暗黙知として現場で共有され、伝えられているのかもしれませんが、そろそろそれを広く伝えるような努力も必要なのではないかと思えます。

【部会長】ありがとうございます。大体時間が迫ってきましたけれども、何か他に。よろしいですか。

私から一言だけ、今日の最後の点に関係するのでしょうかけれども、この検討部会自身がどういう表題になっているかという、「傷病者の意思に沿った救急」という話になっているので、それが結局難しいですね。傷病者の意思に沿った救急ということを実現するのが、現場では本当に難しいけれども、しかし傷病者の意思に沿ったものでなくてはいけないだろうというのは、やはりコンセンサスというか、はっきりメッセージとして出されるのではないかと思っております。

今日は、ここまでにしたいと思っておりますけれども、事務局から何かございますか。

### (3) その他

【事務局】ありがとうございました。

最後に、スケジュールをお伝えしておきます。資料3をご覧ください。

次回の第7回目につきましては、一番下段にあります、平成31年4月以降に検討部会を開催し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。

## 6. 閉 会

【事務局】部会長、ありがとうございました。

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6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)