

令和元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7回）

令和元年7月3日

1 日 時 令和元年7月3日（水）10時00分から12時00分

2 場 所 T K P 東京駅セントラルカンファレンスセンター ホール11A

3 出席者 部会長、副部会長、委員10名、オブザーバー

4 会議経過

1. 開 会

【事務局】 それでは、定刻となりましたので、ただいまから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7回）を開催させていただきます。

本日、司会進行を務めさせていただきます、消防庁救急企画室の〇〇と申します。よろしくお願いいたします。

ではまず、はじめに、委員の交代についてお知らせさせていただきます。第6回の検討部会まで委員としてご参加いただいていた、大阪市消防局の〇〇委員におかれましては、本年度の人事異動に伴い交代となっております。同じく大阪市消防局の〇〇様に交代で委員となっていております。よろしくお願いいたします。

【〇〇委員】 〇〇でございます。よろしくお願いいたします。

【事務局】 よろしく申し上げます。

次に、委員の欠席についてでございますが、本日は〇〇委員と〇〇委員におかれましては、ご都合のためご欠席とのご連絡をいただいております。

また、本日、後半で、地域での取組の事例のご紹介を柏市様からしていただく予定でございます。本日は柏市保健福祉部地域医療推進課専門監、〇〇様。

【〇〇専門監】 よろしく申し上げます。

【事務局】 柏市消防局救急課主幹、〇〇様。

【〇〇主幹】 よろしく申し上げます。

【事務局】 お二人にもご出席いただいております。よろしくお願いいたします。

続きまして、資料の確認をさせていただきます。お手元の資料をご確認ください。次第、委員名簿、席次とございまして、資料の1でございます。本検討部会の報告書（案）としまして、6ページの資料がございます。これに関連しまして参考資料としまして、8ページで構成しております新旧対照表をご用意させていただいてございます。次に資料の2としまして柏市様からご提供いただきました「柏市における在宅医療・救急医療連携の取組み」として、15ページの資料を準備してございます。

資料の不足、乱丁落丁等ございましたらお知らせください。

それでは、開催に当たりまして、〇〇部会長よりご挨拶を頂戴したいと存じます。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。私はどうしても話が長くなってはいけないと言われてるので、できるだけ短く2点だけ申し上げます。

今日は第7回目ということで、今日の最後のテーマは、しかも一応最終の会だというふうには私は聞いておりますので、今日、皆様方に、今日、〇〇さんと〇〇さんが参加することができなかったのは残念ですけれども、そのお二人を含めて皆様には丁寧にこの報告書の案文を含めて方向性や考え方で丁寧な議論をいただいたということを、まだ今回これからもう一回あるのでちょっと早いかもしれませんが、後で忘れてしまうといけないうので、深く感謝申し上げます。これが1点。

2点目はそれに関連して、この間、この問題について、私が全部把握しているわけでもないですが、朝日新聞とかNHKとかほかの新聞等でもこの問題が取り上げられて、21世紀の超高齢社会である日本において、今まで20世紀にはなかったような問題で救急の現場が困惑しているというようなことは、私も学ばせていただきました。それからそれが、ほかの私と同じような普通の人々にも理解していただくというのは非常に重要なことだと思って、報告書という形で何らかの形でまとまるというのも、まだ結局これで全部終わりというわけでもないけれども、重要な一歩なのかと思っております。

それで今日の議題は、さっき事務局の方から説明があったように検討部会の報告書を、今までも十分に事務局を含めて丁寧に推敲していただいているのですが、改めて確認して、今回はこれで確定するというようなことであればいいと思っておりますが、これから議論の時間をいただきます。

それから、さらにさっきご紹介ありましたけれども、柏市における在宅医療、救急医療連携の取組というのを聞かせていただくそうです。こういう検討会の最後のときにこういうオブザーバーの方に参加していただくというのもある意味では異例なのですけども、やっぱりこの問題が今後も続くという意味では貴重な学びの機会をいただいて、その意味でも感謝しております。

もう十分長くしゃべりましたので、ここから議事に入りたいと思います。

【事務局】 部会長、ありがとうございました。

それでは撮影はここで終了とさせていただきます。マスコミの皆様におかれましては、ご配慮のほど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。

3. 議 事

【部会長】 それでは、今日の主たる議題だと考えておりますが、検討部会報告書（案）というのが資料1にありますので、それから赤字の入った修正履歴が入っているようなものもありますので、どちらかを、あるいは両方を見ながら、まず事務局からの説明を伺いたいと思います。よろしくお願いいたします。

【事務局】 救急企画室長の〇〇です。私から資料1と資料1の参考資料の両方を用いまして、簡潔にご説明いたします。

前回お示した素案について、検討部会でいただきましたご意見、それから事前に委員の皆様方からいただきましたご意見を反映させますとともに、全体として表現を精査して見直しを図ったところです。素案からの変更を中心に全体を簡潔にご説明いたします。

参考資料の報告書案と素案の対照表をご覧くださいような形でご説明いたします。参考資料の右側が前回ご検討いただいた素案で、左側が今回の報告書案です。青印は前回の素案から削除したもの、赤は追加したものとなっています。

まず、「はじめに」ですが、こちらは検討部会における各消防本部の発表などを踏まえて、親会の報告書に記載された内容、こうしたものを付加して膨らませました。検討に至った背景などを記したものですので、ご確認いただければと思います。

続いて「2 現状」以下です。こちらは表現を精査したところでして、内容に変更はありません。救急現場等で、傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望んでいないと伝え

られる事案について、実態調査によりますと、平成29年までに616消防本部、全国の85%が、こうした事案があった、またはあったと思われると回答している、としています。この調査から見える典型的な事案としては、傷病者本人は、老衰やがんなどにより人生の最終段階にあり、救急隊の現場到着時には心肺機能停止状態となっている患者で、事前に心肺蘇生を望まない意思を家族、医師、看護師、介護従事者等に示していたところですが、傷病者本人の意思が共有されていない、家族等がどう対応したら良いか分からない、医療機関へ搬送して欲しいなどといった理由で救急要請に至るものです。救急隊には、書面や口頭で、家族等から傷病者本人の意思が伝えられています。

おめくりいただきまして、その次にはさらなる詳細の調査結果で、昨年7月1日現在で396消防本部、全体の54.4%はこうした事案に対する対応方針を定めておらず、他方、332消防本部、全体の45.6%は対応方針を定めているところでして、この332消防本部のうちの201消防本部、60.5%は心肺蘇生を実施しながら医療機関に搬送する対応方針、30.1%は医師からの指示等の下に、心肺蘇生を実施しない、又は中止する対応方針としています。前者には大阪市消防局、後者には広島市消防局や埼玉西部消防局があると記しています。

「3 基本的な認識」ですが、こちらもおおむね表現の精査です。救急隊は救命を役割とし、心肺機能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。

※印、注釈ですが、救急現場等は緊急の場面であり、多くの場合医師の臨場はなく、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など時間的情報的な制約がある、としています。

一方で、ということで、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、ACPの考え方が盛り込まれた、としています。前回のご意見の中で、ACPの愛称である「人生会議」を入れるのが適当でないかといったご意見がありましたので、記載しています。「このように、本人の意思を尊重しながら、医療従事者、介護従事者、家族等も参加して生き方、逝き方を探る努力がなされている。」と記しています。

続いて、「救急現場等においても、時間的情報的な制約がある中ではあるが、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、逝き方は尊重されていくものとする。」としています。前回のご意見を踏まえ若干強めの表現に修正しています。

おめくりください。続きまして「4 現場での対応等」です。こちら前回のご意見等を踏ま

え何点か修正しているところです。

「(1) 心肺蘇生について」ですが、先ほどの「3 基本的な認識」に立ち、救急隊の対応について考察するとしまして、心肺蘇生を継続する対応については大阪市消防局の事例を紹介しています。「大阪市消防局では傷病者の生命保護を最優先とした対応をとっている。」「救急要請により出動した救急隊が心肺機能停止状態の傷病者の観察を行った結果、明らかに死亡している場合又は医師が死亡していると診断した場合以外は、家族や関係者に十分に説明したうえで、必要な応急処置を継続して医療機関に搬送する対応が取られている。」と記しています。

一方、中止する対応ですが、広島市消防局、埼玉西部消防局などの取組、また臨床救急医学会の提言等の紹介をしまして、「人生の最終段階にある傷病者について、家族等から傷病者本人が心肺蘇生を望まない旨の申し出などがあった場合には、かかりつけ医や主治医、高齢者施設の医師等と連絡し、心肺蘇生の中止の指示が出たら心肺蘇生を中止する対応が取られている。」としています。

前回、〇〇委員から、高齢者の施設や住まいについて詳しくご説明いただいたところでして、そちらを受けて表現を精査し、「高齢者施設の医師」としましたが、内容は変わっていません。

また、前回、「中止」という表現についてご議論いただきました。本来実施すべきではない医療行為をやめるものであることから、「終了」や「取りやめ」といった表現が適切ではないかというご意見があったところですが、一方、心肺蘇生以外の活動もすべて終了すると捉えられるおそれもあり、表現を変更する場合にはこうした点にも十分に配慮する必要があるとのご意見もあったということで、その旨注釈で示しています。

おめくりください。4 ページです。前回、高齢者施設のすべてに医師が配置されているといった誤解が生じないように記すべきというご意見がありましたので、「高齢者施設のすべてに医師が配置されているものではなく、有料老人ホームなどでは在宅医療等により医療が提供されている。」と記載しています。施設入所中の方でも通院している場合が多々あるということですので、在宅医療等と「等」が入っています。

続いての段落は特段大きな修正はありません。かかりつけ医についての記述です。文中「状態」を付加していますが、傷病者の病状だけでは若干狭すぎる嫌いがありましたので、傷病者の病状には入らない「状態」も追加して記載しています。

次の段落、※印ですが、ご意見をいただきまして、素案の段階で入っていた括弧書きを外

して整理したものです。「心肺蘇生の中止をすることができる場合は、個別の事実関係の評価に依存する問題ではあるが、終末期医療における治療行為の中止に関する従来の判例や学説等を勘案すると、原疾患の進行に関連し、又は老衰により、病死又は自然死が差し迫っていた傷病者が心肺機能停止となったものであり、当該中止行為が傷病者の意思又は推定的意思に合致した対応といえる場合と考えられる。」としているところです。人生の最終段階にあるということがやや広い概念であるというご指摘もありまして、括弧を外す段階で削って整理したものです。

次のところですが、家族の意向について前回ご議論いただき、幾つかの要素が一つの文章に入り込んでいるというご指摘があり、整理していただいたものです。

2つの文章に分けまして、1つ目が、「家族等が示す意向は、本人のその時点での意思を推定するための資料の一つと捉えることができるが、傷病者本人の意思とは区別されることに留意が必要である。」ということ、もう1つが、「救急隊の活動では一般的に家族等の心情に配慮すべきであり、こうした事案の場合も同様である。」としています。

おめくりください。続いて、かかりつけ医等に連絡がとれない場合のオンラインMC医への連絡となります。オンラインMC医について、かかりつけ医等との違いを素案の段階に比べより明確にし、「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いるものの、通常は当該傷病者を日常的に診療しているものではないことから、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。」としています。

続く段落も表現の精査でして、こちらの検討部会でのご議論をまとめたものです。「検討部会では、オンラインMC医から心肺蘇生を継続すべきという指示を受けることも救急隊や傷病者の家族等にとって大きな意味があるという意見や、医療・ケアチームの看護師等（訪問看護師、施設看護師等）」、これはこのように内訳ではっきり明示したほうがイメージが湧くといったご意見をいただき、括弧書きで加えたところです。「医療・ケアチームの看護師等であれば、本人等と話し合った内容、本人の意思、医療・ケアの方針等をよく知っており、そのような看護師等からの情報によりオンラインMC医は心肺蘇生の中止の判断ができるのではないかといった意見、かかりつけ医等の指示を示した書面などにより傷病者の状態をよく把握できる状況ではない場合にオンラインMC医に心肺蘇生の中止の判断をする責任を負わせるのは酷であるといったご意見があった。」ということで記載しています。

一方、かかりつけ医等に連絡がとれない場合どうするかということで、こちらは特に修正はありません。

ページをおめくりください。6 ページです。「(2) 救急隊の対応について」です。救急現場等では、として救急現場におけるさまざまな要素を引用していますが、この部会で委員の皆様から何度となくご指摘がありましたように、現場での状況というのは千差万別であり、「救急隊の対応については十分な検討が必要である。広島市消防局、埼玉西部消防局も、単にかかりつけ医等に連絡をとるだけではなく、必要に応じてオンラインMC 医と相談しながら、状況に応じた丁寧な対応をとっていることに留意すべきである。」としています。

次の段落ですけれども、MC 協議会などで十分に議論が必要であるということを明示すべきといったご指摘がありましたので、前回から修正して明示しています。「対応を検討する際は、MC 協議会等における、在宅医療や介護に関わる関係者も参加した十分な議論が必要であり、地域における人生の最終段階における医療・ケアの取組の状況や在宅医療や高齢者施設での対応の状況などの環境も検討する上で重要である。」と記しています。

「(3) 搬送について」、こちら表現の精査となっています。前回、「搬送拒否の場合」と記していましたが、救急業務の実施基準の表現に対応させる形で、「傷病者又はその関係者が搬送を拒んだ場合」に準じて考えることができる、と記しているところです。

おめくりいただき、7 ページをご覧ください。こちらほとんど表現の精査です。広島市消防局、埼玉西部消防局などの運用では、かかりつけ医等の指示により、心肺蘇生を実施しないで医療機関に搬送する対応も取られているところでして、「実態調査からは、傷病者本人は心肺蘇生を拒否する意思を示していたにもかかわらず、救急搬送されている現状が見られる。」となっています。一般的には、死亡確認や死亡診断のための搬送は救急業務に該当しないと考えられるところでして、「本来は在宅医療や高齢者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解消すべき課題であると考えられる。」としています。

前回、「傷病者の救命を目的としないため」という表現が入っていましたが、必ずしも救命を目的としない場合であっても搬送しているということですので、こちらを削り、そのまま救急業務に該当しないと続けています。

「(4) 事後検証等について」ですが、こちら表現の精査となっていますので大きな変更はありません。

おめくりください。8 ページです。最後のページで、「今後の方向性」となっています。

最初の段落ですが、「このような事案の実態について必ずしも十分に明らかになったとは言えないところであり、今後、事案の実態を更に明らかにしていくとともに、各地域での検証を通じた、事案の集積による、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。事案が集積し知見が蓄積していく中で、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・ケアに関する取組状況等を見ながら、このような事案に係る救急隊の対応の標準的な手順等について検討を進めていくべきである。」としています。

前回、ご意見をいただき、ここはもうちょっとはっきりと方向性を表現で記すべきということでしたので、「進めていくべき」と修正を入れているところです。

続く段落では、フレイルに関する記載を少し整理しまして、「今後、高齢化の更なる進展や、フレイルという概念の普及に伴い、国民の死の迎え方に対する意識も変化し、また、在宅医療の普及に伴い、人生の最終段階を自宅で過ごす選択をする人も増え、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。これらを背景に、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。」と記しています。ご意見をいただき、「在宅医療の普及に伴い、人生の最終段階を自宅で過ごす選択をする人も増え」という表現を追加しているところです。

先ほどの段落も含め、将来的には検討を進めていくべきだということで、スケジュール感ほどの程度なのかというご質問を事前にいただいているところです。現段階では、一体どのような段階になったら先ほどの標準的な手順等について検討するか、なかなか何とも言えないところではありますが、現在、各消防本部にこういったいわゆるD N A R事案の集計をお願いしていますので、今後、件数など実態が更に分かってくるものと考えています。

また、事後検証については、先ほどの記載を踏まえまして、今後MC協議会等をお願いをしていくことになると考えています。こういったところが進みまして、すぐとはいきませんが、今後議論が進み知見が蓄積していく中で、将来的に検討を進めていくということになると考えています。

また、次の段落ですが、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について、具体的な対応や想定される対応は何かあるかといったご質問がありました。事務局では現在のところ、何らかの想定している対応が特にあるわけではありませんが、例えば、今後D N A Rというものが非常に国民の中で受け入れられ、広がっていくといったことがあれば、こうしたことを前提に、かかりつけ医等に連絡が取れない場合の議論のところでもありましたが、MC医の判断により中止していくと、あるいは救急隊の判断で中止していくといったこともあり得るのではないかと考えられます。もっともその場合はひょっとしたら法改正などが必要になってくるかもしれませんが、こうしたことも考えられますし、さらにI C Tなど発展しますと、諸外国では既に行われているとも聞いていますが、電

子カルテの普及などとともに、そこに患者のDNR意思が記載され、そして救急隊がそれを見て判断していくといったことも考えられるところです。いずれにせよ、何か具体的なものを考えているわけではなく、今の話も何か具体的に進んでいるわけではありません。

続いて、※印のフレイルの説明ですが、厚生労働省の報告書などから引用し、いただいたご意見により修正したものです。ご確認くださいと思います。

最後の段落です。こちら表現の精査ですが、「どのような対応をするにせよ、救急要請があった場合、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、家族等や医療従事者など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。」としています。

「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適切に進めることで、関係者が慌てたり、関係者間での情報共有が不足することなどによる、避けることのできる救急要請を減らすこともまた重要である。」としまして、「関係者による地域包括ケアシステムの構築、特に患者本人や家族等がどのような最期を迎えたいか考え、かかりつけ医等を要とする医療従事者、介護従事者とも話し合い、準備を進めていく、ACPの取組が重要である。」とまとめています。

地域包括ケアシステムの構築が重要といったご意見をいただき、また前回、前回のみならずこの検討部会を通じましてACPについて重要であるといったご意見、何度もいただきましたので、そのところ明示しています。

大変長くなりましたが、説明は以上となります。

【部会長】 ありがとうございました。

それでは委員の皆様、一応これ全体を通してというような話にしたいと思いますので、何かご意見、コメント、補足等どんなことでもありましたらお願いいたします。〇〇さん、どうぞ。

【〇〇委員】 細かいところなのですが、8ページの真ん中辺で、人生の最終段階を自宅で過ごすというのは自宅や施設というの、要するに病院外でお亡くなりになるので救急車というお話が出てきます。今後は自宅だけでなく施設も非常に増えるので「自宅や施設」と、「施設」を追加するといいいのではないかなというふうに思いました。

【部会長】 ありがとうございました。ほかにはいかがですか。〇〇さん、どうぞ。

【〇〇委員】 今、〇〇委員に関連して、私自身は実は6ページのところで(3)の搬送の前の行なのですが、地域における人生の最終段階における医療・ケアの取組の状況や在宅医療や高齢者施設での対応の状況などの環境も検討する上で重要であるというふう

にあるので、多分〇〇委員さんと内容的には同じになるわけですが、ここの部分で、在宅医療や高齢者施設での対応の状況とは果たして何だろうというふうに考えた場合、この対応というのは看取りを指すのではないかというふうに考えました。そこでこの部分、「在宅医療や高齢者施設での看取りの対応状況などの環境も」というふうに加筆していたければ、できればありがたいなど。というのは、看取りは、先ほどちょっと事務局に連絡して確認したのですが、おおむね全国老協の会員施設では7割ぐらいが既に看取りを行っている状況というふうに聞いておりますので、在宅医療も今後やはり地域包括ケアの進化、進行に基づきまして看取りは増えるであろうというふうなことであり、ある程度、「看取り」という言葉を入れていただくとありがたいかなというふうに思って今意見を述べさせていただきました。以上です。

【部会長】 ありがとうございます。〇〇さん、どうぞ。

【〇〇委員】 事務局の皆様方、担当官の皆様におかれましては、このように報告書案を細々とお配慮くださって、おまとめいただき、ほんとうに敬服の至りでございます。

そのうえで、用語について1つ伺います。心肺停止という用語が修正されて心肺機能停止という用語になっていますが、この修正はどういう理由によるものか教えていただけますか。

【部会長】 お願いいたします。

【事務局】 実は素案の段階で、心肺停止と心肺機能停止と両方の表現が混ざっていたものですから、表現を精査し、心肺機能停止ということで統一したところです。

【〇〇委員】 そうですか。ありがとうございます。

この用語ですが、元の英語のC P Aはcardiopulmonary arrest、そのまま翻訳すると心肺停止です。今、日本救急医学会でも用語の見直しをしているのですが、C P Aについては心肺停止のままでいくのではないかなと思います。今のところ心肺機能停止という用語にはならないのではないかなと思うのと、それからもし、心肺機能停止という用語にした場合に、不可逆的な心肺機能停止というとそれは死亡なのですが、機能停止しているかどうかは判断できないですね、その場の救急現場では。おそらくこの用語、心肺機能停止というのを使われる場合には、もう少し先生方にご意見いただいたほうがいいのではないかなということを思います。ありがとうございます。

【部会長】 これはちょっとここにも何人かお医者さんがいらっしゃるのですが、どうですか。お願いいたします。

【〇〇委員】 確かに私の理解では心肺機能停止というのは従来、救急救命士が処置をするときによく使われている言葉だと思います。ただ一般的に医学的にはこういった状態の人は心肺停止というふうに言うのが一般的だろうと思いますけれども。

【部会長】 まあメディアなんかでもそういう。

【〇〇委員】 最近では心肺停止とか心停止とかそれぐらいの議論はありますけれども、心肺機能停止との議論はあまりないように、言葉としてですね、心肺停止でいいのだろうと。

【部会長】 すみません。何か追いかけるようであれですが、その結論としては、この救急隊の用語としてはこのままでよいということですか。そうではなくて。

【〇〇委員】 私としては心肺停止のほうが一般的に使われているし、この報告の中でも心肺停止のほうがいいかなと。心肺機能停止が使われるのはおそらく救急救命士に関する通知の中でその言葉が従来から使われていたということだと思います。

【部会長】 よろしいですか。〇〇先生、どうぞ。

【副部会長】 心肺停止と心肺機能停止が、医学的議論を経て使い分けられているという事実はないと思います。どちらの用語でも、意味は通じるし誤解の可能性は低いと思います。

【部会長】 ありがとうございました。

【事務局】 事務局としましては表現の統一ということであればどちらの表現にすべきということはありません。心肺停止が適切であるならば心肺停止ということで、特に支障はありません。

【部会長】 大きな誤解を生ずるような話ではどうもないような感じですね。

ほかにいかがですか。〇〇さん、どうぞ。

【〇〇委員】 報告書につきまして内容には完全に賛成でございまして、お取りまとめに感謝しております。とりわけ4ページ目の家族のかかわりについて、現場では難しいところがありつつも、誤解を生じないように明示したということと、また、家族のかかわりの1つ上のところの注のところで、人生の最終段階という言葉をおこの場面では避けて、より明確化したということも大事な点というふうに受けとめております。

それで、今申し上げた「原疾患の進行に関連し、又は老衰により、病死又は自然死が差し迫っていた傷病者が心肺停止となったもの」という状況との関係で、申しわけないのですが、この報告書が今後こういう意味を持っていただくとありがたいという感想めいたことをお話をさせていただきたいのです。しかも個人的なエピソードを申し上げようとしておりまして、エピソードというのは、さまざまな事情をそぎ落として誤解を招いたりもす

るので、その点でも申しわけないのですけれども。

なぜこれをお話させていただこうと思ったかと申しますと、ＡＣＰの促進ですとか広島や埼玉西の消防局さんがなさっている取組について、明確化しつつ進めていくということは大変に結構なことであるということを前提にしつつ、同時に、先ほど申し上げたような「状況」ということについて、慎重に検討し明確化していくということが大事だと思うような機会だったからということです。

ほんとうに個人的な話なのですが、たまたまこの会議に参加させていただいている期間の間に、身近な家族が、慢性の肺病を抱えていたのですけれども、心肺停止の状態に陥りまして救急搬送されて病院に運ばれたのですが、医師から蘇生して人工呼吸器をつけてもずっと機械につながれた生活になるというふうに申し向けられまして、同行していた家族がどうするかと決断を迫られたということがたまたま生じまして、結果として幸い現在一応歩けるような状態になって在宅介護で暮らしているということになっております。

ほんとうにこれ１つだけのエピソードですし、いろいろな事情をそぎ落としてお話ししていますけれども、生命にかかわるところがこの問題のやっぱり難しいところだなと改めて感じたところでございます。それだけに慎重になり過ぎると進まないのが問題だと考えているということはほんとうに強調させていただきたいのですが、ただ、同時に、人生の最終段階にあるですとか、看取り期ということを想定しての事前の相談ですとか、救急の現場での医師を含めてのチームでの話し合いということについて、丁寧に、慎重に、進めていただきたいと思います。素人がこういうことを申し上げるというのは間違っているのかもしれませんが、私の理解では医学というのは多分不確実性を伴っていて、お医者様はそういうことを前提に多分行動されているのだけれども、もしかすると事前の話し合い等をするときに、より確実なものだと誤解して考えてしまうかもしれない。医学というのが不確実性を伴うのだとしますと、そういうことも十分に考慮しつつ、進めていただきたいというのが今後に向けての要望です。

先ほど部会長からお話がありましたけれども、この検討会でなされたような議論がされることによって、個別の事実関係の評価に依存して考えるしかない問題ではあるけれども、しかし、「原疾患の進行に関連し、又は老衰により、病死又は自然死が差し迫っていた傷病者が心肺停止となったもの」という状況とは、ということの基準といったものをより一層明確化していくことのきっかけに、このような報告書がなっていただくとありがたいなというふうに思います。すみません。時間をとりまして、失礼しました。

【部会長】 いやいや、大事な話をありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。〇〇さん、どうぞ。

【〇〇委員】 文章も洗練していただいてありがとうございます。

今さら気づいたので申し訳ありませんが、5ページ3段落目の3行目、医療・ケアチームの看護師等の中に、訪問看護や介護施設で働く看護師を明文化していただきありがとうございます。一般的に訪問看護師、施設看護師という呼称が制度上一般的ではないので、例えば訪問看護ステーションや介護保険施設、あるいは、こちらの報告書では高齢者施設というふうに言っているのであれば、「訪問看護ステーションや高齢者施設等で働く」とか、あるいは、「等の」としていただいてもいいのかなと思いました。細かいところですがご検討願います。以上です。

【部会長】 訪問看護師という言い方もあんまりないのですね。訪問看護という制度はあるし、訪問看護ステーションはある。そこに看護師がいらっしゃると。

【〇〇委員】 そういことですね。

【部会長】 なるほど。

【〇〇委員】 サービスとその資格の名称ということになるかと思います。

【部会長】 いやいや、大事なことだと思います。ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。

それでは、私は別に焦ってはいないのですが、もし大体この報告書で今回はということで、方向性としては、皆さんいろいろなご意見を言っていたことを取り入れてくださった報告書だと私も認識しておりますので、今日の言葉の問題で幾つか指摘された点を踏まえて、その点については少し訂正を事務局と私、それから副部会長というあたりで勘案させていただいて、一応この報告書はここでという形でまとめさせてもらってよろしいでしょうか。ありがとうございました。ほんとうにありがとうございました。

それでは今日はまだ議事はあるのですが、この後は一応その他事項という扱いにはなっているのですが、大事なお話で、柏市さんの試みについて紹介していただけるというところはもう事務局にお返しして進めていただけるということなので、事務局のほう、よろしく願います。

4. その他

(1) 柏市における在宅医療・救急医療連携の取組み

【事務局】 ○○部会長、ありがとうございました。

それではこの先、事務局で進行させていただきます。

次第の4のその他でございます。柏市の取組としまして、柏市における在宅医療、救急医療連携の取組について柏市様からご発表いただきます。よろしくお願いいたします。

【○○専門監】 千葉県柏市からまいりました○○と申します。本日は柏市消防局の方とご一緒にご説明させていただければと思っております。私は市役所で保健福祉部という部署に所属している保健師になります。介護保険分野の在宅医療・介護連携推進事業や地域医療の推進として救急医療補助事業等の体制整備を担当しているところになります。本日は貴重なお時間をいただきまして、柏市の取組をご紹介させていただけることをとても光栄に思っております。資料2に沿いまして取組のほうをご紹介したいと思います。

それでは1枚おめくりいただきましてスライド1になります。まずは柏市を簡単にご紹介いたします。柏市は都心から電車で約30分程度のいわゆる典型的なベッドタウンとして栄えた町となっています。現在人口は約42万人の中核市の指定をいただいております。高齢者人口は10万人を超えておりまして高齢化率は25%台となっております。団塊の世代の方と団塊ジュニアの世代の方が多い町となっております、今後は後期高齢者が急速に増加することがわかっておりまして、急速な高齢化への対応が求められているところになります。

そのような状況の中でスライド2にありますように、柏市では平成22年に東京大学とU・R都市機構と柏市の三者で協定を結びまして、目指すべき町の姿といたしまして、いつまでも在宅で安心して生活できる町、そして、いつまでも元気で活躍できる町という2つの理念を掲げまして取組をスタートしております。

1枚おめくりをいただきまして次にスライド3をご覧ください。これは今までの取組を年表で整理したものとなっております。平成22年からの5年間は第1フェーズと位置づけておりまして、在宅医療の体制整備やルール構築を進めてきました。平成27年からは第2フェーズと位置づけておりまして、在宅医療に関しては普及と定着の取組、質や機能の向上に取り組んできております。あわせて地域包括ケアシステムの項目である、年表の下のようにあります、生活支援、介護予防そして社会参加、住まいに関する取組についても、在宅医療の推進の中で構築された枠組みを活用いたしまして展開されるようになってきております。

次にそのスライド3ですけれども、こちらの三者協定には入っていないのですが在宅医

療の推進の取組を進めていく上で、取組の開始の当初から地区医師会の大きな協力をいただいております。柏市では医師会と行政が両輪となって推進してきたことも強みとなっているということをご報告したいと思います。

続きまして次にその下のスライドの4をご覧ください。柏市の今までの取組は介護保険法の地域支援事業に位置づけられた8事業として整理されまして、今までの取組が法制化されたということが大きな成果となっております。

続きまして1枚おめくりいただきましてスライド5をごらんいただければと思います。こちらは柏市の在宅医療、介護連携推進事業の体系図となっております。医療介護関係の各職能団体の皆様にご協力をいただきまして多職種でご議論いただくような体制となっております。

スライド6からが本日の本題です。在宅医療と救急医療の連携の取組についてご紹介いたします。この連携した取組のきっかけとなりましたのは、年1回開催しております病院連絡会議という会議体がありまして、その場の中で、救命救急センターの先生から、看取り期の高齢者の方が救命救急センターにC P Aの状態で搬送されている状況を見られて、看取り期の高齢者の意思確認はどのようになされているのだろうかということを会議の中で問題提起をいただいたことがきっかけとなっております。

そこで1枚おめくりいただきましてスライド7のように、まずは現状がどうなっているのかということで実態把握を行いました。まずは先生のほうから問題提起をいただきました高齢者の入所施設に対しまして、入所者の延命処置や最期のところをどうするかという意向確認をどのように行っているかということをアンケート調査を実施しております。調査の結果をもとに、各種別ごとの施設に消防局と一緒にヒアリングに回りまして、各施設が困っていることや課題となっていることについて聞き取りを行いました。また救急業務を担う現場の救急隊員の皆さんにもアンケート調査を行いました。

それは1枚おめくりいただいたスライド8に結果をお示ししてあります。救急隊員の皆さんへのアンケート調査の結果については、柏市の救急隊員の9割の方がD N A R 事案への出動経験があること、そして現場で対応にかなり苦慮しているというような実情が把握できました。

続きまして1枚おめくりをいただきましてスライド9の課題の共有になります。こちらにお示ししております顔の見える関係会議というものは、柏市の医療介護連携の象徴的な会議として位置づけられているものになります。これは平成24年度からスタートしてお

りまして、毎年会を積み重ねてきておりまして、延べで5,000人以上の方に参加をいただいているような会議体になっておりますけれども、平成28年度に初めて高齢者の救急搬送の現状と課題ということをテーマに掲げまして、柏市の救急隊員の皆さんにご参加をいただき医療介護の多職種の皆さんと話し合う場となりました。またこの場で救急課の方からミニレクチャーをしていただいて柏市の救急搬送の現状についてさまざまな立場の方が確認できる機会となりました。

その後は、毎回テーマは変わっていますが、この28年度の顔の見える関係会議をきっかけといたしまして、その後、毎回、救急隊員の皆さんと救急課の職員の皆さんには必ず参加をいただくレギュラーメンバーになっていただきまして、毎回の会議に参加していただくことで医療介護多職種の皆さんとの顔の見える関係づくりが進んでいるところになります。

続きまして1枚おめくりをいただきましてスライド10の検討の場の設定になります。今まで行ってきました実態調査やヒアリングの結果をまとめまして、市のほうで高齢者の救急搬送に係る意見交換会という場を開催いたしまして、医療職と介護職、救急隊員の現状について共有し、課題として上がっていることについての対応策をご議論いただきました。

1枚おめくりいただきましたスライド11をごらんください。そのご議論の中で取組の方向性は4つの柱に整理することができたということになります。昨年度はその中でも①に掲げました本人の意思を多職種で共有できるルールづくりの取組を検討するために、意思決定支援検討ワーキング・グループを新たに設置いたしまして、既存の在宅医療、介護連携の体系の中にそのワーキング・グループを位置づけまして検討を開始いたしました。

スライドの12番になります。すみません、スライドの12ではなく、10番にお戻りいただきましてスライドの10になります。意思決定支援検討ワーキング・グループにつきましては議論の論点を2つに整理しております。救急搬送の課題へ対応する環境づくりとご本人の意思決定を支える仕組みづくりといたしました。4回にわたる検討ワーキングでのご議論を経て、柏市の現場の医療介護多職種の皆さん、救急隊の皆さん、そして市民の皆さんの生の意見、生の声を集約いたしました支援者のためのガイドラインを作成することができました。それぞれのお立場でご本人の意思決定を支えられるように支援のポイントをまとめた成果物となりました。

続きましては、消防局の取組につきましては〇〇主幹よりご説明いたします。

【〇〇主幹】 柏市消防局救急課の〇〇と申します。よろしくお願いいたします。

まず柏市の消防局の平成30年の現状について少しお話しさせていただきたいと思います。

搬送は、出動件数は2万519件、搬送人員は1万9,016人です。高齢者の搬送は55.3%、そのうち75歳以上の搬送は72.9%となっております。

その中で高齢者の搬送が多いということですので、先ほど〇〇専門監が説明した9ページの顔の見える関係会議において、救急車を呼ぶと救命のスイッチが入るということを多職種の方に私が説明をしました。

その中で今度、逆に、施設の方が、救急隊は、じゃあ施設の何をどれだけわかっているのかということを知りたがって、とある人からはグループホームに救急隊が行き、認知症の方いますかと救急隊が聞くんですよということなんです。実はグループホームには認知症の方しかいませんということを救急隊がわかっていなかったもので、そういうことを踏まえて救急隊の実務研修ということを平成29年7月に実施しました。目的は救急隊員が柏市における高齢者の現状や高齢者施設について理解を深めることにより救急搬送時の対応力向上を図ることを目的で実施しました。これも〇〇専門監に実施していただきまして結構いろいろな意見をいただきました。

翌年にも柏市消防局研修会として今説明していただいた柏市地域包括ケアシステム・柏モデルの救急医療体制について地域医療推進課、あと柏市医師会の先生にも来ていただいて説明をしていただきました。

その中でアンケートの一部として、顔の見える関係会議等に積極的に参加し消防の枠を越えた関係づくりを進めたい、課題を共有することで有機的なつながりができた等、いろいろと意見をいただきました。次のスライドをお願いします。

また、1つ個別症例の共有ということで平成28年11月に消防署にて開催をいたしました。これはとある先生から「本人の意向とは違う形で救急搬送となったがん終末期の症例」という症例でして、主治医から救急隊の対応について問い合わせがあり、何でこの患者さんを救急車で運んでしまったのだという、ちょっと先生のほうからご意見をいただきまして、署長の声かけで実施しました。

参加者は在宅医療チーム、主治医の先生と診療所の看護師さん、診療所の相談員、訪問看護ステーションの看護師・ケアマネジャー。消防局としましては署長、副署長、出動した救急隊員、救急課長と私、指導救命士として参加しました。

この患者さんについてはなんですけれども、この症例は救急隊到着時には意識レベルがI-3、発語なし、脈あり、左側臥位にて横になっている状態で、家族は病院への搬送を強く希望をしていました。救急隊が車内収容時に急変、脈触れず、C P A状態。このときに

在宅の先生から救急隊に電話があり、先生は自宅に戻す、その患者さんは病院に運ばなくていいから自宅に戻してくださいということを言われてしまったのですけれども、家族に説明しても家族は強く病院搬送を希望していましたので、この傷病者さんは病院搬送はさせていただきます。

そこで先ほどの先生の意向によって検討をさせていただきました。救急隊が到着してからの経緯と状況の共有、本人・家族の意向の共有、それぞれの対応についての振り返りなどを行いました。成果としては本人の意思確認の方法、キーパーソン等の確認ができた、それぞれの役割・職務の理解、今後できることやすべきことが確認できました。

あともう1つ、その会議の中で訪問看護の看護師さんの方が、自宅看取りを希望している時には救急車を呼ばないように家族には指導しているということを強く言っているのですけれども、救急隊はそのことは全然知らない感じだったので、この会議のところで、看取りの患者さんは救急車を呼ばないように訪問看護師の方、先生たちは指導しているのだということも救急隊が理解したところでございます。次をよろしくお願いします。

次はですね、地域との連携ということで地域包括ケアシステムの中で私どもが地域包括支援センターとの連携ということを、今、させていただいています。

1つ目としては地域ケア個別会議、個別のケースの検討に参加させていただいています。内容としましては頻回救急要請者への対応。これはたまにあるのですけれども、ベッドから落ちたから救急要請、あと夜になると不安だから救急要請というところを地域包括支援センターのほうにお話を言って、そういうことがないようにということを、ケアマネジャーさんを交えながら、その患者さんにお話をしてもらうことによって頻回救急要請が減ったりはしております。また孤立している老障世帯の緊急時の対応と視覚障害者の緊急時の対応についても実施しております。

2としまして地域ケア圏域推進会議、相談支援の中で蓄積された地域課題を関係者で共有・検討、圏域単位の関係者のネットワークの構築でということを実施しております。これは認知症に優しいまちづくりにどうしたらなるかという圏域会議に救急隊等参加して一緒に考えております。あとは8050問題に関しても検討させていただいて、もし80歳のお母さんが救急搬送されたとき、50歳の引きこもりの息子さんの対応をどうしたらいいか。それが地域につながるためには、救急隊がどこかに情報共有しなければいけないのではないかとということも考えて、個別で地域のケアの推進の会議の中でも参加させていただいております。

また今、安否確認として、地域包括支援センターで把握している患者さんが最近3日間ぐ

らい見ていないのですけれどもなんて言うと、うちの指令センターもしくは救急課に電話がかかってきまして、何々さんがこの3日間ぐらい救急搬送されていませんかと電話かかってきますと、うちのほうで調べまして、何々病院に搬送されていますと言いますと、すぐに病院に連絡してそこに入院されたことがわかりますので、地域のセンターの方のお手間がちょっと省けるかなということで今、個別で対応をさせていただいているところでございます。

5番としましては介護サービス事業者との連携、これは先ほどの顔の見える関係会議につながりながら介護サービス事業者協議会との連携、キーマンとの顔の見える関係づくり、あとは気楽に相談できる顔の見える関係を構築しております。その中で介護サービス事業者協議会研修会の「介護事業者と救急隊との連携」について2年間連続で研修をさせていただいております。またあと各施設における普通救命講習会に関しても私どもで実施しております。10ページのスライドにありますように、延命を望まない高齢者の救急搬送についても、看取り等を希望されている方が、私たちとしては救急車を呼ばない、呼ばなくてもよい環境づくりを、消防局を含めた他機関と構築したいと思っているところであります。以上になります。

【〇〇専門監】 それでは最後にスライドの15に基づきまして、柏市が取組を進めてきた中で感じたことをまとめとしてお示しいたしております。

柏市が取組は在宅医療と救急医療の共通の課題認識からスタートしております。行政が事務局となりまして、それぞれの現場の実態を把握し、検討の場を設けて一堂に会して話し合うという一連のプロセスを大切にしてきました。その際、今までのさまざまな取組の中で関係づくりができていたことが大きな後押しとなって、関係者の共通の認識や理解の上で丁寧な合意を図りながら進めてこられたことが功を奏したと感じております。

顔の見える関係ができたことで相互理解につながり、一緒に課題を解決していこうという意識も醸成されていきました。また、それぞれの取組が別々のものとならないように、今までの取組の経緯や成果を踏まえまして既存の体系に連動させたことも関係者の協力を効果的に得られた要因となりました。

取組を通じて最も大事だと感じていることは、誰のための取組か、そして何のための取組かということを常に意識しまして、関係者の間で共有するということです。そして向かう先を見失わないということだと思います。それぞれの立ち位置で意見がぶつかり合うこともあります。でもそのときに誰のためか、何のためかということの確認によって議論の方向性

が修正できたり、目的に立ち返ることができました。

柏市の地域包括ケアは地域づくりやまちづくりの視点で進められています。その一員として、市民の皆さんにとって安心と安全を守る機関としての期待が大きい消防機関と一緒に考えてくれることはとても心強いことだと実感しています。在宅医療・介護連携をはじめとする地域支援事業を担当する保健福祉部と救急業務を担う消防局がタッグを組むことで、より質の高い市民サービスにつながるものと考えております。

簡単ですが柏市の取組は以上となります。ありがとうございました。

【事務局】 ありがとうございました。ではただいまの柏市の取組について委員の皆様、ご質問等ございますでしょうか。もしよろしければ挙手をお願いいたします。副部会長お願いします。

【副部会長】 柏市の先進的取組は以前より承知し、まず、その姿勢に敬意を表したいと思います。今後は活動のサステナビリティを維持し、他地域に広げる水平展開が大事になると思います。この際、生産性も大事なファクターになると思います。もちろん良い市民サービスを提供することが大前提ですが、それでどんどん必要なお金が増せば、いずれは苦しくなってきます。このあたりの何か評価、労働生産性という表現だと非常に乾いた表現になってしまうのですが、経済的側面の評価は如何でしょうか？

【〇〇専門監】 ありがとうございます。先生がおっしゃられた評価というところは、介護保険領域ですと介護保険の事業計画の中で介護給付費というのはきちんと追っているところなのですが、労働生産性というところに関しましては、在宅医療介護連携の推進事業の評価指標も決めておりまして、まず1つは、市民の方の満足度がどうなったかということです。市民の方が、こういった取組は市民のために行っておりますので、それが寄与される市民の方がどのようにお感じになられているかというのを、昨年度、調査をしております。あわせて、市民の方だけでなくサービスを提供してくださる医療介護従事者の方の満足度というものも、市民サービスに直結する大事な部分ですので、市民の満足度と従事者満足度というのを昨年度とりまして、それを定期的に追っていくということになります。

お金の面は確かに先生がおっしゃられるように、介護給付費だけでなく医療費の部分もきちんと評価していかなければならない部分なのですが、ちょっとその分析がまだまだ不十分で、介護給付費は事業計画の中でしっかりと位置づけられているのですが、医療費の部分はまだまだしっかりと分析ができていない。レセプトの分析自体はしているところなのですが、そこも視野に入れてきちんと評価していかなければいけないとい

うふうに考えております。

【事務局】 では、〇〇委員、お願いします。

【〇〇委員】 私、最初から地域包括ケアシステムの中でこの救急の問題を考えるべきだということを言っていたので、まさにそれを実現されているということで大変すばらしいと思います。それから柏市の場合は既にある程度ネットワークというか、システムが既にできていたので、そこに救急の方がさらに参加していただくという上乗せでできたのでうまくいっているのかなと思います。一方、おそらくこれ、国のもともと最初モデル事業のところで始めたので、かなりの額の補助金というかいうのが入って構築されていると思いますので、なかなか他の一般的な自治体がまねできるかというところとそっくりまねはできないのですけれども、やはり地域包括ケアシステムを他の市町村、これから構築しなければいけないので、そのときに一緒に救急も含めて入れておくという発想でいくと非常に参考になると思いますし、ちょっとこういうふうにやるとうまくいくよというような好事例として、ぜひ全国に発信していただけるとありがたいと思います。それか各地域の実情に合わせてモデルファイして導入していければと思います。

1点ご質問があるのですが、柏モデルという、ITを用いた情報共有システムのナミックスが使われていることが非常に有名なのですが、今回のこの救急の問題に関しては何かITを使った情報共有というのは活用されているのでしょうか。

【〇〇専門監】 ありがとうございます。ICTを活用した情報共有システムの運用については、事業の8事業、(ア)から(ク)までの事業の中にきちんと位置づけられていて、柏市は早くから東京大学の協力をいただきまして試行的な取組から本格運用が平成26年からになっております。

ICTの活用につきましては、そうはいっても在宅医療を受けておられる方全数がICTを活用しているかというとそうではありません。もちろん市民の方の同意をいただいた方だけですし、おそらくそれほど広がっているものではなく、今回の今、個別症例でご報告いただいた症例につきましては在宅医療関係者の中での共有はされていましたが、まだその部分が救急隊員とつながっているかというとそうではありませんで、在宅医療関係者、医療介護関係者がICTを使って情報共有するという取組はしているのですが、救急隊の皆さんとの連結はまだこれからの課題となっております。

【〇〇委員】 せっかくすばらしいシステムをお持ちですので、ぜひ今後救急との連携にご活用されればいいかなと思います。

【〇〇専門監】 ありがとうございます。

【〇〇委員】 ありがとうございました。

【事務局】 ではほか、先生、ご質問等ございますでしょうか。〇〇委員、お願いします。

【〇〇委員】 すみません、13ページのところなのですが、救急現場の立場からという観点なのですが、症例検討会をやられてまして、これについて救急としてはどう、救急隊の活動として最終どうすることがよりベターであったのか、ベストであったのかというふうな結論までは至ったのでしょうか。もしそういったことがあればお教えいただきたいなと思います。

【〇〇主幹】 そうですね。最終的な結論までは出ていないのですけれども、いろいろと話し合いの中で、救急隊は必ず行ったときには救命処置をしますということを向こう方はわかりましたし、在宅チームと情報共有によってわだかまりが少なくなってきたのは確かだなというところはあります。実際に私どもの救急隊が現場に行くとDNARがありますかと探りにはいかないです。基本的には全部処置をする中で同意を得るときに、もしDNARが出てきた場合にはどうしようかと考えるところだけですので、今のところそういうところがなかなか在宅の先生たちに、ここでやっとわかってきたかなというところがありますので、そこが私としては成果になっているのかなというところで今考えております。

【〇〇委員】 では消防側からすると、基本、救急要請されたら救命処置をするというのが消防の任務ですというのがわかっていただいたと。

【〇〇主幹】 そうですね。その説明が結構いろいろなところで、先ほどの介護事業者の研修会のところにも2年連続行かしてもらいまして、はっきり言って救急隊の種類から、救命士が挿管できますよ、薬剤投与できますよという説明を全部して、そんなにできるんだかということから始めていって、やっと最近は、救急隊が来るといろいろなことができるのだなということを知っていただいたということになっております。

【〇〇委員】 はい、ありがとうございます。

【事務局】 ほか、ご質問等ございますでしょうか。

では改めまして、〇〇様、〇〇様、ありがとうございました。

【〇〇専門監】 ありがとうございました。

【〇〇主幹】 ありがとうございました。

（２）事務局連絡

【事務局】 続きまして今後のスケジュールについてでございます。この本検討部会につ

きましては今回の第7回をもちまして終了とさせていただきます。皆様のご尽力をいただきまして検討いただきました結果としまして、本検討部会の報告書を今年度の救急業務のあり方に関する検討会のほうに報告をさせていただきます。先ほど、座長からいただきましたとおり、部会長、副部会長とともに事務局と本日いただいた意見を反映させながら最終のまとめを報告書としてさせていただく予定でございます。

なお、今年度の救急業務のあり方に関する検討会につきましては、まだ日程については決まっておりません。夏ごろ開催を予定しております。

それでは、本日の次第につきましては以上となります。

全体を通して何かご意見、ご質問等ございますでしょうか。では、〇〇委員、お願いします。

【〇〇委員】 7回にわたって、まとまったということで、最終的な表現は本人の意思が尊重されていくものと考えますということで、少し表現を強くしていただいてありがとうございます。

これを最終的に、あり方に関する検討会上げて、消防本部に通知をされるということになるのですが、夏にあり方に関する検討会を開催ということですが、通常であれば年度末にまとまって、その中でというのがこれまでの恒例。しかしながら、当初昨年度で検討が終わるものが本年度まで少し延びたということがありますので、思いはおそらく早めに出されるのかなというところはあるのですけれども、せっかく夏に検討会がありますので、その時点でもってこの報告書をまとめれば、消防本部に通知をされて、知見も少し消防本部はそれらも受けて数の把握が少し早くなるでしょうし、その出し方によって、今後の蓄積のスピードも大きく違ってくるのだらうというふうに思います。

出し方は非常に繊細なものですから難しいとは思いますが、あくまでも全体から見たときに、前回の会議でも申し上げましたが、基本的にニュートラルな書き方がしてあって、前向きに考える消防本部とそうでない消防本部で、向かっていく動き方、スピード感が大きく違ってくるのだらうというふうに思います。そこをどういうふうに導いていくか、今の流れを少し大きな流れで持っていくかというのは、最終的な消防本部への通知によってかなり流れが違ってくるのだらうと思います。ただ軸足が将来的にもう一度手順を踏まえていくということで、このスケジュール感がまだわからないというご回答でしたので、焦らすこともいけないことだらうとは思いますが、その大きな流れに持っていくということについては広島市消防局とすると非常に期待もしていますし、できればやっ

ていただきたい。

先般、臨床救急医学会がありまして、〇〇先生もおられましたし、〇〇先生も報告等々でDNARが話題ですから発表されるのですけれども、今どんな流れですか、右に行くか左に行くかはっきり示してくださいというような意見が会場から結構たくさん出るんですね。そういうことは消防庁としても臨床救急医学会には出ておられますし、その思いは汲んでいただいて、少しポジティブに流れを強くしていただければ幸いかなということ、ちょっと要望にはなるかもわかりませんが、よろしく願いしたいと思います。

【事務局】 では、〇〇委員、お願いします。

【〇〇委員】 今の〇〇委員と同じ内容ですけれども、おっしゃるとおり、この伝え方がとても大きくて、一つのあり方検討会という親会の報告書の中にさらっと入っているだけなのか、それとも、それを取り出して特別に通知をするというような形でやるのか、いずれにしてもニュートラルといった点はそうなんだと思いますが、地域でのその取組あるいは検討を促すような方向でぜひ伝えていただきたいなと思うところです。

【事務局】 両委員のご意見について、私も臨床救急医学会に出ていましたのでよく承知しています。先ほど事務局が申しましたように、今後、今年度第1回のあり方検討会、親会に今回まとめていただいたこの報告書をご報告する段取りになります。その後、こういった形で消防本部に、どの段階で通知するかというのは、また親会にご相談して考えたいと思いますが、今、両委員からいただいたご意見を十分に踏まえてご相談し、広く消防本部に伝わるような形で通知、公表する形にしたいと考えています。

【事務局】 ではほかにご質問等ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

5. 閉 会

【事務局】 それでは本日の次第は以上となります。

それでは最後に消防庁審議官 〇〇よりご挨拶をさせていただきます。

【〇〇審議官】 消防庁の〇〇でございます。閉会に当たりまして一言ご挨拶をさせていただきます。

委員の皆様方には、本日大変お忙しい中、ご出席を賜りましてまことにありがとうございます。また昨年度から7回にわたりまして、この検討部会におきまして活発なご議論をいただいたことにつきまして感謝申し上げたいと思います。

先ほどもお話がありましたけれども、この今回の報告書につきましては今年度の第1回

のあり方検討会のほうに報告させていただきたいと思っております。その後、全国の消防本部をはじめとする関係機関に配布して、今後の各地域での検討に資するように内容を周知してまいりたいというふうに考えているところでございます。私自身といたしましても非常に消防の現状を踏まえた報告書になったのではないかなというふうに考えているところでございます。

最後に委員の皆様方には、このような難しいテーマにつきまして、非常に真摯にご議論をいただいたということにつきまして、改めて感謝を申し上げたいと思っております。

また引き続き、救急行政へのご指導ご鞭撻を賜りますようお願い申し上げまして、簡単ではございますが私からのご挨拶とさせていただきます。まことにありがとうございました。

【事務局】 それでは以上をもちまして、傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生のあり方に関する検討部会（第7回）を終了させていただきます。

本日はお忙しい中、また昨年度から長きにわたりご議論をありがとうございました。

以上で終了でございます。

（了）