

第33期 東京消防庁救急業務懇話会

第2回会合開催結果概要

日 時：平成30年10月25日（木）15時00分から17時00分まで

場 所：東京消防庁本部庁舎7階特別会議室

出席者：[庁外委員]（11名）

有賀 徹、猪口 正孝、城戸 真亜子、高橋 良、野本 祐二、
堀家 春野、本田 麻由美、町 亜聖、矢沢 知子、山本 保博、
横田 裕行

[庁内委員]（1名）

森住 敏光

欠席者：[庁外委員]（2名）

阿真 京子、坂本 哲也

1 開会

事務局から、第33期東京消防庁救急業務懇話会第2回会合の開会が宣言された。

2 挨拶

会長

3 議事内容

[事務局]

それでは、これより審議に入らせていただきます。なお、以後の議事進行につきましては、会長をお願いいたします。

[会長]

それでは、審議を進めて参りたいと存じます。まず、はじめに事務局から資料の説明をお願いします。

[事務局]

第33期東京消防庁救急業務懇話会第2回会合資料1をご覧ください。

1 心肺蘇生を望まない傷病者への対応、についてでございます。

1-1 救急業務の対象についてでございます。まず、救急業務とは消防法第2条第9項、消防法施行令第42条に基づいております。

1-2 救急業務の対象者は、①「災害により生じた事故」、②「屋外若しくは公衆の出入りする場所において生じた事故」、③「屋内において生じた事故」、④「生命に危機を及ぼし若しくは著しく悪化するおそれがあると認められる症状

を示す疾病」による傷病者のうち、①及び②は緊急性があるもの、③及び④は搬送手段がなく、緊急性があるものとなります。

1-3 心肺蘇生を望まない意思の決定プロセスでございます。アドバンス・ケア・プランニング（ACP）についてでございますが、これは将来の変化に備え、①「将来の医療及びケアについて」、②「患者さんを主体に」、その家族や近い人、医療・ケアチームが、③「繰り返し話し合いを行い」、④「患者さんの意思決定を支援するプロセス」のことでございます。ACPの留意点としては、文書にまとめておくことが大切であるとしており、尊厳ある生き方を実現することがACPの目的となっております。つまり、患者さんを主体に、繰り返し話し合いを行い、その内容を文書にまとめ、尊厳ある生き方を実現するというものでございます。こちらの出典は日本医師会発行の「終末期医療アドバンス・ケア・プランニング（ACP）から考える」でございます。

1-4 かかりつけ医との連絡体制、在宅療養支援診療所についてでございます。主な要件として、「24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること」、「24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日などを文書で患家に提供していること」となっており、「在宅療養支援診療所では連絡先を文書で傷病者宅に提供している」となっております。こちらは、東京都医師会発行の「かかりつけ医機能ハンドブック2009」からの出典となります。

1-5 救急隊の対応フローチャート案でございます。救急隊が心肺停止の確認後、心肺蘇生を開始しますが、その際に家族等関係者が、情報聴取の過程で傷病者本人・家族等・かかりつけ医が話し合った結果で傷病者の心肺蘇生を望まない意思を示した場合、かかりつけ医やその連携医に連絡がつながり、看取りの指示が出た場合には病院には搬送せずに医師看取りとなります。また、医師の了解、家族等の了解、家族等による同意書への署名を得られれば、家族等にも引き継げるものとして考えています。かかりつけ医やその連携医に連絡が繋がらなかった場合は、必要な処置をして早期に搬送しますが、もし家族等に心肺蘇生の継続について説明したにも関わらず理解が得られない等により活動に困難がある場合は、積極的に救急隊指導医に助言要請を実施して連携を図ります。かかりつけ医やその連携医と連絡が繋がったけれども、事前の想定と異なるので看取りの指示が出なかった場合には、必要な処置をして早期搬送と考えております。

1-6 傷病者の意思を確認する方法でございます。厚生労働省のガイドラインでは「文書にまとめておくものとする。」となっており、ACPも同様であります。しかしながら、病院内とは異なり、在宅医療の場合、必ずしもその文書を自宅で保管しているとは限りません。カルテに記録している場合も考えられるため、現場で家族等から口頭で示された場合にも対応するものとし、書面が手元にない場合には、救急隊の同意書に家族等から署名をもらうものとして考えております。

9ページは、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でございます。

1-7 かかりつけ医に連絡する必要性でございます。日本臨床救急医学会の提言にも記載のとおり、救急隊が単独で生死に直結する心肺蘇生の中止の是非を判断することはできません。その判断は医学的に行われるべきであり、医師の介在が必要であります。介在する医師としてふさわしいのは、かかりつけ医であり、心肺蘇生を中止するには、医師による医学的な判断が必要であると考えております。

1-1 ページは、人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方に関する提言でございます。

1-8 かかりつけ医との連絡体制の確立についてでございます。心肺蘇生の中止の是非を判断するためには、かかりつけ医の介在が必要と考えられます。在宅療養支援病院・診療所は連絡先を文書で患家に知らせることとなっています。一般の診療所においても、文書・口頭によらず、かかりつけ医の緊急時の連絡先が家族等に明らかになっていることが必要と考えます。

1-3 ページは、かかりつけ医機能ハンドブック2009でございます。

1-9 心肺蘇生の中止についてでございます。厚生労働省ガイドラインにおいて、人生の最終段階では本人による意思決定を基本に進めることとなっています。医療・ケアの開始不開始、中止等は慎重に判断すべき等のあり方が示されています。ガイドラインに沿って決められた方針によりかかりつけ医から心肺蘇生の中止が指示された場合は、それに従うことは妥当であると考えられます。かかりつけ医は厚生労働省ガイドラインに沿って医療・ケアの方針を決め、救急隊はその指示に従うものと考えております。

1-5 ページは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でございます。

1-10 家族に引き継ぐ場合の条件についてでございます。想定するケースは、かかりつけ医に連絡が取れ、心肺蘇生の中止と不搬送の指示を受けたが、医師がすぐに来られない場合や医師から家族に引き継ぐように指示があった場合を想定しています。医師が到着するまで家族等が対応することが可能でありそれを了解しており、救急隊の持つ同意書に家族等が署名をした場合には、家族等に引き継ぐことも可能とすることを考えております。その場合は、家族等から同意書に署名をもらい、家族等に渡すとともに救急隊でも保管したいと考えております。

1-11 心肺蘇生を中止しての搬送についてでございます。「緊急性」の観点から、消防救急の本来業務に当たるか否かは議論の余地がありますが、消防救急はセーフティーネットとしての役割も担っています。心肺蘇生を中止して搬送する場合には、患者等搬送事業者や病院救急車等の活用を考慮すべきと考えています。本来は地域包括ケアシステムの枠組みの中で完結するものであるため、かかりつけ医が臨場し看取ることの更なる推進を関係機関に強く申し入れていきたいと考えています。

1-12 救急隊への教育についてでございます。現在、救急隊員に対して「人生の最終段階における医療」や「アドバンス・ケア・プランニング」等に関して

の組織的な教育は行われておらず、個人による自己啓発が中心となっています。今後、救急隊員も自分たちを取り巻く環境について学ぶ必要があります。救急隊員に対して、人生の最終段階における医療や地域包括ケアシステム等に関する教育を組織として実施して行く必要があると考えております。

[会長]

ありがとうございました。まず、1－12までで一区切りとさせていただき、専門分科会の会長より補足説明をお願いいたします。

[委員]

今、事務局から説明のあったとおりですが、専門分科会においてかなり熱心に議論を行いました。メンバー構成としては、医師、救急隊、介護に関わる方や、日本尊厳死協会の方にも入っていただいて議論を重ねました。内容は、厚生労働省から発表されたガイドラインや日本臨床救急医学会から昨年4月に出了た提言等について十分な議論をした上で出した結論がこちらの資料でございます。その骨子となるのは、心肺蘇生を望まないという意思は尊重すべきであるというのが1点と、厚生労働省のガイドラインにも書かれておりますように意思は変化するので、なるべく直近の意思の確認をする努力を行うことが必要であり、その意思を一番詳しく把握しているのは家族とかかりつけ医であるので、かかりつけ医の役割が非常に重要になるということに重きをおいて議論を進めました。それから、救急隊員に対してACP等についての教育の重要性についても強調させていただきました。議論をするにあたって、先行している地区である北九州から先行事例の紹介をいただきました。そのような議論の結果、出来たものが資料7ページのフローチャートであります。総務省でも検討をしていると承知していますが、東京消防庁はかかりつけ医による看取りの確認がとれた場合には搬送しないということを原則と考えています。これは東京以外の地域によってはいろいろな事情があるので、例えば総務省では例外的に死亡診断のための搬送を認めるという議論をされているようですけれども、少なくとも東京消防庁では、そのような場合は病院救急車か民間救急車にお願いすることを原則とするということが議論されました。それから、救急業務の部分は一番重いだらうということで、救急隊が後でトラブルに巻き込まれないことを意識して十分に議論した結果を7ページ以降にまとめました。

[会長]

ありがとうございました。非常に大変な専門分科会であったと思います。皆さま、質問や意見はありますでしょうか。

[委員]

日本臨床救急医学会では現実的な状況を踏まえた、現実的な対応の指針を求めたことを大変尊敬いたします。しかし、基本的にトラブルに巻き込まれないため

に、同意書に署名という言葉が出ていますが、この作業にはどちらかというとは相対的な価値観というか、患者さんの意思というところを軸にしています。私や委員は患者さんを見て、これは心臓マッサージをするべきではないという局面にあって、患者さんの心臓マッサージをやってほしいという意思が明々白々にあった場合には、いったいどうするのかという問題意識を持っていて、様々なところで様々な議論をしてきました。その議論が本日提供しましたこの5枚の資料です。今日の議論は、この資料の中の右下、救急隊が現場に行った時に、心肺蘇生をしないしてほしいという状況になった際に、救急隊はそもそも法的な業務に従って粛々とやっていくので困ってしまうということが書かれています。このような救急隊が困る状況に関して、専門分科会や臨床救急医学会や総務省消防庁が検討していると思います。しかしながら、本当に困っているのは患者さんであり、この資料ではご夫婦のうち、奥様が心肺停止の状況で、旦那様が心肺蘇生しないでほしいと言っているものです。資料中にあります「NPO法人地域の包括的な医療に関する研究会」ですが、10年程前に厚生労働省の方を交えて法人を作り、そこで周死期について勉強をしました。これから少子高齢化で、何が変わっていくかということ、単身世帯や二人だけの世帯がどんどん増えていくのです。単身世帯の方がなくなった場合はそこに書いてあるとおりで、我が国では死亡に関する法的手続きは家族の存在を前提に制度化されていて、単身高齢者の死亡を想定していません。資料の2ページ目でプレホスピタルと周死期のケアとありますが、この部分と重なるのが今回の専門分科会での検討となります。その次のページで周死期を考える上での基盤とありますが、生命倫理の2つの流れがあり、1つは人の尊厳を尊重すること、もう一つは自己決定権です。患者さんの選択こそ最も倫理的であり、患者さんが死にたいと言ったら、死なせてあげることが合法的な国もあります。この自己決定権をどれくらい尊重するかという部分は国によって違いがあります。ヒポクラテスも患者さんに対してやらなければならないことはやらなければならないし、やってはならないことはやってはならないとしています。この資料の1で他の委員が言った部分も十分尊重しなければなりません。倫理的な規範は法的な規範よりも上位概念であると、慶応大学の故中谷謹子教授も脳死についての議論をしている際に仰っていましたように、倫理的な規範に則った議論を基礎とするべきであります。そして、その延長線上で、人の尊厳が一番大事であるということを念頭におき議論しますが、それでもやはりしてはいけないということがわかれば、それは救急隊でも医師でもやってはいけないということになります。

資料の4ページは会田先生が日本語に訳されたものですが、この臨床フレイルスケールの7から9番あたりになってくると抗がん剤による治療や心肺蘇生等の外的ストレスを与えない方が患者さんのためになるのではないかという議論が始められています。八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会の先生方と一緒にこのフレイルの7や8の時には、処置をすることが害になるのではないかということ、医学的に証明したいと言っています。そして医学的に正しいという話になれば、専門分科会の中に加えていくこともできるかもしれません。以前、他の

委員も現場では決められないと言っていました。資料の5ページにあるようにフレイルがわかるのであれば、やらなくてもいいのではないかという議論です。まだここまで進んではいませんが、ものの考え方としては、倫理的な規範がある上で法的な規範があり、救急業務の対象という話も無理やり作った話しではなくて、作った当時の社会的・医学的な観点が書かれているわけで、その当時の正しいことが今も正しいのか、正しくない患者さんも交じり始めているので、倫理的な規範に則って議論してもいいのではないかという話題提供です。ただ、ものを考える際にベーシックな部分を重ねながら先に進めたいと思っていましたので、追加しました。

[会長]

ありがとうございます。とても大切なポイントだと思いますが、いかがでしょうか。

[委員]

ありがとうございます。ご意見をいただいて、一つ追加することを失念していましたのでお伝えいたします。議論の中で患者さんご家族の意思をあらかじめ示すような活動をしていくということと、いざ急変した際にもなるべく救急車を呼ばないという教育を進めていくことが大切であると強調していました。今回の議論の重要な部分は、救急車を呼ばないというコンセンサスができることが一番良くて理想的なのですが、現時点では難しいのが現状です。東京消防庁には1か月間の調査をしてもらい、それを検証し参考にして先ほどのフローチャートを作成したという経緯があります。

[会長]

ありがとうございます。患者さんの考え方を周囲に示すことがとても重要だと思いますし、法的な規範よりも倫理的規範に優位性があるということもよくわかると思います。

[委員]

そういった基本的な部分もあるということ念頭において現実を考えていかなければならないと思います。資料1の内容は重要であり、現時点ではこれが正しいのですけれども、その背景には基礎となるものがあり、半世紀後に遡った際にこういった議論があったから、今はこうなっているという評価をされるものを作っていきますということですね。

[会長]

かかりつけ医についての重要性を指摘しておりましたが、このかかりつけ医の定義というのは、一度かかった病院の先生はかかりつけ医になるのでしょうか。

[委員]

かかりつけ医としては、病院の医師であったとしても、日ごろから求めに応じて医学的な判断をして適切な医療に繋げていくということになりますので、診療所の医師だけではありません。

[委員]

私自身、20年前に自宅で母を看取りまして、最期は救急車を呼ばないという覚悟をして、介護の経験をしてきました。先ほど、地域包括ケアシステムの中で完結するべきとありましたが、救急のシステム自体もその中に含まれているのではないかと思います。やらなければいけないことはたくさんあり、家族への啓発や、いざという時にはかかりつけ医が自宅に来るという体制を、今後当たり前にしていかなければいけないと思います。そのためには、消防だけで取り組むのではなく、かかりつけ医の医師とどう連携していくのが大切だと思います。10年ほど前に受け入れ拒否の問題がありましたが、その際は様々な機関が連携して問題解決したと思うので、今回もそのように解決できるのではないのでしょうか。

[委員]

質問なのですが、先生の深い考えがありながら、今できることということで、このフローチャートにまとめられているのは納得できます。最近、取材した中でこのようなものがありました。本人は自分の最期について思っていることがあるが、その想いを家族に伝えることができていないという問題がありました。それは日本の文化的なものでもあり、そこにどう切り込んでいくのかが問われる部分であると思います。また、消防救急は死亡判断のための搬送は行わず、民間救急を紹介しますという理解をしたのですが、それなら消防救急で運んで欲しいとなるのではないかと感じてしまいます。良い悪いは別としてですが。

[会長]

死亡判断のためだけには搬送をしないということでもよろしいでしょうか。

[事務局]

まず前提として、ご本人様が人生の最後をどう迎えたいかをご家族様やかかりつけ医とお話をした上で決定するというところがあります。ですので、まだ普及されていないという前提があるとしても、心肺蘇生を望まない患者様に我々が会った際に、心肺蘇生を開始した上でご家族から心肺蘇生を望まない意思を示された場合は、最初にその意向は承ります。ただ、その意思が本当にご本人様のものかということをかかりつけの医師に我々が連絡して今の病状を伝えた上で医師がどのように判断するかというところを連絡して決めるという話です。その中で医師が今の状況は、話し合った状況ではないというのであれば当然我々は搬送しなければいけないと思います。医師が今の状況は事前に話し合っていた状況と合致するので今から私が行きますからお待ちくださいというパターンもあります

し、もしくは時間がかかるのでご家族に任せて救急隊は引き揚げてくださいというパターンも考えられます。医師がご本人様の意向を判断できない場合には搬送せざるを得ないと思っているのですが、ご理解いただけますでしょうか。

[会長]

東京消防庁は大きな組織ですので患者様やご家族様の意向には沿えるかもしれませんが、それほど規模が大きくない自治体のところも考えると中々うまく死亡の診断と言うところだけで決めるのも中々難しい部分があるのではないかと思います。ですので、地域毎に違いがある部分をご理解いただかなければいけないという気がします。

[委員]

救急隊の段階では死亡診断できないと思いますが、地域によってはかかりつけ医が駆けつけてくれないことも多く、後で判断されることが大半だと思います。いつ来てくれるかも分からないので、家族も不安になり、運んでくださいという事例を何度も見えています。また、書面というのはよく話題になりますが、ちゃんとした書面でなくてもご本人が書いているものであれば良く、何でも書面とみなすということなのでしょうか。

[事務局]

そこは正に今検討しているところであります。ご本人様の意向をどのように残すかという話だと思いますが、これについては国でもどのような書面が正しいかという方向性が決まっていないため、我々は書面だけには拘ってはいません。あくまでもご本人様の意思がどのように確認できるかということで、ご家族様の話や関係する方の話、患者様の状況等を踏まえてかかりつけ医の医師に今の状況を説明させていただいて、今の状況とご本人様の示していた意向が合致するかということをかかりつけ医に判断してもらい、確認するというようにしています。ですので、書面だけが先行するという事はないと今のところ考えております。

[会長]

ご本人の意思の確認という部分を重要視しないといけないというところはご理解いただきたい部分です。それでは、続きの資料説明をお願いします。

[事務局]

1-13 実態調査についてでございます。目的としては、心肺蘇生を望まない意思を示された事案の実態を把握するためでございます。調査期間は、平成30年7月23日8時30分から8月23日8時29分まででございます。調査対象は、この期間中に覚知した救急事案のうち、家族等関係者から心肺蘇生を望まない意思を示された事案でございます。

1-14 心肺蘇生を望まない意思を示された事例は、この1か月間に11例

ございました。速報値ではありますが、同期間中に、発症時点から医療機関に収容するまでの間に心臓機能が停止した傷病者を搬送した事例は816例でございましたので心肺停止症例の約1%で心肺蘇生を望まない意思を示されたこととなります。

1-15 心肺蘇生を望まない意思を示された11例のうち、事前に話し合っていたものが6例、その場での家族の希望が5例でした。事前に話し合っていたもののうち1例が書面で提示されたものでございます。

1-16 心肺蘇生の中止と搬送・不搬送についてでございます。搬送した事例で心肺蘇生を中止した事例が1例、これは救急隊指導医の助言により心肺蘇生を中止して搬送しております。搬送した事例のうち心肺蘇生を継続した事例が3例で、合計4例。不搬送の事例のうち心肺蘇生を中止した事例が4例、かかりつけ医が到着するまで心肺蘇生を継続した事例が3例で合計7例あり、かかりつけ医が臨場し看取りとなっております。

1-17 心肺蘇生の中止に至った要因でございます。中止した5例のうち、かかりつけ医からの指示を頂いたものが3例、救急隊指導医からの助言を頂いたものが1例、心肺蘇生の継続について説明するも家族から理解がどうしても得られず中止したものが1例となります。

1-18 かかりつけ医の介在の内訳でございます。介在があった7例のうち、心肺蘇生を中止すること及び不搬送の指示を受けその後引継いだものが3例、不搬送の指示を受け引継いだものが1例、処置についての指示はなく引継ぎだけだったものが3例となっております。

1-19 活動時間と各項目との関連でございます。11例のもので、かかりつけ医の介在（搬送/不搬送）、心肺蘇生の中止、活動時間（覚知～業務終了）、現場活動時間（現着～現発）、かかりつけの種別をそれぞれ示したものでございます。オレンジ色のものが心肺蘇生を継続して搬送した事例。緑色のものが心肺蘇生を中止して不搬送であった事例。色の無いものは医療期間に搬送した事例でございます。

1-20 平均現場活動時間についてまとめたものでございます。救急隊が現場に到着してから医療機関に搬送を開始するか、または現場を引揚げるまでにかかった時間でございます。灰色の部分が11例の平均を示しており、37.1分。黄色のものが11例の平均時間より長いもの、青色のものが11例の平均より短いものでございます。心肺蘇生を中止し、かかりつけ医の介在があり不搬送としたものが48.8分。心肺蘇生を中止し、かかりつけ医の介在がなく搬送したものが22分、心肺蘇生を中止したものの平均が43.4分でございます。心肺蘇生を継続し、かかりつけ医の介在があり不搬送としたものが48分。心肺蘇生を継続し、かかりつけ医の介在がなく搬送したものが16.7分。心肺蘇生を継続したものの平均が31.8分。不搬送としたものの平均が48.4分。搬送したものの平均が17.3分であります。現場活動時間のみに着目すると搬送した方が時間は短いですが、活動時間全体を見ますと、不搬送の方が短くなるという結果でございました。

1-21 救急要請の理由でございます。家族が気が動転して呼んでしまったという事例は、結果としてかかりつけ医により看取りとなっております。呼吸が苦しうだったので要請したが、その後呼吸が止まったため、事前の取り決めに従って看取りとするため、断りの電話をしたという施設職員談の事例は、結果としてかかりつけ医と連絡が取れ、かかりつけ医からの指示に従い心肺蘇生を中止し看取りとなっております。在宅療養で使用しているモルヒネが原因で意識がないのか、心肺停止なのか家族では判断がつかず、かかりつけ医に相談したところ、救急要請するように指示された事例は、結果として救急隊がかかりつけ医と連絡が取れ、かかりつけ医からの指示に従い心肺蘇生を中止し家族に引き継ぎとなっております。家族は警察に電話したが、警察電話から消防に転送されたものは、結果として医療機関にはかかっておらずかかりつけ医もいないため、心肺蘇生の実施と医療機関への搬送について家族に説明し、家族の了解のうえ搬送となっております。

[会長]

ありがとうございます。こちらについても専門分科会の会長からの補足説明をお願いいたします。

[委員]

1カ月間の調査についてですが、本日議論になる患者さんの数というのは、現場の救急隊の方の感覚としてほしい年間100から150名くらいではないかというお話があった中で、この1ヶ月で11例ということは、ほしい想定内でありました。また、24ページのかかりつけ医に連絡がとれたものが3分の2ということで、こちら現場の感覚とほしい合っていました。この3分の2を100%に近づけるということが課題であり、年間100から150例というものをさらに少なくしていくために一般の皆さまへの教育、特に介護職員による患者さんご本人やご家族の方への色々な働きかけが必要であるということはこのデータは物語っていると思います。

[会長]

ありがとうございました。実態調査ということで、興味深いデータが出てきておりますが、何かご意見のある方はいらっしゃいますか。

[事務局]

追加でございます。こちらの審議の際に、資料2「心肺蘇生を望まない意思を示された救急活動事例集」も併せてご覧になっていただければと存じます。

[委員]

27ページの一番下の事例は、資料2のどの事例に該当するのでしょうか。

[事務局]

27ページ一番下の事例は、資料2の事例8となります。

[委員]

この事例だと、どの段階で心肺蘇生を望まない意思を示したのでしょうか。

[事務局]

この事例8ですと、救急隊が到着し、心肺蘇生を開始した時点で家族から示されたものでございます。

[委員]

心肺蘇生を家族が望まないという事例ですが、会長がおっしゃったように本人の意思は大切ですが、東洋のシンガポール以東は家族の存在が非常に大きいとよく言われます。家族の意思と本人の意思はほぼ同じだと思っても良いのですが、心肺蘇生を望まない意思を示された際に準備しておかなければいけないのは、トラブルにならないという観点で言うと、場合によっては署名をもらう。これが、弁護士さんのセンスでいうなら現状の状況においては極めて合理的だと思います。もしこれがやってはいけない症例、又はやるべきであったという症例だとすると、それとは無関係に私たちはどうするべきかという議論になるのです。この題名と説明の部分でそういった観点での気遣いがあってもいいのではないのでしょうか。

[事務局]

資料1の23ページにおいて会長からもお話しがありましたとおり、ご本人様のご家族と事前に話し合われていたか否かを問わず救急隊が活動する現場で傷病者が心肺停止であってご家族から心肺蘇生をしないでほしいと言われた事例が1カ月間で11例だったということです。さらにその中から、その意向はどうだったのかというようなことを把握する調査をしたものになります。27ページに4事例ありますが、気が動転して呼んでしまったという家族談の事例は細かく事例を書いてある資料の1番になります。2つ目の呼吸が苦しそうだったのでという施設職員談の救急要請が3番目の事例になります。使用しているモルヒネにより救急要請の事例は7番目となります。

[委員]

かかりつけ医介在ありなしの差は医師が到着するまで待っていたからという理解でよろしいでしょうか。

[事務局]

そのとおりでございます。

[委員]

そうすると、そこが一つの大きなポイントだと思います。本来は、かかりつけ医の先生に連絡をして救急車を呼ぶ必要があるのかどうかを確認してから必要であれば救急車を要請するものだと思います。施設も例外ではなく、なかなか看取りができていない特別養護老人施設は少ないですし、国が推し進めているように在宅が1割しか自宅で看取れていない状況を考えると、これが逆転するにはもう少し時間がかかると思うので、おそらく施設からの要請が増えるのではないかと考えてみると、まずかかりつけ医に指示を仰いでから救急車なのか訪問看護なのか決めるということが必要だと思います。

[事務局]

まずはACPの概念に基づきご本人様の意向とご家族様の意向を確認し、かかりつけ医の判断を踏まえた全体の意向の中で判断をするということを進めていくしかないということです。その中で医師の医学的な判断というところで必ずかかりつけ医の医師に連絡させていただきます。医師が来るまで時間がかかる場合、ご家族がこのまま対応できますということであれば、その意向をかかりつけ医の医師に連絡をして了承を得た場合には我々は帰らせていただくという整理をさせていただきたいと考えております。

[会長]

27ページの、家族は警察に電話をしたが警察から消防に転送されたという事例ですが、これはやはり心肺蘇生をしなければいけないと警察が判断をして消防に電話転送したということでしょうか。

[事務局]

これは、ご本人様はもともと遠方で医療を受けていて娘様がこちらにいて、最後を看取るためにお連れになったというものです。そこで実際に心肺停止になったことを娘様が確認した際にかかりつけ医がなかったということで警察にまずは電話をしたが、警察ではその対応は出来かねるということでそのまま消防に電話が転送されてきたという経緯でございます。

[委員]

21ページの心肺蘇生を望まない意思についてなのですが、その場でのご家族様の希望というのが45%あるのですが、詳しい資料を拝見しているとその場での咄嗟という事もあるのでしょうか事前に生活状態の中から判断されたのかなと思うようなものもありました。この辺りは、ご本人様の意思を汲み取った上で、その場で判断したご家族様の希望なのかをもう少し詳しく教えてください。

あと、東京は単身者の方が多いと思うのですが、これはあくまでもご家族様が意思を示されたケースなので単身者の方が入っていないという理解でよろしい

のでしょうか。

[事務局]

まず救急要請をされているということから考えて、必ず誰かが発見したという背景があります。そこであくまでもご家族様から心肺蘇生をやめてほしいといわれた事例をここに記載しております。救急隊も現場で限られた時間の中で状況聴取をしているため、深い生活状況までは聴取できていない状況です。ですから我々も帰ってきた救急隊にお疲れ様でしたと労いながらこのような話を聴取していますので聴けていないという部分もあるということはありません。また、ご家族様の意思というところは基本的にはACPの概念に伴ってご本人様とご家族様と医師の意向の三者の合意があれば、それが文書に書かれているか否かに関わらずこの5例6例というのは分けさせていただいております。

[委員]

もう一点質問がありまして、かかりつけ医の介在が6割以上介在ありとありますが、在宅療養支援診療所が広がっているという事も背景にあると思いますが、この辺りの評価について、先生にもお伺いしたいのですが、事例が11で少ないのですが、6割以上はかかりつけ医の方が介在しているというのは、どのようにご覧になっていますか。

[会長]

事例が少な過ぎると思います。統計学的なところでは少し足りないと思います。

[委員]

この数字だけで今の医療の実態を表現できるか分かりませんが、ご家族様が心肺蘇生を望まない状況に到るまでに相当に医療と関わっていることは間違いのないと思います。その中で、かかりつけ医と連絡が取れて、医師が介在できたのが6割というのは、現実的には、実感としてはこれくらいかなと思います。中々かかりつけ医に連絡が取れない状況も今ありますので、違和感がある数字ではありません。

[委員]

かかりつけ医と表現しているのですが、これがどのような医師なのかを区分けして報告のデータを積み上げることが非常に重要ではないかと思います。気管挿管や除細動が救急救命士に認められた時も、事後の検証というのが大事でした。事例がどうだったのかは起きたものから判断していくしかないと思いますので、どういう属性の医師が看取ったのかは今後大切になってくると思います。単にかかりつけ医だけではなく、記入の仕方があるのであれば、ここに記載していただければと思います。

[委員]

かかりつけ医というのは広い概念ですから、かかりつけ医は在宅という形でも往診という形でもやっていますので、広い概念としてかかりつけ医としてやっているものでないかと思います。こちらの方が、定義付けとしては広い範囲を抑えています。

[委員]

医師と連携が取れないと搬送と読み取れるのですが、その際には搬送する場合には心肺蘇生を望まないと書面に書いてあったとしても医師に連絡が取れず、確認が取れなかったとなると、心肺蘇生もやらざるを得ないのでしょうか。

[事務局]

その通りでございます。

[委員]

この事例8は100歳でなんですよ。本当にあなたのお母様だったらやるのかなと言いたいところでもあります。そういったところを包括的に考えるようなことをしておかないといけないのではないかということです。

[会長]

これは、やらないで何か法的に問題が起こってきた時に、例えば東京消防庁なり他の消防本部が相当窮地に立たされる危険性がありますよね。

[委員]

今はそうですが、やったことに関して悪いと訴えられることもあり得ます。

[委員]

今はそうですね。やはり816例の心肺停止の患者さんの事例の中で11例しかこの心肺蘇生を望まない意思が示されていないというのは、やはり医療として関わっているのはもっと多くの患者さんがいると思います。かかりつけ医がいても中々そういう議論になっていかないというのは、他の委員の仰っているとおり、心肺蘇生をすることが本来尊厳的にやるべきではないという医学的などころまで辿り着いていないのが大きな原因だと思います。例えばかかりつけ医がここまでこういう状況になったら心肺蘇生をやることは殆ど効果がない若しくは戻ったとしても苦しい状態が伸びるだけだというようなものが得られれば、医師もご家族様若しくはご本人様と話をする際に意思確認の方法がもっと変わってくると思います。ここまでの状態になったら心肺蘇生をすること自体があまり良くないという知見を我々が得ていないので、今の話し合いはご本人様の意思という部分になっています。そこまでいくように今後はしていかななくてはいけないのかなと他の委員の話を聞いたり、この11例という少なさに感じます。

[会長]

その辺のお話しは、いかがでしょうか。

[委員]

東京消防庁がどういった事例でどのような形で訴えられるかをこの状態でお示しすることは難しいのですが、訴えられることは有り得ることで、それは心肺蘇生をやらなかったからあるいは望まない心肺蘇生をやったから訴えられるという両方の場合が考えられます。訴えられるということにかかりつけ医も巻き込まれる可能性もありますのでかかりつけ医もそういうことを考えてこれに当たらなければいけないと思いますし、法律家としてはやはりそういった部分が気になっておりまして、まだまだ詳しいことは述べられませんけれども、本当はその辺のことも検討した方がいい気はしています。

[会長]

ありがとうございます。その辺のことも検討しているつもりではいるのですが、中々うまく表現ができていないのかもしれないかもしれません。

[委員]

ご本人様もご家族様も実は心肺蘇生を望んでいなかったけれども、処置の中で胸骨圧迫部位の骨折が生じてしまったという事例を取材したことがあります。法的に守るためには仕方ないということは現時点ではわかるのですが、ただこれを出される際にそういう問題もあるけれどもこういう現実がある中でエビデンスが出てくるに従って、そこも考える必要があると書いておくですとか、何かしらわかりやすいものを出しておくのも一つかなと思いました。

[会長]

ありがとうございました。処置の中で胸骨圧迫部位の骨折が生じてしまったという事例を取材されたことがあるのですね。

[委員]

若い方であれば後で戻るのであれば良いのかもしれませんが、それが100歳に近い方でもそうせざるを得なくなっている現実をどう考えるかというのが問題かなと思っております。

[会長]

それくらいしっかりと胸骨圧迫をしないと十分な心拍出量は得られないという場合も多くありますので、その辺のこともご理解いただければと思います。

それでは続きの説明を事務局からお願いいたします。

[事務局]

高齢者予防救急方策でございます。

3-1 高齢者の救急概要でございます。こちらのグラフは東京消防庁管内における年代別搬送人員の推移でございます。赤色の75歳以上のみが右肩上がりに増えている状況でございます。搬送人員に占める高齢者の割合が顕著でございます。

3-2 背景その2でございますが、高齢者の事故種別のうち一番多いのが急病なのですが、2番目に多いのが一般負傷の20%であり一般負傷のうち74%が転倒となっております。高齢者の事故種別を見ると、急病に次いで一般負傷(怪我)が多く、「転倒」が原因となっていることが多いことがわかります。

3-3 背景3でございます、救急隊が作成した活動記録から転倒の原因となったキーワードを抽出しております。それぞれ統計解析ソフトウェアでテキストマイニングを行い出てきたのが、立ち上がる、着替え、靴・スリッパ、何かの上立つ、風、自転車、斜面、エスカレーター、バス・タクシー、犬というものが挙がってきておりました。

3-4 これらを踏まえ、当庁内の救急業務等管理委員会で高齢者の転倒について議論を行っております。

3-5 救急業務等管理委員会での審議結果でございますが、高齢者の転倒原因を提言としてまとめて、広報することが必要である。高齢者の身体的要因に基づく提言についても、広報する必要がある。具体的には、高齢者は身体機能が低下し、すり足気味になることで小さな段差にもつまづく傾向がある。救急活動記録票の分析から判明した転倒原因と、高齢者の身体的要因に基づく予防策を提言として広報していくと結果が出ております。

3-6 これを踏まえ、都民生活事故の担当部署と協力して、リーフレットを作成しております。下の図にあります、転ばぬ先の知恵で「おっと危ない」を無くそうを作成しております。

3-7 この作成したリーフレットは消防署等を通じて配布しております。配布方法としては、消防署が防火防災診断時や地域イベント等で223,700枚、高齢者福祉施設、社会福祉協議会に21,900枚、大田区と連携して、高齢者宅に限定してポスティングで4,000枚と、それぞれ配布しております。大田区は平成27年中の高齢者の転倒事故発生件数が東京都内で上位であったため、こちらを選んでおります。

3-8 リーフレットの他にも、広報の担当部署と協力して、広報動画の作成を現在進めております。

3-9 この動画を高齢者及びその家族に対する訴求力が高い媒体で放映していきたいと考えております。

[会長]

ありがとうございました。ご意見がある方はお願いいたします。

[委員]

30ページに高齢者の増加傾向がありますが、その次のページの救急概要は75歳以上ということで良いのでしょうか。長崎県の白書では65歳以上で1番は誤嚥性肺炎、2番は脳卒中・脳梗塞、3番は大腿骨頸部骨折、この3つで大体6割以上となっているので、65歳以上でも良いのですが、これは75歳以上ということでしょうか。

[事務局]

これは65歳以上となります。

[委員]

ということは、これは搬送人員に占める75歳以上の高齢者の増加が顕著ということですね。

[事務局]

30ページについては、その通りでございます。

[会長]

それでは、わかりやすいように文章を考えてください。

[事務局]

承知しました。

[委員]

実際に私の父親の場合は、自転車で転倒して大腿骨頸部骨折をしたり、母も着替えの際にバランスを崩して骨折をしたり、まさにこの資料のとおりでした。注意喚起することは良いですが、それだけでは防げないと思いますので、「怪我を未然に防ぐために手すりをつけましょう、補助金も出ます」ということを広報すれば、それならば早めにつけようと繋がってくるのではないかと感じました。

[委員]

今、手すりや補助金の話が出ましたが、東京消防庁がこうした予防救急方策を立てるのは良いことだと思いますので、福祉保健局ですとか医師会と同じ方向を向いて一斉にやっていくことで周知効率も上がると思いますので、そういうものがあっても良いのかなと思いました。

[委員]

恐らく東京消防庁がやる際には迅速な搬送と救命というのは一番優先するべきことだと思います。救命講習もずっとやられていると思いますが、私の弟が埼

玉で消防官をやっけていまして皆様のご苦勞はすごく長い間弟から聞いており、頭が下がる思いです。恐らく救急車が必要な方は医学的に必要な方だけではなくて生活支援が必要な方も多くて呼んでしまうという実態も聞いております。こういった予防救急のような場面の中でも上手な救急の使い方も併せて医師と一緒に講習することで今後その辺りの転ぶというようなことを入り口にしながらその先へというのを突っ込んでどんどん講習をすれば良いのかなと、一番大切なのはやはり啓発だと思しますので、やはりこの予防救急はとても重要だなと思しました。

[委員]

今、事務局から配布していただいた資料なのですが、この think fast というキャンペーンは、6つの学会が活動しているキャンペーンです。抗凝固薬や抗血小板薬を服用している方がいて、その方々が日常生活の中の怪我をした際に重症化することがあるので、気を付けてくださいというのがこのキャンペーンの趣旨です。まさにこの予防救急と全く同じことを言っているので、本日は資料として出しました。要するにご高齢の方で、階段の段差ですとか坂、階段の踏み外しといった日常の怪我が多発しているというのが、外傷データベースでも明らかになっています。予防救急でそのようにならないように注意してくださいということが1点と、もし怪我をされたならば軽症と思っても必ず医療機関を受診してくださいというのが、このキャンペーンの趣旨になります。

[会長]

ありがとうございます。抗血小板や抗凝固薬について、あるいは最近よく気になるのはご高齢の方で睡眠薬を飲んでいる方です。睡眠薬はやはり筋弛緩作用がありますので、立ち上がった際に倒れてしまうということがよくありますので、think fastと一緒に重要だという気がします。他にご意見がなければ、続きの資料説明をお願いします。

[事務局]

救急利用者情報登録制度でございます。

4-1 東京都内の65歳以上の高齢者の人口の推移でございます。平成22年には約122万人であった都内の後期高齢者人口は、平成37年には191万人弱になると予想されます。その後も、後期高齢者数は横ばいですが、前期高齢者人口は増加し、平成52年には198万人に及ぶと推計されると、東京都福祉保健局の東京都保健医療計画で出ております。

4-2 救急活動時間でございますが、こちらは全ての搬送された人員と、出場から医師へ引継いだ時間、現場滞在時間、搬送連絡時間、搬送連絡回数をまとめた表でございます。全体の搬送人員は、698,928人でありました。それを高齢者以外、65歳以上の高齢者で分けたところなのですが、高齢者の救急活動では「出場～引継」、「現場滞在」、「搬送連絡時間」のいずれも 高齢者以外の

平均よりも長く、特に中等症以下において時間を要しております。高齢者に係る救急活動では、本人から治療中の病気や服用薬等の情報聴取に時間を要することや、情報が得られたとしても情報の量や内容が不十分であったり、そもそも取得できないこと等により医療機関選定が困難になるケースが多くあり、救急活動時間の延伸が問題となっております。

4-3 新たな制度の検討ということで事前申請により既往症やかかりつけ病院等の情報を登録しておき、救急現場にて救急隊が登録情報を確認できる仕組みを検討しております。情報聴取に要する時間が短縮され、救急活動に要する時間全体の短縮が期待され、傷病者が既往症等の情報を救急隊に伝える負担を軽減でき、確実な情報の収集が可能となるといったメリットがあります。

4-4 課題でございますが、救急隊が端末等で情報を取得する場合、情報の入った端末を持ち歩くことにより個人情報の漏洩の可能性が出てまいります。どのように現場の傷病者が事前登録された情報と同一人物だと特定するのかという問題もあります。情報を事前に確認できることが救急活動時間の短縮に効果があるとして、実際にどの様な対象者にどの程度の情報を登録させることが有効なのか、登録したことによって、安易な救急要請を助長してしまう可能性はないかというようなことが課題として考えられます。課題を抽出し、解決する必要があると考えております。

4-5 医療ICT利活用の取組でございます。様々な場で医療ICT利活用の取組がございますが、政府では、個人・患者本位で、最適な健康管理・診療・ケアを提供するための基盤（保健医療情報ネットワーク）を構築し、地域の医療機関や介護施設間での効果的な情報共有や地域を越えたデータ共有により、国民一人ひとりに最適な健康管理・診療・介護の実現を目指しております。総務省では、保健医療情報ネットワークの構築を見据え、医療等分野のデータ共有基盤の在り方や具体的な基盤の利活用モデルを検討するための実証事業を行っているようでございます。地域医療情報連携ネットワーク（EHR）の高度化ということで、医療・健康等に係る様々な情報を蓄積し、医療施設を越えた診療情報の利用ができる仕組みです。医療情報のセキュリティに関する取組、自らの医療・健康情報を収集し一元的に保存する仕組みであるパーソナル・ヘルス・レコード（PHR）利活用の推進があり、医療ICTを活用した様々な取組、動向を把握したうえで当庁の実施すべき制度のあり方を検討したいと考えております。

4-6 保険医療情報ネットワークのイメージ図でございます。現状の課題として、医療等の分野においては、これまで目的別、地域別にネットワークが構築されており、今後見込まれるさまざまな医療等分野のICTサービスを共通利用するため高度なセキュリティが確保されたネットワークが存在しないというところがあるようです。

そこで当庁では分析調査委託を実施したいと考えております。目的としましては、事前に登録された利用者情報を救急隊が現場で活用できるような制度について検討するものでございます。方向としましては、既存制度との連携又は制度の構築に向けた検討です。イメージとしては、既にいくつか存在する既存制度と連

携した方が良いのか、それとも新たに制度を構築する方が良いのか、それぞれセキュリティ対策、登録方法、登録対象利用者の範囲、期待される効果、費用対効果、運用可能時期のメリット・デメリットの抽出・整理を比較検討したうえで提言をいただく形を考えております。

4-7 スケジュールでございます。平成30年度中に調査委託をかけて制度の検討、既存制度等の調整、有識者会議を予定しております。30年度末には提言をいただき、調査結果から、救急利用者情報登録制度のあるべき姿の提言を受け、31年度には制度の検討を行い、提言から、東京消防庁として実施すべき制度の方向性を決定。運用に向けた検討、予算要求等を実施していきたいと考えております。平成32年度以降で制度の構築ということで既存制度との連携又は新たな制度の構築をして、運用をしていきたいと考えております。

[会長]

何かご意見、ご質問はありますでしょうか。

[委員]

このような情報登録制度があると家族としても安心だと思います。私の母の場合は地元でずっとかかりつけ医の医師にお世話になったのですが、家族が離れて介護している場合でもこのような情報登録制度があれば安心だと思いました。個人情報が出ないようにセキュリティを徹底させることが必用だと思いますが、必要な制度だと思いました。また、アドバンス・ケア・プランニングについてですが、ご家族様がご本人様の意思決定を中々慮れないという場合や、今の状況がどの程度〈死期〉に近づいているのか家族では判断しきれないというところがありますので、他の委員が提供して下さった資料にある臨床フレイルスケールや、その次のページの基本チェックリストが終末期の介護現場には必要であると感じています。手元に置いてスケールを見ながらご家族様が判断し、チェックリストに書き込めばよい、という仕組みがあればご家族様の精神的な負担についても少なくできるのではないかと思います。つまり医学的な見地から処置をしないほうが本人に苦痛が少ない場合もあるということを何らかの形で具体的に教えていただくと判断がしやすくなると思いました。

[会長]

ありがとうございました。とても大事なことだと思います。

[委員]

この救急利用者情報登録制度、ことの発端は先ほどの事務局の説明にもありましたように高齢者から情報聴取をすることが困難であるということもきっかけの一つでありました。最初に考えましたのは救急カルテというような発想で、今は民間の会社では電話番号を聞くとどこの誰かがわかり、毎度ありがとうございますということが当たり前になっています。我々の場合は何回も使っていただく

ことを想定しているわけではないのですが、例えば高齢者の方や持病をお持ちの方や障害者の方々がある一定の電話番号や住所を言った段階でどこにかかりつけの誰さんですねとわかる未来があったら良いなというのが、スタートでございます。様々な個人情報や医療情報のクラウドを繋げるというハードルは高いですが、どんな形でやっていけば取り組めるのかというのが、この救急利用者情報登録制度でございます。

[会長]

貴重なご意見ありがとうございました。

[委員]

I C Tの利用はもう当たり前だと思います。本当は医療の分野で最も早く進めなければいけないが中々進まなかったということがあります。埼玉の方も厳しい状況だったので何年か前に病院の受け入れ情報を確認できるタブレットを導入しました。それに伴い搬送も増えているので課題もあるのですが、やはり I C Tを利用するのはもう当たり前であってこれを平成32年度以降となっておりますが、極力短くなるべく良いシステムが必要だと思います。他の委員のいらっしゃる葛飾区はもうそういうネットワークを作られているので、そういった既存のものを参考にして、それにどんどん救急が入っていき、あえて新しいものを作らなくてもいいと思います。葛飾区は区内で完結する、しかも自宅に戻すということを前提にネットワークが組まれている、まさに地域包括システムの大前提の目的だと思います。そういう良いものを活用してなるべくスピーディに、もう2020年はすぐ来てしまいますし、気付いたら30年40年あつという間に過ぎてしまうのでそのスピード感はとても大事ではないかと思っております。

[委員]

質問ですが、このイメージですが、八高連が始めた救急医療情報キットの電子版をイメージしているのか、それともいつも毎度ありがとうございますというように一度救急を利用した方の情報を蓄積して行ってそれを情報源として活用していくと考えているのでしょうか。

[事務局]

そこも含めて、全ての可能性を検討していただきたいと考えております。

[委員]

救急医療情報キットということになってくると情報源を書いていくのはやはり医師会の医師やかかりつけ医たちが一生懸命やっていくわけですね。この I C Tに連携していく形で情報を登録していくということを考えていくと、あまり重複しないほうがありがたい、もしくは情報を取り出せるような形が出来るとありがたいです。

[会長]

わかりました。その辺のことも考えながら議論を進めていきたいと思います。それでは、この辺で本日の議論を終了させていただいて、そろそろマイクを事務局にお返ししたいと思います。

4 閉会

事務局から今後の予定について説明があり、閉会した。