

平成 29 年 3 月 31 日

パブリックコメントの概要と結果について

日 本 臨 床 救 急 医 学 会
傷病者の意思に沿った救急現場での
心肺蘇生のあり方に関する検討委員会
委員長 丸川征四郎

当学会で実施しておりましたパブリックコメントについて、その概要と結果を次のとおり報告します。

1 意見募集の対象

「傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生のあり方に関する検討委員会報告書（案）」

2 募集期間

平成 29 年 1 月 1 日～平成 29 年 1 月 31 日

3 対象者

当学会 会員

4 方法

学会のニュースレター（参考資料 1）、ホームページ
（URL： http://jsem.me/report_pc.html）等を通じて実施

5 意見をいただいた方

医師会員	2 名
看護師会員	1 名
救急隊員・救急救命士会員	2 名
組織会員	1 組織
<u>合計</u>	5 名・1 団体

6 いただいたご意見（要約）と、それに対する回答

① 今回の提言書（案）のプロトコールは、我々の地域メディカルコントロール協議会ですでに作成し、提示している「現場で家族より蘇生を行わないように求められる場合」などの活動基準をちょうど網羅するものとなっている。（地域のプロトコールの資料添付あり） 傷病者の視点に立つ、大変すばらしい内容である。救急隊の活動も大変助かり、地域で活用できるものとなっている。

（回答）

地域でのこれまでの取り組みや、その取り組みと本提言書の標準プロトコールとの関係などについてご教示いただきありがとうございました。

② 提言書で提案された内容を実行するには、24時間対応可能なかかりつけ医を増やす試みとリンクさせる必要性を強く感じる。その視点から、「在宅療養支援診療所」の要件である「患者の求めに応じて24時間往診の可能な体制を維持すること」について、「患者」だけでなく「救急隊」も追記する必要がある。厚生労働省への提言の際に加えていただきたい。

（回答）

本提言書について行政機関に報告する際には、パブリックコメントでいただいたご意見としてお伝えいたします。

③ 「2） V. 消防機関、メディカルコントロール協議会等で必要な事前調整、準備」について
「MC協議会や消防機関のみならず地域の医師会なども含めた体制づくりが必要」との記載については、まさに重要なことだと同意する。ただ、患者側の意見が反映されるように、患者団体、老人福祉施設協議会、社会福祉協議会、訪問看護団体等も含めた体制づくりが必要ではないか。行政機関としても、医療や消防だけでなく、高齢者支援を行う福祉関係の部門なども参加する体制が望ましいのではないか。

(回答)

ご意見をふまえて、該当箇所を修正しました。

(V. 消防機関、メンタルコントロール協議会等で必要な事前調整、準備)

④ 厚生労働省や消防庁に提言書を報告する前に、日本プライマリ・ケア連合学会や、日本老年医学会にも意見を求めてはどうか。

(回答)

当学会の提言書として公表した際には、お示しの学会も含めて関係の学会・団体等に対し当学会代表理事より提言書を送付し、理解と協力を求める予定としております。

⑤ 「4) 外因性心肺停止の除外」について

特に、オンラインMC医にとって、オンラインでの情報のみで事件性の有無を除外することは困難である。結果、現場での判断に依存することになり、救急隊員の責任が重くなると考えられる。介護現場での殺人事案に、救急隊員が出動することも想定される。事件性の除外に関する一定の指針が必要になるのではないか。

(回答)

「IV. 標準的活動プロトコール」に、救急隊員や医師の対応の継続的な質の向上を図るために、事後検証と、検証に基づいた活動プロトコールの改善の取り組みが必要であることを追記しました。

「3. 傷病者と心肺停止の状況の確認」の図表2の表現方法などを修正しました。

なお、事件性の有無を判断する一定の指針については、医療機関到着後の医師による診療の際にも有用なものであり、そのような指針の策定について議論がはじまることを期待しています。

⑥ 本提言書は、家族が現場にいる状況を主に想定しているようであり、デイサービスなどの施設内で、家族が現場にいない場での発生も、念頭においていただきたい。

(回答)

本提言書と標準的活動プロトコールは、必ずしも家族が現場にいる状況のみを想定しているのではなく、家族が現場にいない状況も含めて、傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生のあり方を示すものです。その点をより明確にするため、一部、「家族等」としていた表現は、「家族や関係者」とするなど、本文と図表の表現を修正しました。

⑦ 提言書（概要）の留意点に、「救急隊や救急医療機関の負担の軽減、医療費の削減などの視点からは一切の検討を行っていない。」との記載がある。これを、「救急隊や救急医療機関、在宅医療機関の負担軽減」としてはどうか。その理由は、本提言書の普及によって、24時間365日の対応が難しい在宅医や訪問看護の関係者が、(本来の趣旨とは異なり、自分たちの負担軽減のために)「看取りの時に積極的に救急隊を活用しよう」と考え、「夜に何かあったら救急隊を呼べば、自分の診療所に連絡して貰えるよ」、「自分の診療所に運んで貰えるよ」と説明することを危惧するためである。

(回答)

ご意見を踏まえて、提言書（概要）の留意点を修正しました。

⑧ 「5. 以上をふまえた基本的な対応の手順」において「救急現場に到着した救急隊は、心肺蘇生を希望しない旨が医師の指示書などで提示されたとしてもまずは心肺蘇生等を開始する」としているが、傷病者本人の意思に反して心肺蘇生を開始してよいのか。家族や医療者に119番通報したことを後悔させるのではないか。また、医師の指示を無視することになるのではないか。さらに、倫理原則の「自律の原則」、「善行の原則」を阻害しており、患者の権利である「自己決定権」を侵害しているのではないか。

(回答)

ご指摘の課題があることは承知しています。それでもなお、救急隊は、まずは心肺蘇生等を開始するのが原則であると考えています。心肺停止の傷病者を救命しようとするれば、一刻も早い心肺蘇生等の開始が重要となります。そのため、心肺蘇生等を希望しないことの確認が不十分な段階でそ

れを取りやめ、あとになってその誤りが判明した場合には、その間の心肺蘇生等の遅れが傷病者の転帰を悪化させる原因となり得るからです。心肺蘇生等を希望しない旨が適切に確認できるまでは、それを行う必要があると考えています。

この点をよりわかりやすい記載とするため、本提言書「III. 心肺蘇生等を希望しない傷病者への対応に関する基本的なあり方」の「1. 心肺蘇生等の開始」を修正しました。

⑨ 「家で死にたいと思っても死ねない時代」には、「死の準備教育」のための多くの取り組みが必要なのではないかと。うまく看取りができていくケースは、臨終が近くなったときから、訪問看護師がまめに訪問するなどの積極的な取り組みがある。(地域の取り組みについて資料添付あり)

(回答)

お考えや地域の取り組みについてご教示いただきありがとうございました。そのような取り組みなどを通じて、「個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重され、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる」環境の整備が進むことを期待しています。

心肺蘇生等を望まないのであれば、119番通報に至らない社会の実現の重要性についての記載を修正しました。

⑩ 傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生のあり方について、メディカルコントロール協議会などにて様々な観点から協議がなされたが、救急業務が高齢化社会へ適切に対応していくための社会基盤の整備等については、メディカルコントロールのみではなく社会全体での議論とコンセンサスが必要であり、今後の課題であることが確認された。(メディカルコントロール協議会での確認事項や見解の紹介)

(回答)

メディカルコントロール協議会等の確認事項、見解をご紹介いただきありがとうございました。

⑪ 対象となる心肺停止とは、どのような状況をいうのか。「呼吸停止&心停止」又は「心停止のみ」も対象か。

(回答)

(救命のためには) 胸骨圧迫を必要とする状況を対象としています。

⑫ 事前指示書に署名した代諾者が現場に不在の場合の対応はどうか。

(回答)

本提言書の標準的活動プロトコールは、代諾者が不在か否かで違う対応を求めるものではありません。

⑬ キーパーソン以外の方(通報者等)が心肺蘇生の継続を強く希望する場合の対応はどうか。

(回答)

いただいたご意見等もふまえて、心肺蘇生等の継続を強く求める家族や関係者がいる場合は、心肺蘇生等の中止の対象から除外することといたしました。

⑭ 心肺停止の原因が「不慮の事故」、特に気道異物など、窒息の解除と有効な CPR によって心肺停止前の ADL に回復する可能性が否定できないケースの対応はどうか。

(回答)

外因性心肺停止を疑えば、傷病者の意思等にかかわらず心肺蘇生等を継続し医療機関に搬送することになります。

(「IV. 標準的活動プロトコール」の「3. 傷病者との心肺停止の状況の確認」)

- ⑮ 事前指示書について、医師、本人又は代諾者の署名日が1年以上前であった場合、指示書の有効性などをふまえて、どのように対応すればよいか。

(回答)

救急隊は、その状況も含めて心肺停止の状況などをかかりつけ医等に報告し、その報告をふまえたかかりつけ医等の最新の判断による指示に基づいて、心肺蘇生等を継続もしくは中止することになります。

(「IV. 標準的活動プロトコール」の「5. かかりつけ医等への連絡」、「6. 医師の指示に基づく心肺蘇生等の中止」)

- ⑯ 事前指示書作成時における、本人の意思が確認できない状態での代諾者の代理権についてはコンセンサスが得られていないのではないかと。

(回答)

医師の指示書等の書面のみなすべき前提などについて、追記いたしました。なお、本提言書の標準的活動プロトコールでは、代諾者の署名のみで心肺蘇生等の中止は決まらず、かかりつけ医等の関与が必要です。中でも、心肺停止となった時点での、かかりつけ医の判断を最も重要視しています。

- ⑰ 観光客の多い地域では宿泊先における心肺停止事例が頻繁に発生している。傷病者やかかりつけ医の住所が、消防機関やメディカルコントロール協議会の管轄外であった場合、どのように対応すればよいか。

(回答)

本提言書の標準的活動プロトコールは、傷病者やかかりつけ医の住所が、消防機関やメディカルコントロール協議会の管轄の内外にかかわらず対応できるものと考えています。

ただし、心肺蘇生等の中止後の「傷病者の搬送をどうするか」、「医師の現場への臨場や医師による死亡宣告をどのように行うか」などの対応については、傷病者やかかりつけ医の住所などによって異なってくることから、そのような場合の対応について、各消防本部や都道府県 MC 協議会等において予め定めておくのがよりよいと考えます。

⑱ 地域の医療体制、地域包括ケア並びに医師会、特に在宅訪問医師の方の理解と協力が不可欠ではないか。

(回答)

ご指摘のとおりだと考えています。その点を一層強調するように一部文章を修正しました。「3. 医療機関や関係機関への周知と調整」、「VI. おわりに」)

⑲ 本提言書のプロトコールは、書面の提示があることが前提となっている。実際には、書面での提示はないものの、口頭で本人が心肺蘇生を望んでいなかった旨を伝えられる場合の方が多い。そのような場合の対応のあり方についても指針を示してほしい。例えば、書面の提示のない場合でも、かかりつけ医に連絡をとり、医師の指示に基づいて救急隊が心肺蘇生を中止するなどの取り組みはどうか。

(回答)

本提言書の標準的活動プロトコールは、原則として、書面をもって心肺蘇生を希望しない旨の提示がある場合を対象としています。「書面の提示のない場合」は対象としておらず、そのような場合の対応のあり方を示すものではありません。したがって、ご提案のような取り組みを何ら否定するものでもありません。その旨を、提言書(概要)の留意点に追記しました。

「書面の提示のない場合」を対象とした様々な取り組みが、地域の実状に応じてなされるなかで、今後、あるべき姿がより明確になることを期待しています。

(了)