

令和 7 年度第 1 回札幌市救急業務検討委員会
「救急現場における DNAR 対応」検討部会 議事録

会議名	令和 7 年度第 1 回札幌市救急業務検討委員会「救急現場における DNAR 対応」検討部会
日時	令和 7 年（2025 年）5 月 26 日（月曜日）18 時 30 分から 20 時 00 分まで
場所	札幌市役所 12 階会議室 2 号、3 号（対面及びオンライン形式）
出席者	【外部委員】 上村部会長／阿部委員／小館委員／塩谷委員／大西委員／田中委員／田口委員／鈴木委員／尾形委員／木浪委員／福田委員／横田委員 【オブザーバー】 木下弁護士 【事務局】 上山救急担当部長／和合救急課長／大西救急連携担当係長／小山救急需要担当係長／長山救急指導係長／木谷／日詰／渡邊／岸山／湯浅／森下
議題	【審議】 1 DNAR に対する救急隊の活動プロトコルについて 2 救急隊による明らかな死亡の判断と不搬送要領について 3 市民及び関係機関への啓発事業について
議事内容	【開会】 （司会 小山） 只今から、令和 7 年度第 1 回札幌市救急業務検討委員会「救急現場における DNAR 対応」検討部会を開催させていただきます。 本作業部会は、「本市における救急業務に係る施策について審議する」札幌市の附属機関である札幌市救急業務検討委員会の作業部会として位置づけられ、特定又は専門の事項について調査し、又は審議する必要があると認める際に開催されており、「救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応」に関するルール策定に向けて多職種において審議するため、札幌市救急業務検討委員会規則第 6 条に基づき開催しております。 それでは、開催に先立ちまして、札幌市消防局警防部救急担当部長の上山から、ご挨拶を申し上げます。 （救急担当部長） 消防局救急担当部長の上山でございます。本日はよろしくお願いいたします。 検討部会の開催に先立ちまして、一言ご挨拶を申し上げます。 本日は皆様お忙しい中、札幌市救急業務検討委員会の救急現場における DNAR 対応検討部会にご出席いただきまして、誠にありがとうございます。 委員の皆様方におかれましては、日頃より本市の消防行政に対する深いご理解のもと、市民の生命と健康、生活を守るため、多大なるご尽力をいただいておりますことに、この場をお借りいたしましてお礼を申し上げます。 また、今年度から、地域包括ケアシステムや ACP にかかわる有識者の皆様に臨時委員としてご参画いただいております。重ねてお礼を申し上げます。 さて、高齢者人口が年々増加しております札幌市におきましては、救急隊が出動した現場において、積極的な蘇生を望まない申し出を受けるケー

スが増えてきております。傷病者の救命を目的としている救急隊が病院搬送をするべきか、判断に迷う状況が発生しています。

そこで、本検討部会におきましては、救急医療に加え、在宅医療、訪問看護、地域包括ケア等の職種の皆様による多角的な視点でご議論をいただき、ご家族の方が何らかの理由で救急車を要請した際におきましても、ご本人の生前意思を尊重できますように、救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応ルールを策定させていただければと考えております。

本検討部会は令和8年度までの設置となる予定でございますが、委員の皆様方からは忌憚のないご意見、また引き続きのご協力をいただきますよう、よろしくお願いいたします。

簡単ではございますが、開会にあたりましてのご挨拶とさせていただきます。本日はよろしくお願いいたします。

(司会)

続きまして、本日の委員のご紹介をさせていただきます。

～中略～

開催にあたっては、原則公開としており、会議の議題や概要をまとめた会議録を作成のうえ、札幌市公式ホームページに掲載を予定しております。

それでは、以降の議事進行につきましては、上村部会長にお願いいたします。

(上村部会長)

皆さん、活発な議論をお願いします。本委員会は市民に公表される公開会議ということになりますが、皆さんよろしいでしょうか。

※一同、了承

はじめに、札幌市の現状等について事務局から説明をお願いします。

(事務局)

札幌市の救急出動の現状についてご説明いたします。

札幌市の救急出動件数と現場到着時間の推移となります。年々増加傾向にあり現場到着時間も延伸し、昨年は9.1分と10年前から 約3分延長しているところです。

札幌市の2040年までの人口と年齢構成の推移、将来推計では、この先人口は減少するものの、高齢者人口は増加することが予測されております。

年齢構成の分布による、救急搬送された方々の推移です。年々、高齢者を搬送する割合が増加していることがわかります。

次に傷病程度の推移です。帰宅となる「軽症」が減少し、入院を伴う「中等症」が増加しています。実人数で見ますと中等症以上の人数は、約1万5千人増加しております。

こちらは、現在の札幌市消防局の救急業務の対応方針です。消防法に定

められた業務として、救急隊は傷病者の救命及び症状の悪化防止を主眼として、医療機関に搬送することとしており、いわゆる「119 番要請イコール救命活動」として、業務を遂行しているところです。

心肺停止傷病者の対応件数推移となります。

心肺停止傷病者の病院搬送件数と、救急隊が現場に着いたときに明らかに死亡していると判断した傷病者で、警察官に引継いで不搬送とした件数になります。どちらも、増加傾向にあります。

こちらは、さきほどの医療機関に搬送した心肺停止傷病者の中で、「救急隊の行う救急救命処置を実施することを望まない」との申し出があった数字を、青色の部分グラフにしております。近年、徐々に増えてきているところです。

そのような中で、救急隊員の中に困惑の声が挙がっておりますのでご紹介します。

ご家族から、「本人は蘇生を望んでいませんでした。」と申し出を受けても、緊急の場面では医療との関わりを把握することが難しい。

心肺蘇生を始める前に生前意思を確認したほうが良いのだろうか。

本当は、望まれない行為を行っているのではないだろうか。

との声が上がっています。

以上、現在の札幌市の救急出動の現状について説明を終わります。

(上村部会長)

ありがとうございました。それでは議事を進めたいと思います。

本日は、審議事項 3 件となっております。

まずは審議事項 1、「DNAR に対する活動プロトコルについて」事務局から説明をお願いします。

(事務局)

審議事項 1 についてご説明します。

救急現場で傷病者の意思に沿った活動をするために、全国の検討、運用状況を調査し、活動プロトコルについて事務局案を作成しております。

こちらは、厚生労働省、日本臨床救急医学会、総務省消防庁から発出されております「人生の最終段階における」ガイドラインとなります。平成 30 年には、アドバンスケアプランニング（以下、ACP」という。）として、医療の 4 原則に基づき、「患者の自律性を尊重」し、将来の医療ケアについて話し合うプロセス、いわゆる「人生会議」が提唱されました。

また、令和元年には、救急現場での心肺蘇生の在り方について、日本臨床救急医学会からの検討報告を踏まえて、消防庁から救急の現場においても、本人の生き方を尊重し、地域包括ケアシステム、ACP と協調していくこと、そして、救急隊の活動を医学的な見地から、救急隊の対応について検討することが推奨されております。

今回、都府県、政令指定都市など 13 地域を調査いたしました。プロトコルの主要な構成要素を 5 項目に分類し集計しております。

1 意思表示の確認方法、2 医師への連絡方法、3 心肺蘇生の中止指示、4 時間、5 家族関係者への引継ぎについて大まかな流れは同じですが、各地域の医療状況などに合わせて、項目ごとに若干の違いがみられました。

(資料 19 ページ) 各地域において、医療体制等によりそれぞれ相違点があるものの、各地域で多く取り入れられている考え方の内容をまとめた標準的なプロトコルの図となります。

(資料 20 ページ) こちらは、札幌市において、救急隊が出動した心肺停止傷病者のもとに医師が駆け付けて引き継ぎ、医療機関に搬送しなかった件数の表となります。ここ数年のうちに増加しています。下のグラフは、救急隊が傷病者に接触した時間から、家族や関係者、救急隊からの連絡を受けて、往診医師が現場に到着するまでの時間について、直近3か年を集計し時間を分布で示したものととなります。平均 35 分、中央値 30 分となっております。

(資料 21 ページ) 事務局の案となります。救急隊は、傷病者に接触後、速やかに心肺蘇生を開始します。家族などから「蘇生を望んでいない」との申し出を受けた場合には、このプロトコルにのっとり、本人の生前意思を確認するために、かかりつけの医師や訪問看護師等に連絡します。連絡にかかる時間は「約 10 分」を目安とします。この間、救急隊は心肺蘇生を継続しています。かかりつけの医師に連絡が取れて、傷病者の状況を説明し、生前意思の確認、心肺停止に至った状況が想定していたものであったのかを確認し、医師から救急隊に直接、心肺蘇生を中止するように具体的に指示を受けます。

かかりつけ医師が概ね 30 分以内で到着する場合は、救急隊が現場に待機して医師に引継ぎ、到着に時間がかかるが 18 時間以内に往診できる場合、医師の指示のもと、家族・関係者の同意を得られた場合には、家族・関係者に引き継いで、救急隊は現場から引き揚げます。それ以外の場合は、心肺蘇生を継続して、医療機関に搬送することとします。次からのスライドは、構成要素の説明となります。

(資料 22 ページ) 救急隊の役割について、救命を主眼として活動することを明確化します。傷病者の生前意思の表明は、書面や口頭であることは問わないこととします。意思確認の方法は、かかりつけ医に直接連絡できることが望ましいですが、連絡先として訪問看護ステーション、ケアマネージャーを含めてその場で知りえる最適な方法を考慮して連絡することとし、連絡にかかる時間は 10 分以内を目安とし連絡がつかない場合は、医療機関への搬送を優先します。

(資料 23 ページ) 対象者とする方は、かかりつけ医等に、「心肺蘇生の実施を望まない意思」が表明されていて、想定された心肺停止であることが確認できた方。また、対象の除外とする方は、外因性、または外因が疑われるものであり、外傷事故、窒息、中毒や環境に起因する心肺停止。さらに、蘇生を望んでいる家族の方などが一人でも、救急の現場にいらっしゃる場合とします。

(資料 24 ページ) かかりつけ医等への情報伝達は、直接、間接を問いませんが、次に示しております「かかりつけ医」からの蘇生中止指示は、傷病者となるご本人の生前意思に基づいて、救急隊からの心肺停止の情報を総合的に判断して、かかりつけ医師が、救急隊に対して直接、具体的に指示することといたします。

(資料 25 ページ) こちらは、引継ぎに関してです。かかりつけ医が、連絡を受けてから概ね 30 分以内に到着できる場合、救急隊は現場に待機します。この 30 分の考え方は、この前段のグラフで提示しました過去 3

年の実績をもとにしています。到着まで 30 分以上かかり、概ね 18 時間以内にかかりつけ医が到着できる場合は、家族と関係者の同意を得て、家族・関係者に現場を引継ぎ、引き揚げることにします。

家族、関係者等への引継ぎは、医師からの説明を受けて、蘇生中止の指示を理解し、救急隊が引き揚げて、自らがかかりつけ医の到着まで待つことに同意していること、これらについて書面に署名をいただくことといたします。

以上、DNAR に対する救急隊の活動プロトコルの事務局提案を含めた説明を終わります。

(上村部会長)

それでは、早速審議していきます。DNAR という言葉ですが、Do Not Attempt Resuscitation のことで「蘇生行為を試みない」ということになります。救急隊は現場に到着すると蘇生しなくてはいけないのですが、こういう状況の際に困っています。それでなければ救急隊を呼ばなければ良い、ということなのですが、一定数呼ばれており、どこの消防本部でも困っているため、DNAR に対する救急隊の活動プロトコルが必要になってくるということです。

まず、このプロトコル自体が必要ないという委員の方はいないでしょうか。

※意見なく、了承

それでは、「意思表示の確認」「医師連絡」「心肺蘇生の中止指示」「医師への連絡時間・往診到着時間等」「引継ぎ方法」の 5 個の要素をひとつずつ決めていくことになりますが、最後の「引継ぎ方法」に関しては審議事項 2 で検討しますので、それ以外の 4 つを決めるということでお願いします。

プロトコルの構成要素について、確認しながら検討していきたいと思います。

(上村部会長)

プロトコルの構成要素の「傷病者の生前意思の表明」について、傷病者の生前意思の表明として書面または口頭であるとは問わないということなのですが、ご意見ありますか。

(大西委員)

私も口頭でいいと思いますが、救急隊が家族に聞くということか、家族から自発的に発言があればということですか。

(事務局)

申し出を受けるということを前提としています。

(鈴木委員)

意思確認の最適な方法について、訪問看護ステーション、ケアマネージャーということは、法的な問題ではどうですか。

(上村部会長)

本日は、弁護士の委員もしておりますので、福田委員よろしいですか。

(福田委員)

訪問看護ステーション、ケアマネージャー等を含めて、かかりつけ医に連絡する最適な方法を考慮することなので、かかりつけ医の確認が直接でも間接でもというところがありましたので、これは、訪問看護ステーション、ケアマネージャーを通じてかかりつけ医の連絡をとることを検討する。

要するに、訪問看護師とケアマネージャーに判断を求める主旨ではないという理解なのかと読んでいたのですが。事務局に確認したいのですがよろしいですか。

(事務局 大西)

かかりつけ医等への連絡に関しては、訪問看護ステーション、ケアマネージャー含めて最適な方法をとるためなので、医師に繋がる手段について幅を持たせるための記載です。

(上村部会長)

連絡方法と確認方法は違うということで、プロトコルの構成要素の「対象者」の項にある医師等の「等」を外した方が良いですかね。確認は、かかりつけ医がしないといけないということで、「対象者」は、救急隊からかかりつけ医に次の項目について確認ができたものということで、連絡方法は、直接又は間接で良いということでしょうか。

(福田委員)

その方が明確かと。最終的な確認はかかりつけ医に行うものであるという趣旨であれば、この対象者の「等」は削除が正確かと思われます。

(鈴木委員)

これは、もう少し詰めないといけないと思うのですが、在宅医の場合、在宅療養支援診療所という加算をとっている医師や医療機関について、「24 時間対応できます、連絡とれます」というのが申請の基準なのですが、直接お医者さんと連絡がとれなくても訪問看護ステーションを通じて連絡をとることも良いのでしょうか。

そのような体制をとっているところと、とっていないところがあることがひとつ。

また、ケアマネージャーに関しても、特定事業所加算を取っていないところは、24 時間対応していないはずです。特に、今回問題となっている「施設のケアマネージャー」というのは、残念ながらそこまでの質の担保はとれていないはず。そこは、一括で訪問看護ステーション、ケアマネージャーとするのは乱暴すぎるかなと思います。

今後プロトコルを具体的に進めて行く上で、あくまでも現段階で、死亡診断できるのは医師ですから、そこは慎重にやらないといけないと思います。

(上村部会長)

訪問看護ステーションやケアマネージャーを通さなくてもいい場合もあるということでしょうか。

(鈴木委員)

直接、医師と話せる場合ということですか。

(上村部会長)

訪問看護ステーションを介しても良い場合もあるが、そうではない場合は、少し気を付けた方が良いのではないかとということでしょうか。

(鈴木委員)

必ずしもそれだけではないということですね。

(上村部会長)

広くとるとしたらこれで良いが、さらに条件等をつけた方が良いということでしょうか。

(鈴木委員)

具体的に進めるのであれば、もう少し慎重にすべきではないかと思えます。

(上村部会長)

逆に範囲を狭くしてしまうと、その人達ができないということになるので、幅広くできつつ、それがしっかり出来ていないところをどうするかというところを考える必要があるということでしょうか。
他にご意見ありますでしょうか。

(田中委員)

ひとつ前の大西先生の話で出ていた、意思表示の話の中で、口頭でも良いということでしたけれども、例えば、ご家族に、ある程度意思表示をしても、いろんな状況になって意思が揺れることとか、駆けつけてきたご家族の中で、その辺の同意がうまく取れない場合ケースもあると思うのですが。口頭で、そのあと何か問題が起きることはないものなのでしょうか。ちょっと心配に思います。

(上村部会長)

私の理解だと、口頭でキッカケをもらって、その後にしっかりと、医師に確認する行為があるので、口頭ですべて判断するわけではないと認識しています。

(田中委員)

わかりました。訪問看護ステーションの話でも出たと思うのですが、木浪委員も来られているのでお伺いしたかったのですが、実際の 24 時間対応のステーションではないケースで、何らかの事態が発生した際に、家族から連絡先を伝えているのではないかと思います。夜間に関しては、現実的

に 24 時間対応ではないところでは、全くご家族からの連絡がない、もしくは連絡があった場合には今回のようなケースで、何らかの対応ができるという理解でよろしいでしょうか。

(木浪委員)

訪問看護では、全利用者に 24 時間契約をしているわけではないです。

24 時間の契約をしている方に関しては、ご家族からまずファーストコール訪問看護ということではいただいているので。その際に、そういう状態であれば、看護の方からも主治医に連絡を取るというのを原則としております。ただ、主治医が、多分このケースのほとんどは在宅療養支援診療所を利用されている、訪問診療を 24 時間で行っているところが対象になるかなと思って聞いていたのですが、主治医が「かかりつけ医」ということで考えると、普通のクリニックしかやっていない、外来のみの主治医であれば訪問看護師でも、実際、連絡を取ることができないんですね、そういった場合は、少し対象外というふうになってしまうのかなと思っていました。

(鈴木委員)

救急の現場で困っている多くは、きちんと、といったら申し訳ないのですが、在宅療養診療所の医師がしっかりと動いているところでは、こういうことは起きないんですよ。救急現場で困ることはない。そうではないところで起きている。そこが救急の課題かと思います。

(上村部会長)

個別のケースというよりは、ルールとしてこの訪問看護ステーションに連絡をして「かかりつけ医」にしっかりと確認してもらうという最低限のところを決めていくという話し合いとなります。

(鈴木委員)

この議論を進めていくのは良いのですが、やっているところだけでなく、やれないところの話を検討していくべきかと思います。

(上村部会長)

やれていないところは、このプロトコルにのらない話になるので、次の課題かなと思います。1 番は救急車を呼ばずに「かかりつけ医」が来てくれること、その次に、救急隊が呼ばれた場合にかかりつけ医に直接連絡、そうでなければ訪問看護ステーション、ケアマネージャー等に確認をとれることと、段階を追ってという話であるかと思うのですが。それができないとなると、その連絡すらとれなくなるということになりますので。

(鈴木委員)

それが大多数なのかなと思いましたので、意見を述べさせてもらいました。

(木浪委員)

鈴木先生の仰るとおり、訪問診療がきちんと機能しているところに関しては、多分そのような問題は起きないというのは、その通りだと思います。

す。

なので、やっぱり指示の口頭確認のところ、本人の意思をどこで確認するかというふうに、少し戻ってしまう感じではあるのですが。訪問看護師だけではこの判断はできませんが、そういった医師と連絡が取れない場合のことを考えますと、ある程度事前に決めておくということも必要なのかなと少し思いました。

(上村部会長)

訪問看護ステーション側でということですね。

(木浪委員)

ご本人ご家族含めてなのですが。

(上村部会長)

「かかりつけ医」が来てくれる場合は良いのですが、来ない場合が多いので困っているという所の解決が重要なのかと。

(大西委員)

「かかりつけ医」の定義が色々な医者がある中のひとつに、ACPをとっているのは大きな病院かと思いますが、ご本人がDNARとかをもう患者さんが伝えている場合もあり。家族が生前の意思の表明をした時に、その病院に電話をかけたが、結局医師が来れないといった場合に、電話をかけるのか、かけないのかっていうのが、少し定義が曖昧な気がするんですが、あくまで往診のできる医者にはしか連絡しない、という理解でよろしいでしょうか。

(事務局)

一旦、申し出を受けた段階では、提示された医療機関に連絡を取ります。

(上村部会長)

その後に断られたり、10分が経った場合は諦めるということですか。

(事務局)

基本的に、申し出なり書面なり、救急隊が119番通報を受けた現場で、申し出があった場合には、そこに連絡をとることになります。在宅であっても病院であっても関係なく連絡します。

(大西委員)

大学病院の「〇〇先生」と言われたら、夜間にその先生に繋がるわけもないのですが、大学病院に電話をかけるということでしょうか。代わりの当直医にかけるとかではなく、その先生に向かってかけるということですか。

(事務局)

そのとおりです。そのための10分の目安を設けています。

(上村部会長)

大学病院等は、医師がたくさんいるので、必ずしもその医師にかけなくてはいけないかというところは整理しなくてはいけないかもしれない。個別に1人でやっている場合は良いが、チームとしてやっている場合はどうするかは整理が必要。書面を書いている医師がかかりつけかチームで良いのか整理が必要です。

かかりつけ医等への連絡を始めてから10分以内に関してはいかがですか。

(鈴木委員)

木浪委員へ質問ですが、訪問看護ではできそうでしょうか。

(木浪委員)

24時間対応していただける訪問診療の先生だったら確実に繋がると思うのですが、それ以外の医療機関のかかりつけ医だと10分だろうと1時間だろうと連絡はとれないことはあります。

(上村部会長)

逆にこの10分は必要だということですね。これをつくらないといつまで経てもという話になるので、目安となっているので、もちろん10分で切るというよりは、もう少しで繋がりますということであれば、伸ばすということで、概ねということですね。

(大西委員)

福田委員からのお話しをもう一度。訪問看護ステーションに、その書類があったとして、それに応えるというのが、この事務局案なのか。それとも、かかりつけ医にかからなければ、その10分以内に、かからなければだめだということなのか、というのが、ちょっと未整理な感じがしてその辺はどちらでしょうか。

(上村部会長)

その後に直接の具体的指示は、「かかりつけ医」からもらわないといけないので、書類だけで終わることはないですね。

(大西委員)

最初の確認10分というのは、書類が見つかっていてもかかりつけ医にかからなければ駄目ということですか。

(上村部会長)

10分以内を目安なので、かかりつけ医に連絡ができる話ですかね。

(事務局)

最終的には「かかりつけ医」に繋がることを想定しております。

(上村部会長)

10分以内はつくった方が良くないと思いますけど、よろしいですか。

(福田委員)

10 分以内は設けるべきと思うのですが、何から 10 分以内なのかが明確ではない。

連絡先等が判明しない場合、又は連絡がつかない場合となっているが、連絡先等が判明しない場合とは具体的にはどのような場面を想定しているのか。

(事務局)

現場で家族などが連絡先を探す行為を含めて「等」としています。訪問看護ステーションやかかりつけ医の電話番号がどこにあるかわからない中で、救急隊と共に探すことも含めて 10 分以内の目安とさせていただいています。

(福田委員)

例えば、どこかの病院に問い合わせをした。確認して折り返しますということになって、10 分が経過した場合、これは連絡がついた、ということなののでしょうか。その折り返しを待つということですか。

(事務局)

目安の所で包含されると思っています。

(福田委員)

いずれにしても連絡がつかない場合ということですね。連絡先がわからないとかのケースで、かかりつけ医まで連絡ができない、連絡ついていないというので 10 分間という認識でよいですかね。

(事務局)

そのとおりです。

(上村部会長)

心肺蘇生を実施していますよね。

(事務局)

そのとおりです。

(上村部会長)

なので、現場滞在時間を長くしないっていう、そういう目的もあると。その他ありますでしょうか。

(田口委員)

救急隊員は申し出を待つが、聞いてはいけないというわけではないということですか。

(事務局)

救急隊の現場活動上は聞くことはせずに活動することを、考えております。

(田口委員)

一般的に、「そういうの話し合わなかった？」となるような気がするが、明記しないということか。

(事務局)

明記しません。救急の活動の中で、それを聞くとすると救急隊の活動の主眼とずれてしまうので、救急隊の役割の明確化ということで、市民周知・医療者への周知をしていきたい。

(田口委員)

コンセプトが「蘇生を望まない意思表示のある方」ということの大前提があるので、家族が慌てて呼んでしまって、家族が本人の意思を伝えて、やめてくださいといっても救急隊はやめられない。かかりつけ医からの直接の具体的指示の連絡があるまで、心肺蘇生はやめられないということですか。

(事務局)

そのとおりです。

(上村部会長)

他はよろしいですか。

(木下オブザーバー)

対象除外とするものの2番目の「その場に蘇生を望む家族、関係者がいる場合」ということになっていますが、その場にいる家族っていうのは、かなり限定されてると思います。

今時、お子さんなんかはその場にいないことの方が普通だと思うので、遠方にいるご家族やお子さんとかが、違う希望を述べられた場合、その場にはいないが、例えば、東京に居るお子さんが蘇生を望む、現場にいる他の家族が蘇生を望まないといった場合には、このプロトコルだとその場にはいないので、蘇生しないということになるかと思うのですが、遠方の家族の意思は頓着しないのでしょうか。

(事務局)

その場で蘇生を望む方を知り得たということで、対象外とすることが考慮されるべきだと思います。

(上村部会長)

基本的には、医師とのDNAR指示書がある中で、途中で意見が来た時にはそちらを尊重するという話かと思います。ただ、電話等で連絡が来た時に現場の人は「望んでない」、電話の方は「望んでみたい」なことがあった時に、どちらをとるかという問題が出てくるところだと思いますので、ちょっとこう、もう一人、第三者がいた時にどうするかという整理はした方がいいということになります。

(木下オブザーバー)

おそらく、ご家族の方でも混乱して、遠方にいる方に連絡を取る方がいると思うんですね。そういう時に、その意思が合致しない時にどう判断されるかということは、あらかじめ決めておいた方がいいと思います。

(上村部会長)

一点、確認なのですが、対象除外の項目に「窒息」というのがあります。これは自宅で、なかなか嚔下もできなくて、窒息してしまうということがわかっていて DNAR ということもあると思うのですが、それを今回は除外することになっています。

鈴木先生、いかがですか。窒息は入れた方がいいのでしょうか。

(鈴木委員)

入れる入れないの話の前に、後で少し言おうと思ったんです。この救急隊、プロトコルの事務局案のところで、入れた方がいいと思っていた所があります。心肺停止を想定されて 119 番通報があったら自動的に 110 番の方に連絡が行きますよね。

(事務局)

突然の心肺停止症例ということで、情報提供をしています。

(鈴木委員)

そうすると、警察が動きますよね。

(事務局)

そのとおりです。

(鈴木委員)

それを含めて考えますと、長い歴史の中で、その情報提供をもう一度見直すべきチャンスだと思います。きちんと異状死の定義がされているかなという話です。

119 番通報があって、心肺停止の状態であれば、110 番して警察が必ず臨場するというふうになっています。その段階で本来は、かかりつけ医がうまく来ると、死亡診断ができるわけですが、今は死体検案になっていることが、ほぼほとんどだと思います。弁護士の先生方の声でもいいと思うのですが、これは医師法第 20 条の但し書きを適切に運用しようということで、平成 24 年だったと思いますが、厚労省の方から通知が出ているのですが、それにもかかわらず、このような状態になっていることを考えると、今回の議論は、本来なら、この次の議論でも警察の担当の方も入ってもらった方が、私はこのプロトコルをきちんと作る上では必要なのではないかと思っています。

その中で、今の質問ですが、その疑われるもの、外傷、窒息、中毒、この窒息というのは異状死の中に含まれますから、それを考慮してプロトコルを作らなければいけないんじゃないかと思っています。

(上村部会長)

これは、かかりつけ医の先生は、窒息の場合、死亡診断はしないものなのですか。

(鈴木委員)

医師法の 20 条の話をすると、医者がそれを診断した段階で異状死だと思った場合、医者が警察に通報するというのが本来のあり方だと思います。

(上村部会長)

実際に、窒息するのが予期されている人を在宅でみていて、そこで心停止になった場合に、かかりつけの先生が行って、そこで死亡診断して通常にやることはしないのでしょうか。

(鈴木委員)

します。その上で警察に通報するのが医師の対応の仕方です。

(上村部会長)

これを窒息として入れてしまうと、それができなくなってしまうんですよね。なので、そこをどうかなっていうところですね。最終的にはかかりつけ医に連絡をするので、「その人は窒息するような人ではない」という話であれば、おそらく運んでいるという話になると思います。このかかりつけ医は、その方が窒息する可能性があったので、それでは向かいますという話になればいいのですが、この窒息が入ってしまうと、その選択肢がなくなってしまう。必ず窒息しそうな方も運ばなければいけないというふうになってしまうので、そこを入れた方がいいのか。それとも外した方がいいのでしょうか。

(鈴木委員)

あと、今の話は非常時の話と、例えば「施設」のような場合は窒息が損害訴訟の問題になりますよね。となると、きちんと本当は医療機関に運ぶべきなのかなというふうに思うのですが。

(上村部会長)

それはもう完全に一番リスクを取らずに運ぶのか、それとも主治医にしっかり判断してもらうのかという選択肢だと思います。そして、後者の主治医に選択してもらわなかった場合は、全員運ぶことになりますので、患者さんの希望は叶えられないということになります。そのあたりをどこまでやるかです。

(鈴木委員)

私は、警察医をやっているのですが、その立場から言うと、運んでもらいたい。運んできちんと診断をつけてもらったほうが望ましいし、様々な訴訟になった時も、ちゃんと客観的な判断が必要になってくると思います。

（大西委員）

この予期しない突然の心肺停止の下にこれがあるのでしょうか。この外因性の心肺停止、先ほど言われたように、もう予期されている、窒息覚悟で食べている方が結構いると思うのですが、そのような場合には、これに該当しないというふうに考えられる、この予期しないがどこにかかっているのかというお話だと思うのですが。

（上村部会長）

なかなか救急隊での判断は難しいかもしれないですね。

（事務局）

事務局としましては、予期しない突然の心肺停止の判断が、まさに病的に窒息されたのかどうかというのは救急隊では分かりませんので、ここに窒息を入れて「予期しない」というようにしてはいるところです。

（上村部会長）

こちらが窒息になったら対象外になるということですね。木浪委員どうでしょうか。

（木浪委員）

そうですね。予期しないというか、やはり神経難病の方や高齢者の中には、嚥下機能がどんどん落ちてきている方もいらっしゃいます。そういった方々は、窒息のリスクがあっても食べるという選択をされることがあります。特に神経難病の方の場合、最後の段階に自宅でそうなった場合でも、運んで欲しくないという方もいらっしゃるの、そこはちょっと明確にした方がいいような気はしないでもないけど、曖昧な方がかえってやりやすいんでしょうか。

（上村部会長）

そうですね。結局、予期しないというのは救急隊が予期しないということなので、その背景は全くわからないのですよね。なので「窒息」というキーワードが出たら、これはもう運ぶという話になるということなので、それに対して在宅に携わる方はそれでは困るという話があれば、そこを詰めておかなければ、救急隊と在宅の方との間に相違が出てしまうということになってしまいますので。これは、ちょっと時間がおしているの、次に行きます。

（鈴木委員）

これはもっと時間かけたほうがいいのではないかな。

（事務局）

この「窒息」に関しましては、現在、心肺停止症例数の中で、どのぐらいの件数が窒息で呼ばれているのかという基礎データを提示したいと思います。

(鈴木委員)

さきほど少しお話した警察の話です。この会議は、何回か開催していくと思うのですが、警察のかかわりについても、これからの高齢社会において重要な話になると思います。

(事務局)

北海道警察の方にもこの検討部会についてお話をしております。「情報提供をしてほしい」と言っているいただきますので情報提供をしていきたいと思います。

(鈴木委員)

この議論についてですね、わかりました。ありがとうございます。

(上村部会長)

今回の検討部会中には、決定は難しそうですので、なるべく皆さんの意見をいただいて、次の会議、またディスカッションできる形にしたいと思います。その他のプロトコルの構成要素について何かありますか。

(尾形委員)

「かかりつけ医」の往診時間について、ほかの資料と 18 時間というのは、なんとなく意味合いはわかるのですが、そのように伝えるという議論がもしあったのであれば、教えていただければと思いました。以上です。

(事務局)

18 時間の設定につきましては、医師の往診について、夜間帯の連絡に対して、往診を翌日の午前に対応することを考慮して、最大時間を案として提示させていただきました。議論いただければと思っておりますので、よろしく願いいたします。

(上村部会長)

18 時間について、現実的に許容できるのか、12 時間の方がよいのかというのはどうでしょうか。

(鈴木委員)

24 時間対応するお医者さんの中でも、例えば老衰が明らかに予測できた場合、「次の日の朝に行きますよ」と、死亡診断するお医者さんも多分いると思います。

要は、よりお医者さんが来てもらいやすくするためには、深夜に起きたことは次の日の朝にしてもいいなという幅の時間のようには思うのですが、そういう意味ですよね。

それであれば、何時間なのかというのは必要であるとは思いますが、私としては、もし危険性があるだとか、先ほど言っていた異状死というふうに捉えられて、今、解剖が少なくなったことや、死後 CT を用いた検証が必要な場合を考えると、死亡変化は長く持つほど明確な判断がしにくくなると思います。そのため、極力短い時間の方が良いと私は考えます。

その上では、18 時間よりも他の消防と同じように 12 時間が良いのではな

いかと思います。

（上村部会長）

他にご意見がある方はいらっしゃいますか。今のお話は、非常に妥当なのかなと思いました。

では、他にご意見ある方いらっしゃいますか。

次に、かかりつけ医が概ね 30 分以内で現場に到着できる場合についてですが、これに関して、ご意見ある方いらっしゃいますか。よろしいですか。

30 分とか 40 分、あと数値も妥当性を示していただいているというところになるかと思います。よろしいですか。

※意見なく、了承

「かかりつけ医からの蘇生中止指示」直接の心肺蘇生の中止指示について「かかりつけ医」からというのは、ご意見あるという方は、いらっしゃるでしょうか。よろしいでしょうか。

※意見なく、了承

また、ご意見は次の会でもよいので、考えているご意見を今いただいたところになります。重要な話題でしたので、次回も継続検討したいのですが、よろしいでしょうか。

※意見なく、了承

（上村部会長）※審議事項 2

では、次の審議項目に移りたいと思います。事務局から説明をお願いします。

（事務局）

審議事項 2 について説明いたします

救急隊が現場でおこなっている、現行の死亡の判断について、前段の DNAR プロトコルと混同しないように明確化するために、確認いただきたいとの意図があり、審議事項としております。

また、この機会に死亡判断の一部の見直しと、救急活動のなかで、傷病者・関係者が、病院搬送を辞退、拒否した場合の不搬送要領と DNAR プロトコルに基づいて家族や関係者に同意をいただき、救急隊が引き上げる場合の要領について必要があるか否か、ご審議をお願いいたします。

始めに、救急隊の死亡判断について、救急隊の内規にあたります警防活動要領に「明らかに死亡と判断できる場合を除いて、積極的に病院搬送に努めること」さらに、「最終の死亡確認は医師のみである」ことを明記しております。これは、総務省消防庁からの指導にもとづき、活動の判断基準としたものとなります。ここにある関係者の意思を最大限に尊重する記載については、病院搬送を前提とした家族等への心情を配慮した活動をす

ることを意味しております。

こちらが、実際の判断基準となります。大きく2項目。一見して死亡と判断できるものと、救急隊の観察結果から死亡と判断できるものに分類しております。

変更案について、観察の結果から死亡と判断できるものに関して7項目すべてとしているところですが、基準となります総務省消防庁からの通知では6項目であり、それに倣う変更とします。また、体温について、冬期間では室内温度が非常に暖かく保たれており、電気毛布を使用されている場合などがあります。夏季にあつては、室内温度自体が高温のまま保たれ、他の所見では時間経過を認める所見があるものの、体温低下がみられないことがあり、医療機関への搬送をしているところです。このため、体温につきましては、なお書きを追加して、環境を考慮した総合的判断に努めることを付記することとします。死亡判断の変更案は以上となります。

次に、救急隊が、傷病者に対して医療機関に受診した方が良いと判断して十分に説得しても搬送への同意が得られず、辞退または拒否された場合には、その際には、必要事項を救急隊が記載し傷病者本人や同居の家族の方から署名をいただくこととしています。ですが、今回の蘇生を望まない傷病者の救急隊が不搬送とする行為は、医師の指示のもと蘇生を中止し、現場にて家族や施設の看護師や介護職員など関係する方々が、救急隊が引き揚げること、医師の到着を待つこと、傷病者の状態を保存することなどについて同意するという考え方となります。

このため、事務局としては、本日、ご了承得られましたら、新たな書面様式を作成することとし、その必要事項についてご助言をいただきつつ、第2回検討部会に事務局案を提示したいと考えております。以上、説明を終わります。

(上村部会長)

ありがとうございます。それでは救急現場における死亡判断の方からですが、これは総務省消防庁のものに従う変更。あとは、体温について環境を考慮した総合的判断ということに変えるということについて、何かご意見はありますか。

(大西委員)

質問になります。総務省のものは6項目だったのに、札幌市は7項目にしていたのは、何か理由があったのかと思ったのですが、それを今回なぜ見直すことになったのか、お聞きしたい。

体温のことはよいと思いますが、もし、これが例えば愛知であったようなミスを防ぐために色々考えられて作成されたのであれば、やはり「何か」心電図とか、他のキーワードが記載された方がよいと思いますが、いかがでしょうか？

(事務局)

まさに死亡判断でセーフティをとるために7項目全てとしていたところでございます。ここには詳細を記載しておりませんが、心電図や聴診器等を使い、しっかりと呼吸と脈についての記録を残すこととしております。

(大西委員)

より慎重にしていた7項目を今、6項目に戻すということが、何があったこのような判断となったのかなと思ったのですが。

(事務局)

死後硬直と死斑が分かれていたところを、包含した形で判断したいと考えております。

(大西委員)

確認なのですが、死後硬直について一箇所だけの死後硬直でいいのか、複数箇所なのか、その辺の決め事がもしあれば今教えていただきたいと思います。

(事務局)

2時間程度で下顎硬直が始まるというところで、下顎と四肢の筋肉硬直について、下顎硬直がスタートした中で死後硬直という形で判断しております。

(大西委員)

下顎だけで判断するというお話ですか。

(事務局)

下顎だけの場合、救急隊の判断として迷うのは、それが死後硬直なのかどうかということも要因だと思います。基本的には下顎硬直だけで死亡判断しているわけではなく、先ほど言いました通り、ほかの項目すべての中において判断していきますので、下顎硬直のみでも、当然ほかの項目が一致しているか、そこは死後硬直という形で判断しています。

(大西委員)

承知しました。

(上村部会長)

総務省消防庁でもこれで良いという話になっていると思いますので、ここに対してあえてダメ、という話にはなかなかないかと思います。

(上村部会長)

それでは、項目2に関して、今後、これが案というわけではなくて、次回にこれを元に案を作って、この書類をご提示したいということなのですが、よろしかったでしょうか。

(鈴木委員)

すみません、項目2の中で、プロトコル構成要素の「対象除外とするもの」に、その場に蘇生を望む関係者がいる場合というのがありますが、同じように、例えば交通事故の現場などでも、周囲にいる人々の同意が必要だったと思ったのですが、それも含めてということでしょうか。

(事務局)

外因の場合は、除外することとしております。

(鈴木委員)

前の家族とか、そのような人も、一部入れなくていいのでしょうか。

(上村部会長)

それでは、それも含めて、次回ですかね。他にご意見ありますか。

それでは審議事項2も終わりたいと思います。

では、最後の審議事項の3について、事務局から説明をお願いします。

(事務局)

それでは、審議事項3 市民と関係機関への啓発事業について、ご説明します。

啓発の背景についてです。社会の中で、自宅等で最期を迎える方が増加しており、救急隊がその意思に沿うことができなかった。

このたび、そのような方が、何かしらの理由で、救急車を呼ばれた際に、本来の望まれていた意思を尊重できるようにするルールを策定したということを啓発の柱にしたいと考えております。

対象についてですが、市民、医療者、施設等の関係機関で働く方々を対象としています。市民には、ACPの一環として、救急車が呼ばれた際のルールを策定したことをお知らせします。医療者と高齢者施設等の関係する方々に向けては、救急活動の体制を整理したことを伝えるとともに、制度を運用するにあたり協働していただけるように啓発をしていくこととします。

次に、協働していくために、本検討に協力いただき意見聴取することが望ましい機関について、前年度の検討内容を踏まえて、本検討部会参加機関について一旦まとめております。

こちらは、啓発媒体のイメージとなります。全国各地域では、ACPの市民認知度を向上させるPRが主体となっており、市民向けにはHP、リーフレット、関係機関向けにはリーフレットなどによるルール策定の周知のほか、ACPに関連する研修会などを通じて啓発を展開することを考えているところです。

最後になりますが、関係する機関との協働が、非常に重要と考えておりますので、前スライドにあげました関係機関の他に、事前に意見聴取をする機関がございましたら、次回の検討部会の前に、関係機関への意見聴取を実施し委員の皆様へ聴取事項を展開いたします。その点も含めまして、啓発事業につきまして、ご議論のほどお願いいたします。以上、説明をおわります。

(上村部会長)

ご説明ありがとうございます。それでは啓発事業内容について、事務局提案として協力依頼団体が挙げられております。他に、こういうところにも協力依頼をした方がいいのではないかという所があれば、教えていただければと思います。

(鈴木委員)

先ほどお話ししたのですが、警察機関と思います。

(上村部会長)

そうですね。あとはどうでしょうか。田中委員、お願いします。

(田中委員)

ケアマネージャーさんの協議会があると思うので、そちらの方にもお知らせしておいた方がいいかなと思いました。

(上村部会長)

他にありますでしょうか。

(横田委員)

協力機関ということで、職能団体というところもあるかと思うのですが、今、その北海道の医療計画の中で、在宅医療の拠点事業がスタートし始めていると思います。

その中で各区のケア連絡会ですとか、そういった多職種が集まる所や、研修とか啓発とか、そのようなことを実施してもいいのかなというふうに思いました。職務だけではなく、多職種が集まる中で、こういう話を議論するというのも一つの周知啓発で、互いに、じゃあこういうふうにできたらいいよねという、その次のステップの発展にも繋がるのかなと思いましたので、そういったところも後々入ってくるといいのかなというふうには思います。以上です。ありがとうございます。

(木浪委員)

ケアマネージャー連絡協議会とか、施設関係だと、老人保健施設協議会とか施設の方が集まる団体があるので、そういったところにも、高齢者住家やサ高住の団体などに協力してもらうのがいいのかなと思いました。

(上村部会長)

ありがとうございます。社会福祉協議会の福田委員、いかがですか。

(福田委員)

お話ししている中に、大きな委員会もありましたけども、社会福祉協議会の理事をやっている立場で恐縮なのですが、そこから、いろんな各地区社会福祉協議会を、ないしは会員である施設等に意見を聞くということとはできるかなと思うのですが、それよりは、老人保健施設協議会などを含めて、そのような所では、より現場の意見があげやすいのかなというふうに思いますので、これらの団体についても、複数の高齢者福祉や介護関係の選択をされるといいのかなというふうに思います。以上です。

(上村部会長)

医師会の立場から、阿部委員どうでしょうか。

(阿部委員)

今、お話がありました、在宅医療に必要な連携に合う拠点事業というのは、札幌市医師会が札幌市から委託を受けて、今年度から実施することになっています。その中には多職種に加え、消防局の方にもメンバーに入っ
ていただいておりますので、こういった場で積極的に啓発をしていきたい
と思っています。

(上村部会長)

啓発事業について、何か全体を通してご意見がある方はいらっしゃいま
すか。

(田口委員)

先ほど横田先生がおっしゃった職能団体について、やはりこの ACP が進
まないのは、私たちの意識が高いところで話が収まっていることが大きい
のではないかと考えています。そこを打破するべく、そういう高齢者に限
らず、次の世代を含めてみんな職能団体や大学などに広げていかないと、
日本全体がこの ACP を扱う、救急領域ばかりの議論では中々進まないの
ではないかと思えます。特に教育の面では、専門学校や大学などにぜひ広げ
ていってほしいと考えています。

(上村部会長)

ありがとうございます。田中委員、お願いします。

(田中委員)

今回のこの啓発活動を進めるにあたって、もし統一した書面があれば良
いのではないかと思います。例えば ACP が行われているとか、かかりつけ
医は誰かというような、札幌市内で統一した書式が在宅で療養される患者
さんたちが持っていて、それが一定のところに置いてあるということがあ
ると、救急隊が現場に行った時に、そのものを確認して情報がわかると
いう、何かこう、そういった統一したものがあればいいのかなと思いま
した。

(上村部会長)

皆さんからの意見で、次回、検討部会で改めて事務局から提示させてもら
う形で行きたいと思いますが、それでよろしいですか。

それでは審議事項3を終わります。さらに全体として、何かご意見ある方
はいらっしゃいますか。

(大西委員)

プロトコルの構成要素の「かかりつけ医」の具体的指示があったら、C P
Rを中止するということについてよろしいですか。

先ほどの質問で、病院の医師にも連絡するという事務局の回答でしたが、
病院の医師は、例えば癌のかかりつけの医師とかは、「CPR、やめてくださ
い」と言うと思うのですよね、中止するのだけれども、その医師は来れな
い。

そのようなことを想定すると、本当に病院に連絡することは、意味がある

のかなというところがあって、かえって混乱するのではないか、と思うのですが。

先行している東京とか神戸では、同じようなことを行っているのかについて、何か確認されていますか。

（事務局）

現場に来られる往診の先生が対応できる症例に関して、このルールが適用されますので、来られないという判断がされた時点で搬送を行います。その際には、心肺蘇生を継続して搬送することを説明して、搬送に移ります。

（大西委員）

それであれば電話がかかっても最初に聞くのは来られるかどうかということを見なければ。最初に聞くのがDNARですか、というところからスタートすると、一旦やめてからまた再開することになってしまうような気がするのですが、いかがですか。

（上村部会長）

結局、かかりつけ医の場合と病院の場合を分けて考える必要がありますよね。そのうえで、ほかの地域の救急隊でどう対応しているのか、整理して、決めなきゃいけないですね。

（大西委員）

本当にそれが必要なのかっていうのは私も少し思っていて。もし他の地域でもその病院に連絡していないのであれば、やはり訪問在宅をやっているようなところを中心の議論にした方がスムーズのような気がします。

（鈴木委員）

札幌市消防局の搬送先選定基準の定義の中に、かかりつけ医が入っていますよね。それであれば、逆に救急隊もその先生の方で、私のところに運んでください。そこで死亡確認しますよというようなことであれば、運んでくださいという、その先生がいらしてもいいわけですよね。

（大西委員）

その場合は、心肺蘇生をしながらの搬送になりますよね。

（鈴木委員）

搬送された段階で、心肺蘇生の中止については、医者しか言えませんので、その先生に言っていただくというのは一つの手なのかもしれません。

（上村部会長）

次回、具体的には2つ分けて考えなければいけないということが分かりましたので、そこも含めて検討できればと思います。ありがとうございます。

それでは、時間となりましたのでこれで議事を終了します。円滑な議事の進行にご協力いただき、ありがとうございました。それでは進行を事務局

	にお返しします。 (司会) 上村部会長、ありがとうございました。以上をもちまして、令和7年度第1回札幌市救急業務検討委員会 救急現場における DNAR 対応検討部会を終了いたします。各委員の皆様、長時間にわたりご審議とご意見をいただき、ありがとうございました。
会議資料	【資料】 救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応ルール策定に向けて
備考	欠席：北海道大学病院 前川副部会長、札幌市保健福祉局 加藤委員