

令和 7 年度第 2 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 会議録

会議名	令和 7 年度第 2 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）9 月19日（金曜日）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	【委員】 上村部会長／前川副部会長／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／加藤委員／尾形委員／木浪委員／福田委員／横田委員 【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) 只今から、令和 7 年度第 2 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。 札幌市の付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、特定または専門の事項について調査し、または審議する必要があると認められる際に開催されております。本日は、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作成に向け、多職種による審議を行うため、札幌市救急業務検討委員会規則第 6 条に基づき、開催いたします。 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よりご挨拶を申し上げます。 (救急担当部長) 消防局警防部救急担当部長の上山でございます。よろしくお願いいたします。 本日は、皆様お忙しい中、令和 7 年度 第 2 回「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。 部会開催に先立ちまして、一言ご挨拶を申し上げます。 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、札幌市民の生命と健康、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、心より感謝申し上げます。 5 月26日に開催されました第 1 回検討部会では、「DNARに対する救急隊の活動プロトコル」、「救急隊による明らかな死亡判断と不搬送要領」、さらには「市民及び関係機関へのDNARの啓発」について、議論をいただいたところです。 その中で、委員の皆様より、生前意思の確認方法やDNARの対象症例等に関する様々なご意見をいただきましたので、その内容について、この後事務局より説明をさせていただきます修正案に反映させていただきました。 前回と同様に忌憚のないご意見をお寄せいただきますようお願い申し上げます。 また、この場をお借りいたしまして、最近の救急出動状況について、速報値であります情報提供させていただきます。8 月末現在での救急出動

件数は74,646件となっており、昨年同日比では若干の減少は認められるものの、高い水準であることは変わらず、長期的には高齢者人口の増加等に伴い、救急需要は増加していくものと予想しております。
今後も増加する救急需要へ対応していくべく、諸課題の解決に向け着実に取り組みを進めてまいりたいと考えておりますので、引き続きお力添えのほど、よろしくお願い申し上げます。
以上、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、どうぞよろしくお願い申し上げます。

(司会)

それでは、議事に先立ちまして、連絡事項がございます。

～中略～

開催にあたっては、原則公開としているため、公表することが定められております。後日、委員の皆様にご確認いただいた後、札幌市公式ホームページに掲載を予定しておりますので、よろしくお願いいたします。

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、よろしくお願いいたします。

(上村部会長)

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、第1回の振り返りについて事務局から説明をお願いします。

(事務局)

前回の検討の振り返りについて、ご説明いたします。

第1回において、高齢者の救急要請が増加傾向にあり、救急出動の約6割が高齢者となっていることについて、ご報告したところです。

また、心肺停止傷病者の搬送件数も、令和6年の搬送件数は1,985件となっており、年々増加していることをご紹介いたしました。

(資料4ページ) ご本人が人生の最終段階にあり、蘇生を望まない意思表示をされて、自宅等において、在宅医療、訪問看護、訪問介護等を受けている方、在宅での最期を迎えるお看取りの方が、札幌市においても増加しているところです。本プロトコル検討の基本事項ですが、人生の最終段階にあり、自宅や施設等において、在宅の医療ケアを受けている方を対象としたルールを策定いたします。

そして、DNARについて、前回、会議冒頭で部会長からのご説明がありましたので、今回、改めて、日本救急医学会の高齢者救急に関する要望の統一概念の説明として掲示しております。

(資料5ページ) こちらは、札幌市の現状を示す流れとなります。上段は、在宅による医療ケアを受けて、心肺停止した際に、かかりつけ医に連絡して、死亡確認、死亡診断へと進む流れを示しております。

しかし、医師や看護師の方から、事前の説明を受けていても、ご本人に付き添っているご家族の中には、間近で容態が悪化する様子を見守る中で、迷ったり、慌てたりして、119番に連絡される方がいらっしゃるの、止むを得ないところと考えております。ですが、札幌市の救急隊は、そのような方のところに出動した際に、もともとの在宅医療に戻すルールがないため、救急現場において混乱が生じているという現状になっております。第1回の検討部会において、プロトコル案の大枠についてご承認を

いただきつつも多くのご意見をいただいたところです。以上、第1回の振り返りとなります。

(上村部会長)

ありがとうございます。それでは、議事を進めます。

本日は、審議事項3件、すべて第1回目からの継続審議となっております。

それでは、審議事項1「DNARに対する救急隊の活動プロトコル」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についてご説明いたします。

(資料7ページ) 前回、心肺停止傷病者のうち、心肺蘇生を望まない傷病者に対する救急隊の対応について、大きな流れについて、おおむねの合意をいただいた項目を反映した図となっております。各要素において、さらに検討をいただきたい主な事項が4点ございます。1 家族と関係者の範囲、2 心肺蘇生の中止をする対象者、3 かかりつけ医の定義と連絡方法、4 家族の意向が異なる場合の対応 についてです。次のスライドから、各要素について順次説明してまいります。

(資料8ページ) プロトコルのフロー図は、お手元に参考資料1としてご用意しておりますので、合わせて各項目ごとにご確認をお願いいたします。なお、救急隊の活動の流れを考慮したフロー図に合わせる形で、前回検討時の項目の並びを入れ替えております。

それでは、項目要素の一番目となります。こちらは、救急隊の役割の明確化として、プロトコルのフロー図の冒頭において、本プロトコルの対象とする方々について説明し、続いて本項目要素となります。救急隊は、救命を主眼として、救命措置を速やかに開始し、迅速な救急活動を行うことを明記しております。

(資料9ページ) 「傷病者の生前意思の申し出」となります。なお、修正・追記した箇所は赤字、追加の説明は青色背景の囲み表記、プロトコルの重要要素は黄色背景の囲み表記としています。

こちらは、前回「表明」としてましたが、より行動として判り易い「申し出」に変更をしております。こちらでは、申し出をする家族と関係者の解釈範囲について、この申し出の対象となる方について説明を加えております。

まず、家族の範囲について、厚生労働省から発出されております「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」の説明を抜粋しております。ここで示す家族には、本人が信頼を寄せ、本人を支える近しい人たちとして、親しい友人などを含めて、広い範囲でとらえることとしてあり、家族に「等」を加えて「家族等」との表記としております。

関係者の範囲ですが、高齢者に携わる医療系学会が共同した「高齢者救急問題の現場とその対応策についての提言」から引用し、日常的に本人と接している施設の管理者や職員、医療とケアに従事している方々を、ご本人の生前意思を共有されている「関係者」として整理しております。

3点目に「自宅等の在宅において医療・ケアをうけており、心肺停止時の蘇生について話し合われている。」との項目を追加し、本プロトコルの対象者を明確にしております。

なお、書面に関する意見もいただいたところですが、こちらは、各関係方面から心肺蘇生に関する医師の指示書や、本人自身が思いをつづるエンディングノートなど、各場面に応じた書面の様式が公表されておりますので、新たな統一書面を作製はせずに、書面の例示にとどめます。こちら

は、参考資料2（補助資料のため非公表）として添付しております。

（資料10ページ）次に、本プロトコルの「心肺蘇生中止の対象者」です。「かかりつけ医に本人の意思を表明」、「心肺停止の経緯が意思決定時の想定に沿っている」、「概ね12時間以内にかかりつけ医が往診できる」この3項目が合致した場合に、救急隊の情報を聞いた医師により、心肺蘇生の中止をする対象者として判断されることとなります。

参考添付しましたフロー図3段目となりますが、申し出を受けた救急隊は、その申し出が「かかりつけ医」と心停止時の対応について、話し合いが行われた方なのか家族等・関係者に確認したあと「かかりつけ医」に、対象者であるのか確認することとしております。

こちらは、前回検討部会のご意見にありました、往診していない病院、大病院の患者についても、全て連絡することになると混乱するのではないかとこの意見を踏まえまして、変更したところとなります。

また、ここでは「かかりつけ医について」、主治医を含む解釈の整理をしています。「本人及び家族等と事前に心停止時の心肺蘇生の実施の有無を話し合っている身近な医師」として明記し、自宅等の在宅において医療を受けており、心停止時の対応について話し合いをしている医師を「かかりつけ医」としてしています。こちらは、日本救急医学会が示す「かかりつけ医の定義」を根拠として本プロトコルにおける「かかりつけ医」の説明としております。

さらに、個人の医者を指すのか、チーム医療を認めるのかとの意見がございましたので、囲みの中の、なお書きと、注釈を加えまして、患者本人の情報を共有する医師を含むことを追記しております。

（資料11ページ）こちらは、心肺蘇生中止の対象除外とする項目です。ここでは、「外因性心肺停止を疑うもの(事故、窒息、中毒、溺水など)」として、外因性を疑うものを除外することを、明確にした記述に整理しました。

また、大西委員からの追加意見で、環境要因は判別が難しく救急隊が混乱するのではないかと、また、高齢者の入浴事故が多いため「溺水」を追加してはいかがかとありましたので、「環境」を「溺水」に変更しております。

「窒息」について鈴木委員から、高齢などに伴う嚥下能力の低下によるものは、誤嚥性肺炎を起こした後にお亡くなりになることが多いので、直接、窒息が原因となるものは対象除外としたほうが良いと、在宅医としてのご見解をいただいています。

前回の検討部会にて「窒息」が、議論となりましたので次スライドに「窒息」が心肺停止の原因であったものをデータで提示いたします。

2点目 家族等が知った場合の記述ですが、こちらは、記述が長いのではないかとの変更案の提案が委員からありました。前回意見を受けての修正案と提案意見を併記しております。「その場において」という「場所の特定」が必要なのか、また、「知った」と「判明した」の言葉のニュアンスの違いについて、ご意見を願います。

（資料12ページ）当市の救急搬送件数の心肺停止であった傷病者について「窒息」が原因であったものとして、救急隊が報告した2022年からの3年間の件数となります。高齢者に多いものの、全年代に「窒息」が見られているところでもあり、本プロトコルの除外項目として、明記することとして良いのではないかと事務局としては考えているところです。

（資料13ページ）続きまして、かかりつけ医への意思確認の方法となります。連絡方法と確認方法について、解釈が混在していたため整理しております。かかりつけ医に直接連絡して確認する。そして、連絡が取れない場合に連絡の相談に訪問看護、ケアマネージャーに連絡して、かかりつけ医に確認する。としてかかりつけ医が連絡を受けて意思確認することを

明確にした記載としています。3点目、連絡が取れない場合、医療機関搬送を優先する判断の切り替えについて、概ね10分以内を目安とする記述の整理をしております。

なお、ケアマネジャーの対応について、札幌市介護支援専門員連絡協議会の長崎会長にご意見をお伺いしておりますので、ご紹介します。「ケアマネジャーは、利用者の個々人にケアプランを作成するのですが、そこには、主治医と家族の緊急連絡先が明記されているので、このプロトコルへのご協力は可能です。」との回答をいただいております。

（資料14ページ）次に、重要な項目となります。かかりつけ医からの蘇生中止指示について、医師が救急隊からの現場の状況を聴取し、総合的に判断するとともに、救急隊に直接、具体的な指示として救急救命処置である心肺蘇生の中止について指示することとしています。

注釈として12時間以内に往診できる場合を追記しております。

（資料15ページ）かかりつけ医への引継ぎについて、前回意見を反映した修正を加えております。

また、心肺蘇生を中止した傷病者を搬送することはできないのか、というご意見に関しまして、当局の見解を提示しております。

こちらは、消防法に定められております救急業務と、それを規定する実施基準に照らし合わせ、消防機関の法廷業務として規定されていないため「救急業務に該当しない」と判断し、このため、現時点において心肺蘇生の中止指示を受けた傷病者の搬送は対応しないことといたします。

（資料16ページ）こちらは、医師が到着するまでの間に、家族等・関係者が状況の説明をかかりつけ医から受けて、蘇生中止について理解し、救急隊が引き上げたのち医師が到着するまでのあいだ、傷病者に付き添い、傷病者本人の現状を維持することに同意していることを確認して引継ぎすることとしています。

また、追加意見として、後日、双方で確認できる書類であることが良いのではないかといただきましたので、求めに応じて写しを交付することとしています。

引継ぎの書面については、審議事項2にて、ご説明をいたします。

（資料17ページ）全般にわたる意見で、追加意見としていただきました。先行する一部地域において、警察官の現場検証が行われることがあり、課題となっているのがいかにか、と情報提供をいただきました。

当局では、救急要請を受けた際に、心肺停止が疑われる重症の通報は、警察と共有し緊急時の初動対応の協力体制をとっているところですので、当市においても同様のことが懸念されるところです。

以上で審議事項1を終了いたします。

（上村部会長）

それでは、これから審議を行います。これが一番メインになると思います。項目1「DNARに対する救急隊の活動プロトコル」のところについて話し合いたいと思います。今回、参考資料1（非公表）のプロトコルフロー案を作成していただきましたので、非常に分かりやすくなったと思います。

まずは、プロトコルの中で、かかりつけ医に連絡する前のところで、そもそもかかりつけ医にかけるのかという点で、いろいろディスカッションがあったと思いますので、そのかかりつけ医に連絡する以前のところを少し議論できればと思います。

こちらのスライド、12ページ目までのところで議論できればと思います。まずは、今回、事務局の方で用意していただいたのが、今回の主な検討課題として、7ページ目のスライドにあります。右下の「今回の主な検討課題」ということで、1 家族と関係者の範囲、2 心肺蘇生の中止を

する対象者、3 かかりつけ医の定義と連絡方法、4 家族の意向が異なる場合の対応 について、こちらから議論できればと思います。まず、9 ページですね。ここが家族と関係者の範囲というところになります。前回のディスカッションにあったと思いますが、この「家族と関係者の範囲」について、何かご意見はございますか。

(福田委員)

結論として、これであれば必要十分と考えます。ACPに関するガイドライン、その他関係者の解釈というところで、ここは「等」である程度、これらの解釈と同様に、広く捉えても、その後に、かかりつけ医の確認というところで裏付けを取るというところですので、入り口のここは、この解釈で広く捉える形で問題ないと考えます。以上です。

(上村部会長)

ありがとうございます。こちらの家族と関係者の範囲については、よろしかったでしょうか。

※意見なく、了承

それでは、次に、2 心肺蘇生の中止をする対象者と、3 かかりつけ医の定義と連絡方法のところ、10ページと11ページですね。10ページの方が対象者ですし、11ページの方は対象除外となりますので、結果、対象者となります。これについて、何かご意見がある委員の方はいらっしゃいますか。

(大西委員)

かかりつけ医に、病院を入れること、その往診可能な病院を入れることで、混乱が起きるのではないかとということを主張させていただいて、いろいろ前向きに見直していただいたかなと思うのですが、こちらの点ですが、参考のフローを見ると、この「概ね12時間以内にかかりつけ医が往診できる場合」という、この定義そのものが、どういうふうに確認するのかなと思ったら、やっぱりこれも病院に連絡して確認するという感じになっていると思うんですね。そうすると、病院への連絡の手間をやはりかけてしまうんだというところが、ちょっと疑問です。そもそも往診できる場所はすごく少ないと思うので、その医療機関全体で考えたときに、往診できる場所というのは少なく、しかも、普段往診していなくて、死亡のときだけ往診するというのも稀だと思うのですが、例えば、ご家族に往診可能な医療施設ですかと聞いて、この代用とすることはできないのでしょうか。

(事務局)

救急隊が申し出を受けた時点で、そもそも在宅で心肺停止時のお話し合いまでされている方なのかというのを、家族と関係者の方にお伺いするというのを、入れております。それを入れることによって、ご懸念にありました非常に多くの病院に連絡してしまうのではないかとこのところを、ある一定程度解消できると考えているところです。

(上村部会長)

自分もそこが疑問だったので事務局に確認したのですが、この10ページのかかりつけ医についての議論の近くに赤字の「心肺停止の心肺蘇生の実施の有無について、話し合いを行った身近な医師」というところで、ここで救急隊としては、話し合いの内容を聞いて、それが家でのお看取りな

のかということを確認するというふうに、先ほど事務局が言っていました。なので、そういうふうに読めない可能性があるのも、「家でのお看取りについて話し合いを行った」というような文言があれば、分かりやすいのかなと思います。電話で連絡するというような意味合いではないみたいで、書き方が、確かに分かりづらいですね。

他に、かかりつけ医の定義だったり、心肺蘇生の中止対象者というところで、何かありますか。よろしいでしょうか。

※意見なく、了承

また、最後に聞きますので、最後の「4 家族の意向が異なる場合の対応」ですが、前回あったとおり、11ページの蘇生中止の対象除外の3番目のところに、「その場において、蘇生を望む家族等がいることが知った場合」か、「蘇生を望む家族等がいることが判明した場合」という、ここで落とし込んでいくということになります。第1回では、その場に家族がいなければいけないという話だったのですが、電話等で確認できる場合はどうするかという話となっていました。これはですね、「or」というのは、どちらがよいかを選択した方がよいということですね。この書き方に関しては、「その場において」というのを、入れた方がよいのか、入れない方がよいのか、「知った」の方がよいのか、「判明した」の方がよいのか、福田先生どうでしょうか。

(福田委員)

まず2点目の「知った」と「判明した」の場合ですが、前回の議論の中で検討させていただいたのは、「知り得た」という文言が入っているのが問題ではないかというところで、端的にそのとき客観的に分かっているかどうか、という方がよいというので、「知った」になったんです。じゃあ、その「知った場合」と「判明した場合」というのは、法的な意味合いが異なるかといったら、これは同義なので、「判明した場合」の方が分かりやすいのであれば、「判明した場合」というところで使うので問題ないと思います。

あとは、「その場において」というのをあえて入れるかというところですが。ここは「or」となっておりますが、シンプルに考えると、後段の「蘇生を望む家族の方がいることが判明した場合」、これだけでも十分足りるのではないかと考えております。以上です。

(上村部会長)

はい、ありがとうございます。

(尾形委員)

「その場において」というこの扱いですが、先ほど言った電話で確認する遠距離の傷病者とか、その場にいるのかどうかとかいうのは、ちょっと明確にしておいたほうが、現場では迷いがないのかなと思います。

(事務局)

はい、事務局としても、そのところが非常に悩ましいかなと思っていて、救急隊が活動しているところでの「その場において」という意味合いで、ここには載せていたところだったのですが、そもそもこのプロトコルが、「蘇生を望む家族等がいることが判明した場合」として、単純に、そこで救急隊が知った話を書くのであれば、「その場において」が大前提としてあると考えるところがよいのかと考えていたところでございます。以上です。

(上村部会長)

電話をするかどうかという、そういうところを残した方が良いということでしょうか。

(尾形委員)

あの救急隊が電話をするということではないのですが、この後に12時間待つという範囲の中で、おそらく、こういう連絡が行くというのは、家族が色々な人に連絡を取っていますので、なんか、はっきりしない場合、まあ、分からなければそれでいいのかもしれないのですが、その後の12時間の間とか、あるいはかかりつけ医が到着した時に、混乱があったり、いろいろな書類も出てきますので、それに基づいた説明が、かなり必要になるのだろうか、ということを、想像しました。

あと、その場合は後半の「蘇生を望む家族」だけだと、「その場に置いて」というのは、なんか入れないほうが、いるということが判明したら、もうそれでおしまいというふうにしたほうが、良いと思います。間違えて解釈したりするということがあるので、もう赤字で書いてある「蘇生を望む家族等がいることが判明した」というのが、もうそれですっきりするような気がします。

(上村部会長)

わかりました。ありがとうございます。そうすると、今のところは、後段がいいという意見だと思うのですが、他に反論がなければ、後半の「判明した」の方で、と思っているのですが、皆さん、いかがですか。

※意見なく、了承

今、4つの検討課題が終わったのですが、それ以外の部分で、12ページまでで、気になる点などあれば、委員の方から教えていただけますか。

(塩谷委員)

11ページのところで、意見を言わせていただこうかなと思っていたのですが、「心肺蘇生中止の対象除外」というところで、対象となるのが、人生の最終段階ということと、あとは心肺停止をしないという意思表示ができるという患者さんが対象となっているので、未成年とか小児の方はこういった判断ができない。なので記載していいのか分らないですが、未成年とか小児とか、いわゆる対象外です、ということを明記しておいたほうが良いのではないかと思いますのですがどうでしょうか。

(上村委員)

ありがとうございます。これは在宅の先生としてはどうですかね。小児の場合もそういう選択肢があるのかも含めて。

(鈴木委員)

医療的ケア児という問題が出ています。その中で、アドバンスケアプランニングというのは、非常に意見の分かれるところかと思いますので、即答はできないのですが、十分な議論が必要かと思います。家族、本人、医療従事者、法的な判断も必要となると思うので、時間をかけた方が良いでしょう。

(木浪委員)

医療的ケア児とか、小児がんの方とかもいらっしゃるし、もう自宅で看取りをするという前提で、お受けしているケースも多数ありますの

で、ここに明記してしまうと、心肺蘇生中止ということはできないかなと。もう少し議論をお願いしたいと思います。

(上村委員)

ありがとうございます。

(尾形委員)

また、高齢者で認知症がある場合についても、同様に意思表示というか、本人ということでの確認ができない場合があります。その場合に、最初にそういう文書なり、いろんな話し合いの結果、かかりつけ医も関与して、生前に意思表示が分かるということが大事なので、ちょっと、そういう除外をるところを拡大するかどうかというのは、かなり慎重にした方がいいかなと思います。

(上村委員)

ありがとうございます。塩谷委員が気になったのは、その生前の意思というところですかね。

(塩谷委員)

自分で意思表示ができないというところです。最終段階で、一般的には加齢に伴う変化とかガンの末期とかなので、ちょっと小児とか未成年がどう捉えてよいのかなと。

(上村委員)

おそらく今の話から、小児科の先生はそれを望んでいて、家族も望んでいるということですので、そうすると、あとは法的なところになってくるのかなと。

(福田委員)

これは、なかなか難しいテーマだなと思って聞いておりました。まず、その本人が意思を表出できるかどうかで、ただ、その未成年だった。

例えば、まだ表出できた時期があって、そのときにあんまり、例えばです、もう親に負担をかけたくないとか、そういうことを述べているようなお子さんだった、となると、その意思の尊重というのは、十分あり得るのかな、というふうに思っています。この意思の尊重というところかというと、法的なところで、今、よくあるのは、親権者の争いとかですね。家庭裁判所とかでは、子どもの意思を聞くと、例えば、15歳以上の子であれば、もう必ずこの意思を聞いて、それが親権者の親に反映されたりとか、それより年下の方でも、この意思の尊重というのは、法的には考えられています。

今、そこはどんどん広がっているところでもあるんですね。まあ、8歳、9歳ぐらいだったら、そういう意思は表明できるのではないかなというように議論もあって、ただ、法律的な決まりがあるわけではないのです。そのあたり、じゃあ、子どもの場合、いわゆるこのプロトコルに乗せた場合、どうなるのかというのは、非常に難しいところあるのですが、除外するとなると、ちょっと問題は当然あるかな、というふうに思いますので、ある程度、高齢者を中心としたプロトコルを作成したうえで、そういうような事象があった場合にも使い得るのか、ちょっと使えない場合は、どのように考えたらいいのかというのを、議論を熟成させていくのがいいのではないかな、というふうに思っています。

(上村委員)

これは、ここで決めるというのは、少し時間が必要ですね。特に小児の実際に対応している方の意見もあると思いますので、それも含めて、そこは宿題にしましょう。

(事務局)

小児の終末期医療に携わられている先生のところに、ご意見をお伺いに行きたいと思います。

(上村委員)

ありがとうございます。ではよろしいでしょうか

※ 意見なし

12ページ目まで他に何かご意見がある委員の方々いらっしゃいますか。よろしいですか。

※ 意見なし

13ページ目からかかりつけ医の連絡になるのですが、そこから最後まで、この中でプロトコルや、文章でも何か気になるところがある委員の方いらっしゃいますか。

(塩谷委員)

全体的な質問なんですけれども、9月から札幌圏として指令センターが、5つの周辺地域が集約されたとのことですが、今、議論しているプロトコルは、札幌市として運用するのか、それとも、後々札幌圏として拡大していくのか、そこを知りたかったです。

(事務局)

事務局です。こちらのルールにつきましては、札幌市の救急業務として実施させていただく、札幌市のルールとなっております。

(上村委員)

それでは他に何かご意見ある委員の方いらっしゃいますか。

(田中委員)

資料の中に、かかりつけ医から家族へ説明をするところの文言が入っていたのですが、参考資料1とかのフローチャートには、かかりつけ医が往診できる、直接的に、救急隊への具体的な指示までは入っているのですが、家族への説明の部分がないので、入れた方が良くはないかと思いました。

(事務局)

はい。反映させていただきます。

(上村委員)

ありがとうございます。ほかにご意見ある方いらっしゃいますか。よろしいですか。

※ 意見なし

それでは、項目1に関しては、皆さんの意見を反映した後、小児の部分も含めて、第3回の検討部会で、まとめる形にしたいと思うのですが、よろしいでしょうか。

※ 意見なく、了承

続きまして、審議事項2に移りたいと思います。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、事務局から説明をお願いします。

(事務局)

審議事項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ご説明いたします。

(資料19ページ) 審議事項1の「DNARに対する救急隊の活動プロトコル」の家族等・関係者への引継ぎの項目に関する部分に使用する、確認書の事務局案を作成いたしました。

コンセプトを3点として「傷病者の生前意思に沿った対応であること」「かかりつけ医の指示に従い、心肺蘇生が中止されること」「最終的に、かかりつけ医に引継がれること」以上のことから、不搬送という解釈ではなく、相互に確認が行われたことを確認する「確認書」として作成しております。

参考資料3(補助資料のため非公表)となります。仮称【傷病者の生前意思に沿った心肺蘇生の中止確認書(案)】をご覧ください。確認書は、中段の太枠で囲まれている「家族等又は関係者」を主体に作成しております。順番に各項目について、ご説明します。上から「救急隊確認」欄、「かかりつけ医から具体的指示を受けて 心肺蘇生を中止したこと」「かかりつけ医の到着までの所要時間について」この2点を確認項目としてチェックBOXにし、傷病者の情報を記録します。

中段、「家族等又は関係者」の欄では、「傷病者の生前意思が書面又は口頭で表明されたこと」、「かかりつけ医が心肺蘇生の中止判断をしたことを理解していること」、「(家族等に引き継ぐ時に限るが)かかりつけ医が診断を終えるまで傷病者本人の現状を維持し、傷病者に付き添うこと」、この3点を確認項目としてチェックBOXにしております。

かかりつけ医の説明を受けて、救急隊が引き揚げることに同意された際に署名をいただきます。

最下段は、往診する医師の情報を記載し、そして引継ぎ時刻の記録と救急隊が医師に引き継いだ際には、現場において往診医師の署名をいただく形としております。こちらの確認書は、「医師」の引継ぎ時にも、「家族等又は関係者」に署名をいただき対応の記録として、事後にも確認できる形としております。

中段と最下段のグレー色塗りの2か所の部分は、救急隊の引き揚げ時の状況により、引継ぎが医師なのか、家族・関係者なのかにより、変更となる部分です。それ以外は、原則すべての項目を埋める運用を考えており、救急隊の出動記録と同じ5年の公文書保存と考えております。

(資料20ページ) 救急現場における死亡判断についてとなります。第1回において審議され、現在の死亡判断とされている7項目から6項目へ、そして、環境温等の考慮について、スライドの通りに提示し、了承されているところです。

第1回で、ご意見の中に、心電図等の具体的な記載があった方がよいのではないかと、そして、国の基準で示している6項目にするにあたり、リスクはないのか。とのご意見をいただきました。

(資料21ページ) そのご意見を踏まえ、事務局案を作成しております。赤字の部分を追加しているところですが、観察に使用する資器材につい

て、具体的に記載し、聴診器による呼吸音かつ心音、心電図モニターによる心静止、体温計による確認と、より具体的な文言を追加しております。

また、過去5年間の救急隊が死亡の判断をして、不搬送とした8,195件について調査しております。その中には、「ア」から「オ」までの5項目が確認され、6項目目の確認項目が、死後硬直、または死斑のいずれかで判断されていたものが、約4%含まれておりました。このため、総務省消防庁が示す通知に準じ、実情に合わせた変更を考えております。なお、見立て違いとなりました症例はないことを合わせてご報告させていただきます。以上となります。

(上村部会長)

ありがとうございます。2点あると思うのですが、まず、参考資料3の確認書について、弁護士の方々に確認したということですので、全体を通して、何かご質問やご意見がある方、お願いします。

自分から確認なのですが、これは、救急隊が引き揚げることに同意します、というのは、医師が接触した場合は書かないのでしょうか。

(事務局)

こちらの署名は、ご家族の方に、関係者の方にも署名をいただきたいと思っております。医師が到着されるまでに時間がありますので、その間にご説明させていただき、ご了解をいただいたということで、できる範囲での協力という形で、署名をいただくことを考えています。

(上村部会長)

医師に引き継いだ場合ですね。医師に引き継いだ場合には、書かないのですか。

(事務局)

記録として取らせていただく、書いていただくことを考えております。

(上村委員)

そうなのですね。医師が来ている時に、医師に書いてと言われませんか。

(事務局)

拒否される方は、結構いらっしゃるかと思いますので、その時はもう拒否されたということで、無理に書いてもらおうとは考えていません。

(上村部会長)

他に何かご質問ある方はいらっしゃいますか。

(尾形委員)

この確認書が実際に運用されたときのことを考えているのですが、最後に医師の署名のところをもう少し書いておいてもらったほうが、かかりつけ医が来たときに、この文書があって、このサインというのがあったときに、引き継ぎ時のみということとか、家族が説明しなきゃいけないというのは、ちょっとないと思うので、写しを持っているわけですね。それにサインをして、よく救急車の引き継ぎ書にいろいろ書いて返送したりというふうになりますが、あれと同じような扱いをするのかどうかとか、ちょっとドクターが迷うんじゃないかと思うので、そこをもうちょっと明確にしてもらったほうが運用しやすいと思います。

(事務局)

はい、ご懸念のとおりと思いますので、こちらの記述の方を修正させていただき、次回に提示させていただきたいと思います。

(上村委員)

ありがとうございます。他に何かございませんか。

※意見なし

次の2点目に行きたいと思います。鈴木委員お願いします。

(鈴木委員)

死後硬直、または死斑が見られることというのが、死後硬直と死斑、病態としての関節が硬いだとか、判断があると思いますが、これ両方必要なのではないかと思うんですよね。あと、死斑もそうです。生前の状況によって、例えば極度の貧血がある方は死斑が出にくい。なので、これ両方が死体現象としてとれるのであれば、両方を合致しなければ誤りが生じると思うのですが。

(事務局)

はい、こちらの死斑が、まさに見えない状態もあるというところと、死後硬直のみしか確認できない場合があって、実際のところ、約4%程度、搬送に至っていない事案がございましたので、今回、「または」という国の通知に準じた形として、修正をかけるところでございます。

(鈴木委員)

国の通知の基準判断もわかるのですが。私は警察医もやっているのですが、死体現象として捉えるのであれば両方一致した方が良いと思います。

(事務局)

ご懸念のところにつきましては、検討のうえ、次回ご回答させていただきます。

(鈴木委員)

硬直というのみで判断、極度の貧血での死斑が出ない等、漏れないようにと思って、次回よろしくお願いします。

(上村委員)

ありがとうございます。こちらの項目に関しては、大西委員から、前回の意見がありましたが、これで大丈夫でしょうか。

(大西委員)

おそらく、その心電図とかがあった方がいいのではないかというのを追加していただいて、いいところだと思うんですよね。

今の鈴木委員からお話があったとおりですね、確かに、この死後硬直なのか、もともと拘縮があった方なのかというのは、分からないことも確かにあるんですけども、我々も救急の立場から、そこで、やっぱり判断しているかというところ、そこだけではないなというところで、心電図があったほうが良いという。おそらく、これは古典的な、死後硬直とか死斑という話だと思うんですけども、いずれも決定打ではないというところで考えています。

そういう意味では、私は日本全体というか、国の指針で、札幌以外がもう

全部、おそらくこの6項目でやってきたという背景があるのであれば、やはりそれに合わせるのは、合理的な話ではないかな、というふうに思って聞いておりました。

(上村委員)

ありがとうございます。それでは「力」の項目を、またご検討いただくということで、よろしいですか。

(事務局)

死後硬直と死斑のことについて、少し詳しくこちらに記載を加えて、ご懸念が解消される内容として、を次回にご提示したいと思います。以上です。

(上村委員)

ありがとうございます。それでは、他にご意見ございますか

※ 意見なし

それでは、審議事項2に関しても、1点目の確認書は、事務局案に微修正を加えることとして、2点目の死亡判断に関しては、「力」の項目について、事務局で検討いただくということになります。

それでは続きまして、審議事項3で、市民および関係機関の啓発事業について、事務局から説明をお願いします。

(事務局)

審議事項3 啓発事業について、ご説明いたします。

(資料23ページ) こちらは前回、アドバンスケア・プランニングと連携した啓発事業とすることとして、了承をいただいたところです。

前回、意見をいただきました内容から、市民啓発の際に、配慮すべき事柄を整理しております。

(資料24ページ) こちらは、札幌市民の意識調査として、札幌市保健福祉局から公表されております。高齢者に関する関係データを参考に提示させていただきます。今後の生活場所について、在宅生活を望む方が高齢者の中に約60%いらっしゃる、最期を迎えたいと望む場所として、自宅と回答されている方が、約半数いる結果となっております。本プロトコルを考慮しますと、市民周知が非常に重要であることが分かるデータとして提示させていただきました。

次回以降、次年度に向けて、具体的な取り組みについて、検討を進めていきたいと考えております。よろしければ、ご提案、ご意見をお伺いできたらと考えておりますので、よろしくお願いいたします。

(資料25ページ) 最後に、検討スケジュールの修正案です。多くの意見をいただきましたので、事務局としましては、慎重な議論を重ねるため、当初のスケジュールにありました市民パブリックコメントの実施時期を、来年度の初頭に移動し、検討部会を次年度に開催する変更案をご提示させていただきます。

市民意見を受けまして、検討部会で修正検討いただき、最終案の提出としたいと考えているところです。

以上、審議事項3の説明を終わります。

(上村委員)

ありがとうございます。それでは、まず、啓発事業について、ご意見ある委員の方いらっしゃいますか。23ページと24ページとなります。尾形委員をお願いします。

(尾形委員)

もうすでにそういうことを意識して書かれていることなんだと思いますが、今日、冒頭でご挨拶の中で、救急の搬送件数のことをおっしゃってましたが、市民に対してはですね、やっぱりそこはもちろん、色々な機会に、そういう救急の搬送の問題というのは、説明すべきなのですが、これと絡めて話してしまうと、どうしてもその搬送を減らすんだな、というふうに聞こえてしまうので、決してそういう意味でこの動きをしているわけではないということがありますので、そういうメッセージの出し方については、注意していかないといけないと思います。

(上村委員)

ご意見ありがとうございます。

(横田委員)

今回の修正案のときもコメントを出させていただいたのですが、多分、その救急搬送をするとどういことが起きるのかというところを、やっぱり分かっていない市民の方もいらっしゃるでしょうし、施設の方とかも、救急車を呼ぶというところの判断が難しいとかいうようなところもありますので、そういったところを丁寧に行っていただければ、というふうに思っています。

あと、ACPとも連動したというところにもなりますので、先ほどの小児のお話にもありましたように、なるべく高齢者というところに偏らないというか、全般的なACPというところの意思表示のところを含めた内容というところを、今後、検討できたらいいのかな、というふうに感じていたところでした。

(上村委員)

ありがとうございます。田中委員からお願いします。

(田中委員)

はい、私も皆さんと同じ意見で、高齢者に限らず、家族も含めて、ということになりますので、本当に幅広く、市民の方々に、それこそ小児のお子さんも含めて、たくさんの方に、この本質をちゃんと理解いただけるような取り組みが必要ではないかな、というふうに思っています。以上です。

(上村委員)

ありがとうございます。阿部委員、医師会から何かありますか。

(阿部委員)

参考の資料2にもいろいろあるのですが、札幌医師会として、市民への啓発事業の1つとしてですね、ICTではなくて、アナログなのですが、在宅医療介護連携手帳という取組みを、もう7、8年前に作っております。これは、もし搬送した際に、あらかじめ自分の今までのことを、経緯等を含めて書いておくことによって、診療情報提供書では足りないような情報というのが補完できるということで、運用しています。

ただ、これは今のところですね、市民に対して直接配るのではなくて、在宅医療協議会の先生方を中心に、かかりつけ医の先生方から、配っていただくということにしていますので、これから市民の啓発ということの1つの参考として、提供したいと思います。以上です。

(上村委員)

ありがとうございました。それでは啓発活動について他に聞ければ次に行きたいと思います。

(福田委員)

市民啓発という中で、市民向けに色々するというのを、関係機関向けというところの今後の取り組みがあるかと思います。

やはり、その市民の方、どういうふうに落とし込んでいくかというところには、今回のプロトコルで言えば、ケアマネージャーさんや、訪問看護師の方も、その連絡先確認のための手段として、出てきたりもしておりますが、そういうケアマネージャーさんですとか、訪問看護さんたちは、もともと意識が高いというところを、ACP等についてもご説明している方もいます。

そういう方がいらっしゃる一方で、施設ですとか、入居型の施設の方とかは、まだそこまで、ACPは医療でやることだよね、というところで、理解が進んでいないというようなところもあったりしますので、そのあたり、関係機関というところの中で、施設等も含めてですね、やはり啓蒙をして、そこからご家族さんやご利用者さんに落とし込んでいくというような、先ほどのかかりつけ医から配るというような医師会の取り組みのお話もありましたが、そういう関係機関を啓蒙して、そこから市民に落とし込んでいくというところが、介護の面からも必要かなというふうに思いますので、そういう運用ができればいいなと思って聞いておりました。以上でございます。

(上村委員)

ありがとうございます。それは他にいなければ、啓発事業は終わりました、25ページのスケジュールについて、特に、このパブリックコメントの実施時期も含めたところを書いてありますので、これに関してご意見がある方はいらっしゃいますか。

また、第3回目が次にあるということで、その後にパブリックコメントをもらって、それに対して検討するというふうになっています。

これは事務局案でよろしいでしょうか。

※ 意見なく、了承

最後に、その他のお知らせする事項がありますので、事務局からお願いします。

(事務局)

お知らせ事項2点となります。1点目につきまして、次回の開催は1月の中旬を予定しております。今回は、今回いただきました内容を中間報告する形式に変換して、ご提示できるようにしてまいります。

～中略～

以上です。

(上村委員)

ありがとうございます。その他連絡事項ございますか。最後に何か発言ある方はいらっしゃるでしょうか。

(大西委員)

最初の審議事項1のところで良いですかね。

先ほど、小児のお話を塩谷委員から出ましたけれども、小児の件ですね、ちょっとドキッとしてしまったということがありまして、4ページ目のこの前提のところは非常に大事なのかなと思っています。今回、このプロトコルに乗るのが「人生の最終段階で、在宅の医療を受けている方」という、ここに下の方に書いてあるのですが、例えば、上の方の最終段階のところには、この「在宅の医療を受けている方」という文言がないとかです。あとは、救急隊員が実際にこれを見るだろう、プロトコルのところには、この文言が入っていないとかですね、

それと、実はメールで質問させていただいたのですが、90歳でACPとかを作っているけれども、非常に元気な方で医療を受けてないような方が、今回、家族から提示があったときに、この人はこれに該当するのか、該当しないのかって、現場の救急隊が悩まないのかなと思ひまして、在宅の医療を受けていないから、この人はダメですよって言うのかどうかとか、このあたりが我々委員の中でも、どうなのでしょう。

みんな、もしかしたら考えている対象が違うのかもしれないな、という懸念を抱いたのですが、こういうACPはしっかりしてて、しかも高齢者、超高齢者なので、これを人生の最終段階で含むかどうかというのは、かなり個人差のある考え方だと思うのですが、これは皆様が、ちょっともしズレがあるのであれば、その統一というのは、今後、今の議論というのは、今後考えた方がよろしいのかなと思ひました。

(上村委員)

この「在宅医療ケア」というのを追加するかという話と定義ですが、基本的には往診医がいるということが、この救急隊に関わるプロトコルに該当するという話になりますので、今の元気な人で、どこもかかりつけ医に行かないという人に関しては、入らないというような解釈でいいのかなとは思っています。

また、ACPを拡大したときには、その議論になってくるのかなと思ひます。

(大西委員)

プロトコルに書いていない部分があることが問題かなということをおもひました。

(上村委員)

はい、そうですね。今のところが、在宅医療ケアが抜けているという点は、もう一度見直してもらって追加すべきかどうかというのを事務局に検討してもらいましょう。

(小館委員)

死斑と死後硬直のところですが、調べると、やっぱり死後硬直に関しては、数日経つと寛解することになっていくという。それが逆に硬直がなくて、搬送してしまうという症状が起きてしまうということで、多分、総務省消防庁は日本全国で死後硬直または死斑というふうになっているというふうに解釈しているのですが、両方あったり、逆に不搬送にならないような枠でいくという部分では、「または」で十分なんじゃないかなと思ひますが、そこも次回の検討にさせていただけますか。

	(上村委員) 重要な情報ありがとうございます。他に何かございますか,よろしいですか。 ※ 意見なし それでは、円滑な議事進行をありがとうございました。それでは、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2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、御審議ご意見いただき、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