

令和7年度第3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3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8年(2026年)1月20日(火曜日)18時30分から20時00分まで
場所	札幌市役所12階会議室4号、5号(対面及びオンライン形式)
出席者	<b>【委員】</b> 上村部会長／前川副部会長／井上委員／鈴木委員／阿部委員／小館委員／塩谷委員／大西委員／田中委員／田口委員／加藤委員／尾形委員／木浪委員／福田委員／横田委員 <b>【オブザーバー】</b> 長 祐子氏／川村 健太郎氏 <b>【事務局】</b> 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／三品／伏見／森下
議題	<b>【審議】</b> 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 4 中間報告書(答申素案)について
議事内容	<b>(司会)</b> 只今から、令和7年度第3回札幌市救急業務検討委員会「救急現場におけるDNAR対応」検討部会を開催いたします。本部会は、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、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。 <b>(救急担当部長)</b> 消防局警防部救急担当部長の上山です。 本日は、皆様お忙しい中、第3回DNAR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。また、皆様方におかれましては、本市の消防行政に対する深いご理解の下、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。 今回、第3回目より、新たな委員といたしまして、札幌市医師会夜間急病センター センター長の井上弘行様にご参画をいただいております。 また、オブザーバーといたしまして、小児在宅医療に携わっております北海道大学病院 小児成人移行期医療支援センター教授 長 祐子様、また医療法人稲生会生涯医療クリニックさっぽろ院長 川村 健太郎様のお二人にもご出席をいただいております。どうぞよろしく願いいたします。 今回、継続審議事項につきまして、前回までにご検討いただきました内容を踏まえた修正案を、事務局よりご説明をさせていただきます。前回同様に、専門的な見地から、忌憚のないご意見を賜りますよう、よろしくお願いいたします。 また、救急現場における対応プロトコル、さらに、新たにご審議をいただきます中間報告書の2点につきましては、本日の議論の内容を反映させ

ていただきながら、3月に開催をいたします救急業務検討委員会にご報告させていただきます、ご審議をいただきたいと考えておりますので、どうぞよろしくお申し上げます。

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たします。

### (司会)

～中略～

開催にあたっては、原則公開としております。会議の議題や概要をまとめた会議録を作成の上、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て掲載を予定しておりますので、よろしくお願いたします。

それでは以降の議事進行は、上村部会長にお願いたします。上村部会長よろしくお願いたします。

### (上村部会長)

本委員会は非公開情報を除いて、市民に公表される、公開会議となりますが、皆さんよろしいでしょうか。

※一同、了承

審議事項1の「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)

今回、各委員の皆様事前に配布しました「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 中間報告書（答申素案）」【参考資料2】の素案（以下、「中間報告書素案」という。）と、検討のメインとなる「救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応プロトコル」【参考資料1】の素案（以下、「プロトコル冊子」という。）、2点をご用意しております。こちらを簡単にご説明します。【参考資料2】は、これまでの議論と今回議論いただいた内容をまとめ、中間報告書として次年度に最終答申する素案となります。

※参考資料1、2は素案段階のため、非公表とする。

【参考資料1】については、本検討部会のメインとなります。次年度の早い時期にパブリックコメントを実施する際の市民公表をする資料となっております。どちらも今回の議論内容を反映し、3月に開催する救急業務検討委員会に報告し審議をいただきます。また、【参考資料2】は後ほどご意見をお伺いたします。よろしくお願いたします。

それでは、審議事項1について、現状の課題の再確認と前回までの検討経過を確認していただきます。確認するにあたり、配布している【資料】と【参考資料1】プロトコル冊子（案段階のため非公表）を開きながら合わせてご確認をお願いします。

【資料】4ページです。札幌市の現状と課題について、再確認を含めてご説明いたします。上段は、人生の最終段階にあり、在宅による医療・看護・介護ケアを受けて、心停止時の心肺蘇生を望まない意思表示をされ、かかりつけ医をはじめ、家族等と共有して自宅等の慣れ親しんだ環境での最期を望む選択をされた方の流れを示しております。しかし、ご本人が心肺蘇生を望まない意思表示をされていても、赤い矢印で示しております通り、間近で付き添い容態が悪化していくことを見守る中で、不安や判断にも迷い119番に連絡される方がいるところです。これについては、やむ

を得ないところと考えております。

そして、下段の流れですが、現行の札幌市の救急隊は救急現場において、在宅での看取りを望んでいたとの申し出を受けても、原則病院搬送をすることとしており、上段の在宅医療に戻すルールがないところです。このことから、申し出を受けた際に現場で混乱が生じ、傷病者本人の意思を尊重することができておらず課題となっているところです。

【資料】5ページと【参考資料1】2ページ目をお開きください。【資料】と【参考資料1】をあわせてご覧ください。

検討を進める上での基本となる考え方について整理しています。本人が人生の最終段階において、心肺停止時に心肺蘇生を望まない意思を表明し、慣れ親しんだ環境での最期を選択する、いわゆる在宅での看取りを選択された方に対応した際に、救急隊がご本人の意思を尊重するための対応ルールが無いことが課題となっています。

この課題について、検討を進めるにあたり、基本事項は2点あります。1点目、「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」を対象とすること。2点目、救急隊の役割が救急救命にあることと、ご議論いただいたところです。

また、1点目の確認事項については、前回検討の中で、「心肺停止時に心肺蘇生を望まない意思表示」、「慣れ親しんだ環境での最期を望む選択」という点、基本事項に示している「在宅の医療・ケアを受けて」いる方を対象としてという点、これら全体を通し、一貫して統一した言葉を使った方が良いとのご意見をいただいたところです。

【資料】6ページです。前回までの検討内容を踏まえた流れを示しております。【参考資料1】8ページ目のフロー図とあわせてご確認ください。

上段から、救急隊が要請されて、現場に到着し、心肺停止を確認し、直ちに救命活動、心肺蘇生を開始します。その最中に、「家族等・関係者から、書面又は口頭で、蘇生を望んでいなかったとの申し出」を受けた場合に、このプロトコルに該当するか確認していくこととなります。

救急隊は、申し出されたご家族等に「かかりつけ医と最期の時の対応について話し合いをされていたか」を確認します。

次に、傷病者の心肺停止の状況が、対象の除外項目に該当していないか確認します。そして、かかりつけ医と話し合いが行われており、除外項目に該当しない場合に、「かかりつけ医に連絡」、そして「かかりつけ医に確認」に進んでいきます。

連絡にかかる時間は、「概ね10分以内を目安」とする時間設定、家族が慌てて医師の連絡先が判らない場合には、「訪問看護師、ケアマネジャーへの相談を可能」としています。

救急隊は、かかりつけ医に傷病者の状況を伝え、「本人の心肺蘇生を望まない意思」と、「心肺停止の経緯が想定していた」ものであるのか確認し、「かかりつけ医に12時間以内に往診することが可能か」についてお聞きします。

かかりつけ医に直接、心肺蘇生の中止の是非について指示を仰ぎ、「具体的な指示に従い、心肺蘇生の処置を中止」をします。

かかりつけ医が、「概ね30分以内に往診できる場合は、救急隊が現場で引継ぎ」、かかりつけ医が、「30分以上かかり、概ね12時間以内に往診できる場合は、家族等・関係者に引継ぎ」をします。

引継ぎは、傷病者の生前意思に沿って心肺蘇生を中止したことを、医師、家族、関係者と双方に確認する「確認書」を用いて必要な確認、記録をすることとしています。

以上、全体の大まかな流れのご説明でした。

今回、主に検討いただきたい事項につきましては3点。「わかりやすい統一された用語としての「看取り」の用語使用」、「プロトコルの対象年

齢について」、「プロトコルの運用検証、事後検証について」になります。次のスライドから各要素について順次説明をいたします。

【資料】7ページとなります。なお、修正・追加追記したものに関しては赤字でスライド上に示しています。また追加項目は、赤色の囲み表記としております。

プロトコル全般にわたり、救急隊が活動の主体として動くことを想定して、文言を一部修正しておりますことを申し添えます。

それでは、本項目の説明に移ります。プロトコルの重要な要素となります「家族等」「関係者」の解釈範囲、そして、このプロトコルにおける「かかりつけ医」の定義となります。これらは、厚生労働省のガイドライン、関係学会からの提言から引用しており、前回ご承認をいただいた内容となっております。

【資料】8ページとプロトコル冊子4ページをお開きください。本プロトコルの対象の説明となります。前回の検討部会でご意見をいただきました、「在宅医療・ケアを受けている方」という文言が場所によって抜けていることや、健康な高齢者で医療を受けていないが、心肺蘇生を望まない意思表示をされている方は対象となるか、用語の統一とプロトコルの対象について運用する現場が混乱しないように対象を明確にした方が良いとのご意見をいただきました。このため、基本となる考え方、基本事項の記載に、「在宅の医療・ケアを受けており、心肺停止時に心肺蘇生を望まない意思表示をされている」方を対象とすることを述べ、プロトコルの対象として、人生の最終段階を包含した意味で「看取り」という単語を分かりやすい統一用語として使用し、スライド上にあります簡潔な表記にしております。この単語の使用がふさわしいのか、後ほど調査したのものも含めてご報告させていただきますので、ご検討をお願いしたいと思っております。

また前回、対象者として「意思を表明」することが困難な年齢範囲を含めるべきか、小児の在宅医療に関わる専門家の意見を聞き、慎重に検討するべきとのご意見をいただいたところです。今回オブザーバーとして、小児在宅、小児の終末期医療に精通されております2名の先生にお越しいただいておりますので、後ほどご議論のほどよろしくお願いたします。前回ご議論いただきました「心肺蘇生中止の対象者」、「心肺蘇生中止の対象除外」につきましては、修正はございません。

【資料】9ページです。こちらは検討事項としております「判り易い用語」として「看取り」について提示させていただいております。あわせて先行地域の使用状況を調査しておりますのでご報告いたします。先行地域を調査したところですが、プロトコルの主要な部分における使用例は、ほぼありませんでした。「看取り」という用語が使用されている地域においても、社会や市民の背景を説明する際の市民啓発の中で一般的な用語として「看取り」が使用されております。このことから、用語としての「看取り」の使用につきましては、プロトコル内での使用はせずに、背景説明と市民啓発の中で使用することとしたいと考えております。了承が得られましたら、プロトコル内の「看取り」の記述を削除、または「心肺蘇生を望まない意思表示をされた方」として統一し、修正したいと考えております。

【資料】10ページです。こちらは検討事項2つ目となります。前回ご意見をいただきました対象年齢の小児について、先行地域13地域の調査を示します。未成年を対象除外としているのは1地域のみ。明確な年齢の記載がされているところはありませんでした。提案につきましては、全年齢を対象とするという提案をさせていただきたいと思っております。後程ご意見等のほどよろしくお願いたします。

【資料】11ページです。【参考資料1】5ページに戻ります。救急隊の傷病者接触・心肺蘇生の項目を追加しております。こちらは、救急隊が救

命活動を優先して活動することを明確にする追加修正となります。傷病者の生前意思の申し出の項目、こちらは3点目の記述を統一表記に修正し、救急隊が家族等関係者に確認する事項としております。

【資料】12ページと【参考資料1】5ページをお開きください。かかりつけ医の意思確認の方法について、こちら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をしております。救急隊が蘇生を望まない申し出を受けた際に、かかりつけ医と在宅での最期を迎える話し合いをしていたのか確認した後に、かかりつけ医に連絡する一文を連絡の項目に追加しております。これは申し出があればすべての医療機関に連絡することになるのではないかと意見をいただいたところであり、追加したものとなります。また、救急隊からかかりつけ医に確認する項目を列記し、この中にも12時間以内に往診できるのかを確認することとしております。

【資料】13ページです。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、医師が救急隊から現場の状況を聴取して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、救急救命処置であります心肺蘇生の中止について指示することとしております。前のスライドにございました救急隊からの確認項目を出し、重複記載となる部分を見え消しとして、12時間以内の往診ができる場合を項目の説明として追記しております。また、プロトコルを運用する救急隊の行動を主体とする状況伝達の連絡、必要項目の確認、蘇生中止の是非を仰ぐという、救急隊が主体となる行動を促す言葉の修正を加えているところです。

【資料】14ページと【参考資料1】6ページ目となります。かかりつけ医、家族等関係者への引き継ぎは、変更は文言修正のみです。使用する確認書についてですが、前回救急隊が引き揚げた後にこの確認書があることで、往診に来た医師がこの書類について署名と説明を求められるのではないかと意見をいただきました。確認書については、【参考資料1】9ページ目に掲載しているところです。そのご意見がございましたので、医師署名欄の横に説明書きを注記しているところです。

【資料】15ページと【参考資料1】7ページとなります。こちらは今回の検討事項3点目となります。事後検証についてです。プロトコルを策定した後、運用を開始した後の検証について定め、必要があれば見直しをすることを明記した事項となります。各項目の検討をいただき、【参考資料1】につきましても併せてご審議をお願いいたします。以上審議事項1の説明を終わります。

#### (上村部会長)

今回の主な検討課題の3点を議論した後に、【参考資料1】の文言の修正点をお聞きしていきます。

まず【資料】9ページ最初の「分かりやすい統一された用語」というところですが、今回はすべて「看取り」という言葉で、プロトコル冊子と中間報告書の参考資料を作っていたのですが、公的文章としてそぐわないということで、公的文章として「看取り」という言葉は使えないとも聞きましたので、この「看取り」の部分がすべて「心肺蘇生を望まない意思表示をされている方」となるとのことでよろしいでしょうか。

#### (事務局)

そのとおりです。ふさわしくない部分については削除させていただく形で、修正をかけていきたいと思っております。

#### (上村部会長)

そうすると「判り易い」については、今回の課題としては解決できていないと思いますが、用語の統一については解決されました。

新しい言葉があったとしても、公的なもので使えないという話になる可能性があります。

これは、書面会議で「心肺蘇生を望まない意思表示をされている方」に変更し、もう一度見てもらうことで良いでしょうか。

**(事務局)**

修正の後に、最終確認していただくことを考えております。

**(川村オブザーバー)**

生涯医療クリニックさっぽろ川村です。「心肺蘇生を望まない意思表示をされている方」という文言についてですが、これから小児を対象に加えていただく議論をしていただくと思いますが、こちらの文言であると小児をカバーするのかという疑問があります。解釈の仕方ですけれども、本人が意思表示をしていないじゃないかと、引っかけると思うので、「心肺蘇生をしないことを同意している対象」とか、「心肺蘇生をしないことについて合意が得られている方」のような文言が良いのかなと思いました。

**(事務局)**

「人生の最終段階にあり」という言葉を頭の方につけることで、それを包含できるかと考えております。いかがでしょうか。

**(上村部会長)**

この話は意思表示ではなく、合意形成という言葉にするということかと思えます。

**(川村オブザーバー)**

色々な人が見ることとなる資料として、小児を含んでいただくということであれば、家族も含めて合意を得られているということが非常に重要で、本人の意思については推定されたものでしかない場合もかなり含まれると思うんですね。

その場合に「心肺蘇生を望まない」と意思表示されている方」という文言が前面に載ってしまうと、高齢者の方も含めてになるかもしれませんが、意思表示が困難な状態の方においては、心肺蘇生をしないという行為が関係者間で合意されている場合においては、理解の仕方というか、これを読んだ方にとっては「ちょっとそこから外れているのじゃないか。」というふうな誤解を与えてしまわないかなど。ということで、心肺蘇生をしないことについて、「合意が得られている方」というような文言が良いのではないかなという発言でした。

**(上村部会長)**

どのような文言にするかというのは「意思表示を合意形成にする」か「意思表示又は合意形成」というような記載が良いと思っています。

しかし、「又は」とした場合には文言として長いため、「心肺蘇生を望まない意思表示」とし、注記で「意思表示の定義に合意形成も含む」とするのが良いと思うのですが、いかがでしょうか。

**(福田委員)**

法的な観点で申しますと、未成年の方でも意思表示ができるケース、できないケースを年齢で一義的にできる話ではないです。本人の意思表示が何歳ぐらいからできるのか、12歳ぐらいからできるという考え方もあれば、もっと幼くてもできるだとか、15歳などと法令によっては様々であります。

なので、たぶん意思表示だけだと、確かに足りないだろうなっていうのは川村先生のご意見を聞いて思いました。私自身、どちらも良いだろうなと思ったときは、部会長がおっしゃった通り「意思表示または合意形成」というのが一つ、じっくりくる言葉かなというふうに思いました。以上でございます。

**(井上委員)**

おっしゃるとおりであると思う一方で、高齢者とかで本人そっちのけで決められてしまうケースが出てくるのはどうかなっていうのが懸念で、合意形成という家族の周りだけで決めてしまう合意形成、小さい子もそうですが、あくまでも本人の意思がベースにしたところがスタートラインという意味合いでのプロトコルというところでもあるので、合意形成でもいいよ、周りが決めてもいいよ、というのは慎重に考えなければならないところですし、難しいところであると思っていました。

**(上村部会長)**

今までの各委員の意見を反映すると、注釈に「意思表示ができない方は、合意形成」という文言となるでしょうか。委員の意見は吸い上げられたと思います。文言の部分を事務局と福田委員で検討していただくのはいかがでしょうか。

**(福田委員)**

おそらく方向性はある程度一致しているのかなと思うのですが、確かに合意形成というのが全面的に本文に出てくると、井上委員がおっしゃったような懸念、「合意形成してればいいでしょう。」という方に働きやすいのではないかなと思うところですので、注釈の設け方も含めて、いい方策をご意見いただければ、事務局と私の方で責任を持って、修正案を作ろうかと思えます。以上でございます。

**(川村オブザーバー)**

基本は、合意形成には「本人の意思がベース」で入っているということが「合意」だと思えますので、合意形成の中には、本人の意思が当然入っているところだと思います。

**(事務局)**

かかりつけ医に最終的にはご確認しなければならない項目ではありますが、このプロトコル上に、合意形成、意思表示が包含された中で、見えるように修正し、相談させていただきます。

**(上村部会長)**

その他に「判り易い用語」について、何かご意見ありますか。

**(田口委員)**

今回は、「人生の最終段階の方のみ」ということですね。だから、前々から尊厳死協会で「私、DNARなの。」とか、あとはACPの過程で、元気な方と言うとあれですけど、そういう方で「私のお父さんDNARという話しをしてたんです」という方は、今回はその対象には含まないということでしょうか。

**(事務局)**

基本となる考え方に「人生の最終段階」というのを謳わせていただいておりますので、そのとおりと考えております。

**(田口委員)**

人生の最終段階の定義が難しいというのは通説なのですが、そこは敢えて触れずに「人生の最終段階にあり」と表記するということでよろしいですか。

**(事務局)**

病気による最終段階を迎えている方と、非常に高齢で最終段階を迎えていらっしゃる方と様々な考え方があると思いますので、それを含んだ文言としてここに掲載していきたいと思っております。

**(上村部会長)**

これは、もう医師が判断するしかないのではないですかね。ありがとうございます。他に、この用語に関しては、よろしいですか。

※ 一同、了承

**(上村部会長)**

それでは、【資料】10ページ、次の検討課題であるプロトコルの「対象年齢について」、おそらく今回のメインだと思うんですけど、小児を含めるかという話となります。

これは、もともと高齢者という背景がありましたので、塩谷委員から小児や未成年については対象となるのか、とのご意見を前回の検討部会でいただいております。対象とするかについて、慎重に議論した方が良いとのことで、今回、オブザーバーの先生2人にも来ていただきました。

プロトコルの対象のところで、「全年齢」と記載している地域はないので、しっかりと議論した上で決めていかなければならないと思うのですが。

まず、実際に小児のお看取りの対応をしていただいている先生2名から、現状と要望について、お伺いしたいと思います。長先生、お願いしてもよろしいでしょうか。

**(長オブザーバー)**

ありがとうございます。北海道大学病院の長祐子と申します。私は、専門が小児がんと小児の緩和ケアですので、その立場から少し意見を述べさせていただきます。小児がんのお子さんも最近は、川村先生をはじめとした在宅診療の先生方が、非常に協力をしてくださっていることで、病院だけではなくて、子供が「おうちに帰りたい。」と希望を述べたときには、できるだけ在宅での看取りを実施しております。

もちろん、様々な理由によって自宅に帰れないお子さんもいらっしゃいますので、その場合には、病院でということになります。大人と違いました、その中間のホスピスのような、別の施設で亡くなるお子さんはほとんどいらっしゃらないので、ご自宅か、もしくは病院で、ということに多くはなると思います。

小児がんのお子さんの終末期といいますと、腫瘍が非常に大きくなっていて、心肺蘇生そのものが物理的に圧力を加えることで腫瘍破裂につながったりとか、あるいは出血傾向もありますので、心肺蘇生で皮膚にたくさんの紫斑ができたりしてしまうこともありまして、お子さんが亡くなった後の外観がご家族にとって、非常に辛いものになることがほとんどです。

ですので、私どもは病院で小児がんのお子さんを看取るときも、基本的に心肺蘇生については、私たち医療者は控えたいというようなお話を、ちゃんと理由を述べて、何度もご両親様とお話しをして、最終的には心肺

蘇生を行わないことがほとんどです。

お家に帰られるときにも、そのお子さんが、お家で何かあったときに、どういうふうにご家族に対応していただくかということも含めて、事前に時間をかけて、かなり詳しいところまでご相談の上、ご自宅の方に在宅訪問の先生のお力をお借りして帰しております。その中には、もちろんご本人が自宅で調子が悪くなったときには、年齢にもよりますが、どうしたいのかということも含めて、話し合った上でお帰ししております。

実際に、ここ5年間ぐらいであれば、小児がんの半分ぐらいのお子さんが、北海道ではご自宅で亡くなられております。実際のところ、お子様が急変されたときに慌てて救急車を呼んだ方は、1人もいらっしゃいません。皆さん、ご自宅で、ご家族に看取られて、静かに穏やかに、お別れの時間を迎えられたお子さんがほとんどです。

中には、ご両親様がお子さんの急変された姿を見て、びっくりして、救急車のコールをすることもあるかと思うんですけども、その時に、お子さんが心肺蘇生の処置を受けるということは、お子さんにとってはメリットがないに等しいと、私たち小児がん専門医は考えておりますので、このプロトコルの中に、ぜひお子さんを対象に含めていただいて、ご両親様が慌てて救急隊を呼んだとしても、途中で心肺蘇生を中止するというような、そういう可能性を残していただきたいというふうに思っています。

やはり、お子様を亡くすご両親にとって、お子さんの最期の姿がどのような状況かというのは、その後の悲嘆、悲しみに大きく影響してくるところでありますので、小児がん専門医からのご意見として述べさせていただきました。以上です。

#### (上村部会長)

続けて、川村先生お願いします。

#### (川村オブザーバー)

長先生のお話で大体網羅されていると思うのですが、実際に小児の在宅看取りをすることもあります。高齢者ほど数は多くないですが、うちのクリニックの患者さんは250人ぐらいおります。そのうち、年間10例程がお看取りになっており、半分は在宅看取り、半分は病院で看取りとなっております。

そのうち小児の年齢、18歳未満とか、15歳未満となると、年間2、3人程です。先ほど長先生のお話にあった小児がんの患者さんもいらっしゃいますし、染色体異常症18トリソミーだとか、シビアな予後をすでに宣告されている方、お子さんや赤ちゃんが、「在宅看取り」という目的で帰ってこられる方が対象となっております。

看取りについて、お話し合いは何度も繰り返した上で、赤ちゃんである等、言葉が話せない状態である患者さんも多いので、本人の意思を推定しながら、本人にとっての最善を考えながら結論を出すしかない場合が多いですが、それでもご家族と一緒に、お家で最期まで過ごすのがいいね、という話しをした上で、在宅看取りになっているというのが現状です。

救急車を間違えて呼んでしまったことは、私の経験の中でも無いのですが、まずは、在宅医に連絡くださいと伝えていきます。

救急隊を一般の病院搬送のためにお呼びするときも、うちのクリニックのやり方ということかもしれませんが、私たちに連絡をもらって、相談をした上で搬送するというのが一般的なやり方になっていて、多くはそのような手順で救急隊を呼んでいます。

もし、間違えて救急車を呼んでしまった場合でも、しっかり私たちと相談できる機会を確保していただき、蘇生した方がいいだとか、搬送した方がいいという場合には、こちらの方からお伝えできる環境状況があると思

います。

「間違っって救急車を呼んじやったんです」というような方に関しては、私たちの方にしっかりとした記録があったり、話し合いの記憶、話し合いの認識がある方になりますので、このプロトコルに則って、ご家族や現場にいる方とお話をした上で、蘇生中止、そして往診というふうに繋げていくことができると思いますし、そのような選択肢がしっかりと確保されていることが、非常に重要であると思っておりました。

**(上村部会長)**

ありがとうございます。小児がんの専門の先生と在宅の先生から現場の話をお聞きしました。今回の目的が本人の意思を尊重して、というのがメインにあります。そこで、本人もしくはご家族の意思を尊重して小児も対象に入れた方がいいというご意見であると思います。

法的な観点で福田委員にお聞きしたいと思います。法的な問題で何か我々が考えなければいけないものや、課題があれば教えていただきたいのですが、いかがでしょうか。

**(福田委員)**

今は、小児に絞って議論しましたが、例えば障がいのある方とかですね。高齢者の方というのは、意思決定した時には意思能力があったが、その後認知症が進行する等の経過で意思表示ができなくなったということがあると思います。

潜在的に意思表示が出来ているか出来ていないかは、未成年者、障がいのある方も同じだと思いますので、当然、全年齢を対象としながら、小児の方も障がいの方も含めて、結局のところは本人の意思、またはその本人の推定的意思を尊重して、という大前提を持ちながら合意形成がなされているのか、というところに留意すれば、先ほどの注釈の話にも通じます。そこが明記されていれば良いのではないかと思います。以上です。

**(上村部会長)**

重要な話をありがとうございます。全年齢を対象にした方が良いのではないか、という話なのですが、各委員からご意見いかがでしょうか。

**(井上委員)**

確かにそうであると思って聞いておりました。一方で資料を見ると、明記してない本部が13ありますが、あえて記載がない理由は分かりますでしょうか。

**(事務局)**

こちらの理由は、調査しておりませんので、お答えしかねるところです。

**(上村部会長)**

これは、問題となっていないため記載がないのか、もしくは「小児は」という壁があるため記載していないのかということですね。

その他に何かご意見ありますでしょうか。

**(尾形委員)**

今のお話を聞いていたり、自分自身の経験でも少し感じるものがあつたんですけど。ちょっと今の年齢のことだけではないのですが、悪性腫瘍の終末期のときに、在宅医療ではないのですが、あと最後の数日を家で見ていただくということで「亡くなること的前提で家に帰りましょうか。」と

いうこともありえるのですが、その「在宅医療」というのを最初の基本的なところに入れているのは、言葉として入っていても大丈夫でしょうか。その辺を、長先生とか、その他の先生方の意見を聞きたいなと思っておりました。あとは特にありません。以上です。

**(上村部会長)**

救急隊としては在宅医がいないと、コンタクトできないのでプロトコルに記載しているのですが、「在宅医なしで自宅に帰す。」ということもあり得るということでしょうか。

**(長オブザーバー)**

まず、無いと思います。非常に差し迫った病状の方を、ご自宅で支援してくださる医療者が全く介入しない状態でお返しすることは、ちょっと想定できないのではないかと思います。

**(上村部会長)**

今の話で解決できそうでしょうか。もう少し深掘りした方が良いでしょうか。尾形委員いかがでしょうか。

**(尾形委員)**

スタッフという意味では関わると思うのですが、在宅医の先生に完全にお願ひしないまま「最期、看取りには行きます。」というようにして、がんの終末期の方をご自宅にお帰しして、ご自宅で看取ったことは何回かあります。

在宅の訪問診療に載せることをしないまま看取るということが現状あるので、広い意味の在宅医療だとか、訪問看護だとかということを目指すのであれば良いと思うのですが、訪問診療をしていない病院の主治医に救急隊から連絡が来ることもあるのかと思い確認でした。

**(川村オブザーバー)**

理解が間違っていたら言うだけだったと思うんですけど、その後に「往診ができる。」ということが、このプロトコルに載せる適用になっているのかなと思いましたので。在宅医がおうちで看取りできるような環境、少なくとも、病院の中ではかなり密に連絡取った上で「在宅看取り希望です。」ということで連絡をいただき、その翌日に亡くなった方を私は1人経験したことがあるんですけど、それでも私たちのほうで看取りに行きましたので。ちょっと全年齢とか全患者について発言するのは難しいですが、少なくとも小児在宅医療、この地域でやっている実践においては、そのようなケースはあまり想定しなくても大丈夫かなと思います。

この先においても、在宅医がしっかり支援していくということは、私の感覚では重要かなと思ってました。

**(上村部会長)**

【資料】9ページ「自宅や施設等において在宅の医療・ケアを受けており」の中に、尾形委員がおっしゃっている看取りだけの人も入るという解釈であるならば包括すると思うのですが、いかがでしょうか。

**(福田委員)**

ケアの定義等の話にも広がりかねないかなとは思いますが、「看取り」というところを使わないとなりましたら、これまでの表記をもとにして「自宅や施設等において在宅の医療・ケアを受けており」ということなので、既に開始されている、繋がっている、既に医療とかケアの方が何か

しら往診等をしていること、実績があることが前提となっているような定義なのかなと理解していました。

尾形委員がおっしゃったような事案の場合だと、ここは要件に該当しないという形で、救急車が呼ばれたならば原則通りの流れになるのかなと認識しておりました。以上です。

**(上村部会長)**

全体としてどうでしょうか。「在宅の医療・ケア」という文言を変えた方が良いのか、それとも、この運用でいけそうなのか。尾形委員どうでしょうか。

**(尾形委員)**

皆さんのおっしゃっていたことで良いと思います。

少し勘違いされてしまっている部分もあるかもしれないのですが、大きな病院の医師はそういう行動を取らないと思います。私は訪問診療も普通の病院での診療とか入院診療も両方見ていたので、まだ正式に在宅医療を開始するという状況ではなく、自宅に帰し最期を迎えていただくこともしていました。

その場合は、医師が呼ばれ看取ることになるのですが、病院の主治医が最期を家で見ると、その時点では在宅医療になるのですが、「在宅医療を受けている」というと、少し微妙ではないかなと思います。包含されるのであれば、万が一呼ばれた場合は、救急隊からの連絡が来た時に、経緯をお伝えして「今から行きます。」と対応をする形になるのかなと思います。実際には病院に電話がきて、最期を自宅で看取ったことはあるので、そのようなことであると思っています。

ただ、在宅医療にしっかり乗せていない場合も現実には起きている。中小病院では、そのようなことがあるのだろうなと思っています。

**(事務局)**

【資料】7ページ、かかりつけ医の定義に、カッコ書きで「主治医を含む」という記載をさせていただいています。また、【資料】6ページ、かかりつけ医と心肺停止時の対応について、話し合いがされていることを確認することが大前提としております。そこで、往診できる医師が対応する現場であるのかが判断できるかと考えております。「在宅の医療・ケア」を受けているのが長い期間なのか、短い期間なのかというところは、この言葉の通り、短いものも含んでいると考えております。以上です。

**(上村部会長)**

基本的には、救急隊がそこまで判断はできないので、医師に委ねることになるでしょうか。

**(事務局)**

そのとおりです。

**(鈴木委員)**

在宅医療は、様々な在宅の診療所があります。在宅専門というような場合は良いのですが、外来と在宅を両方やっているような場合は尾形委員がお話していたようなことは、多々あると思います。

在宅の医療という言葉もそうですが、やはり、かかりつけ医というのを強調したら良いかなと思います。

**(上村部会長)**

救急隊としては「在宅の医療・ケアを受けており」というのを、削除することは難しいってことですよね。

**(事務局)**

はい。「在宅の医療・ケアを受けており」の文言があることで、現在、自宅で医療のバックアップを受けて過ごされている方という認識が入りやすいため、ここに記載したいと考えています。

**(上村部会長)**

他に何かありますでしょうか。追加でご意見いただくという形を取りながら、このままで、走らせながら、課題が出てきたらまた解決するという感じがいいかなと思うのですが、いかがでしょうか。

**(井上委員)**

「もしもの時には、病院から医師が行く。」と言っている場合もあるという話であると思います。このプロトコルの対象の中に記載のある「在宅の医療・ケアを受けており」の「在宅の」という文言を外すだけでいいのかなと思って聞いていました。

しかし、解釈の仕方によっては、「何かあったら病院の医師だけでも行く。」というの広い意味では在宅の医療を受けている方というふうに捉えられるのかなと思うので、このままでも良いのかなと思って聞いていました。

**(事務局)**

事務局です。想定される場面はご自宅や施設になってくると思います。救急隊は初めてその現場に行く形での対応となりますので、家族からの申し出があった際に、基本的にはかかりつけ医、在宅医とそのような話し合いをしていますと確認がとれた場合に、こちらからご連絡をさせていただきます。その中で、看取りという形で往診に来ていただける、もしくは12時間以内に来ていただけるということであれば、救急隊は搬送せずに引揚げるといったような形になると思います。

それまでの経過が、救急隊としては分からないので、あくまで現場についての判断となります。そこは結果として、在宅医療が長く継続されていたのか、それとも先生が往診に来ていただいて対応されていたのかというところまで深くの判断にはなりません。そこは、このプロトコルの趣旨であります、最期をどこで過ごしたいのかといった意思に基づいて、救急隊は家族等からの申し出に従って判断させていただけるような形のプロトコルと考えていますので、一旦はこのまま検討させていただければと思います。

**(大西委員)**

プロトコルに記載する以上、曖昧さを残すのがすごく危険な気がしております。拡大解釈ができる、「病院から医師が行く場合もある。」となっていくと、そのように対応しなかった救急隊が責められるとか、様々な事案が出てきてしまうことを少し懸念しております。

例えば、この「在宅の」という言葉を記載したままにしておいて、先ほども出てきたようなただし書きで、「それに準ずるような往診が可能な医師がいる場合」や、そのような文言を追加することで明確化した方が良いのではないかと聞いていて思いました。

もう一つなのですが、「自宅や施設等において在宅の医療・ケアを受け

ており」という言葉が【参考資料1】8ページのフローには入っているが、【参考資料1】の本文には入っていない、【資料】5ページの基本方針には入っている等、言葉の揺らぎが若干気になります。以上です。

**(上村部会長)**

「在宅の」というのを消すのはどうでしょうか。「自宅や施設等において医療・ケアを受けており」というのは、在宅であろうと医療機関であろうと、医療ケアを受けている人が責任を持って見に行くのが大事であると思うのですが、いかがでしょうか。

**(尾形委員)**

今いくつか出てきた話をまとめると、在宅医療というのは少し広い範囲の言葉になっていて、実際には訪問診療と往診であり、その在宅医療の中にケアも入っています。病院やクリニックから「最期は自宅に帰ってからでも見に行きます。」ということも含めて「在宅」という言葉は使っても大丈夫かなと思います。

これが訪問診療を受けている等になってしまうと少し範囲が狭まってしまうのですが、在宅医療となると病院の外来診療や入院診療と連続している中で起きることでもあるので、問題はないかなと思います。「在宅の」という言葉が残っても良いのかなと思っております。

**(鈴木委員)**

「在宅の医療・ケア」という文言がどうなのかなと思っていました。医療のない介護はないので、在宅の医療といえばケアが含まれていると、私は理解しています。

その上で文言の話になると、「自宅や施設等において療養生活を送っており」という表現は、どうでしょうか。

**(上村部会長)**

福田委員に、議論している文言について、全体的に解釈をお願いしたかったのですが、よろしいでしょうか。

**(福田委員)**

確かに解釈の余地を残してしまうと、紛争が生じ得るところですね。プロトコルの対象からもいきなり外れますとなってしまう「なんで外されたんだ、お父さんの思いが遂げられなかった。」というトラブルには、なりやすいことは確かにあるのではないかと思います。

一方で、最終的にフローチャートに載せると、かかりつけ医が12時間以内に来れるかどうかというところで、要件として来れないのであれば、その後のフローチャートに乗る話なので、何かしら明確な定義になっていれば、正直どのような立て付けでもいいのかなと思うところです。

どちらかというところ、ここの要件で無理やり対象外であるとしてしまう方が危険が高いかなと思いますので、そういう意味で一義的になる、かつある程度ここの定義用語自体は少し広めでもいいのかなと思っています。

最終的に12時間以内にかかりつけ医が来れるかどうかで、そのような医療を受けているかどうかという話になってくると思います。以上です。

**(上村部会長)**

今の選択肢としては、このままの「在宅の医療・ケアを受けて」にするのか、それとも「在宅の」を外して「医療・ケア」だけにするのか、「療養生活」にするのかという3つが出てきたと思うのですが、福田委員いかがでしょうか。

**(福田委員)**

今の議論状況を聞いていると「在宅の」を外すというのが一つあるのではないかと思って聞いておりました。「自宅や施設等において医療・ケアを受けており」として、その医療というのは最終的には12時間以内に来てくださるかかりつけ医がいなければ、このプロトコルから外れて搬送になる。

「在宅の」というのが、疑義を生むのであれば、これを削除してしまうというのは1つではないかなと思います。

ただ、「医療・ケア」を受けているというのが何か違和感、これも解釈の余地が強くなりすぎるというのであれば、修正というのも必要であると思います。

最終的には別の要件の部分で判断ができると思いますので、「在宅の」を外すというのは1つかなとは思いました。以上です。

**(上村部会長)**

何も医療を受けていない人ではなく、医療を継続している、というメッセージにはなるのではないかなと思うのですが、事務局いかがでしょうか。

**(事務局)**

「自宅や施設等において」という言葉を残し、「在宅の」を削除することで、ご意見としてまとめさせていただくことでよろしいでしょうか。

**(上村部会長)**

それでは、「在宅の」を削除することでよろしいでしょうか。

また、プロトコルの対象については、「全年齢を含めて」でよろしいでしょうか。

※ 一同、了承

**(上村部会長)**

最後の検討課題、【資料】15ページ「事後検証」についてなんですが。ここに関しては、北海道の方のメディカルコントロールで、今後、事後検証が要求される、という話もあります。しっかり事後検証をしなくてはいけない、ということで記載されております。これに関しては、特にご意見がないと思うのですが、よろしいでしょうか。

※ 一同、了承

**(上村部会長)**

この審議事項1で出た意見を反映し、【参考資料1】プロトコル案をまとめ、一度書面会議を開催することで良いでしょうか。

※ 一同、了承

**【第4回検討部会(書面会議)の審議内容】**

各委員の意見を反映した修正案を作成し、令和8年2月4日に令和7年度第4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(書面会議)を開催しました。

書面会議では、第3回で承認されたプロトコルの対象に関する文言等を再検討し、「年齢」を明記する文言の採用は事務局案として見送ることとしました。この修正点を含む案を改めて審議した結果、プロトコル案は承認されました。

承認されたプロトコル案については、令和8年3月16日(月)で実施された、令和7年度第2回札幌市救急業務検討委員会で審議されました。

(詳細は、令和7年度第2回救急業務検討委員会 配付資料 資料1 を参照願います。)

文言の整理については福田委員とご相談させていただき、委員の皆様には最終の案として書面でお伺いしたいと思っております。

**(上村部会長)**

それでは続きまして、審議事項2の「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。今回、初めて参加されている方もいらっしゃるので、「救急業務の原則」の説明と本審議事項であります「救急隊による明らかな死亡の判断」を見直すこととなりました経緯から説明させていただきます。

まず、消防機関が実施する救急業務は、傷病者を医療機関等に搬送することを原則としています。しかし、救急活動の中において「明らかに死亡している場合」や「本人又は関係者が搬送を辞退・拒否した場合」については、札幌市消防局の内規である活動要領の定めにより対応しております。

今回、審議事項2について見直しを検討するに至った理由としては、現在、救急隊が行っている「明らかな死亡の判断による不搬送」と、審議事項1である「DNARプロトコル」とが混同しないように明確化し考え方を整理するため、となっております。

【資料】17ページ、「死亡の判断の原則」についてです。こちらは、警防活動要領の抜粋となりますが、法令上、最終的に死亡を確認できるのは医師のみであり、救急隊に死亡確認はできないこと、が記載されております。ですが、例外ルールとして、国の通知に基づいた当市の判断基準により、「頭部又は体幹部が切断しているなどの「一見して死亡と判断できるもの」や「観察結果から死亡と判断できるもの」を搬送しない症例としております。その中で、「観察結果から死亡と判断できるもの」について、検討をいただいております。

次に「見直し項目について」です。1点目は、現行の死亡判断基準である7項目から、総務省消防庁が示す基準と同様に「死後硬直」と「死斑」を、1項目としてまとめ、6項目とする。2点目は「体温」の判断に、環境を考慮した総合的判断に努めることを付記する。こちらの2点となります。なお、スライド最下段は現行の警防活動要領の抜粋となり、赤枠囲み部分のオ～キについて、が該当部分となります。

【資料】18ページです。このスライドは第1回からの検討経過となります。第1回の検討部会では、「心電図等の具体的な記載があった方が良いのではないか。」と「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。具体的な記載につきましては、観察資器材を使用し、どのような観察が必要であるかを明記しております。

また、6項目に変更するリスクについては、当局の救急隊が、死亡の判断をして不搬送とした過去5年間の8,195件について調査し、ア～オまでの6項目すべてが確認され、6項目目と7項目目の確認事項である、「死後硬直」と「死斑」について、いずれかの片方しか確認されず不搬送としたものが約4%含まれていましたが、問題となった症例はないことを報告させていただきました。

スライド下段をご覧ください。第1回でいただいたご意見を反映させ、赤字や赤枠囲み部分の修正を行い、第2回検討部会にて案として提示させていただき、第2回では中段に記載しましたご意見をいただいております。

第2回でいただいた意見は、次の3点です。「札幌以外が国の基準の6項目で実施している背景があるならば合理的ではないか。」「死斑と死後硬直について、時間が経過すると硬直が緩解し死後硬直がなくなるため国の基準6項目と解釈している。」との意見があった一方で、「不審死等に対応するためにも判断の明確性を重視して「死後硬直と死斑の両方」が揃うことが望ましく、「又は」では曖昧さが残るのではないか。」とのご意見があり、継続審議となりました。

いただいたご意見から「死後硬直」と「死斑」の有無を判断する根拠を詳細に明示することとし、新たに修正した案を作成しておりますので、次のスライドでお伝えいたします。

【資料】19ページです。こちらが修正案の前半部分です。赤字の記載部分ですが、判断する項目が既存の7項目から6項目となりましたが、救急隊員が観察する所見は、変わらず7つの所見であることを明記し、「死後硬直」と「死斑」を含むすべての所見を確認することを明確にしております。

また、前回の修正案では、「聴診器による呼吸音かつ心音の確認」や「心電図モニターによる心静止の確認」等、具体的な観察方法をスライドのA～Eの上にある、前段部分に記載しておりましたが、観察資器材を使用する具体的な観察方法を、救急隊員がより運用をしやすくするため、各項目への記載に変更しております。

【資料】20ページです。こちらのスライドは、後半部分であり「体温の項目」と「死後硬直又は死斑」についての部分となります。「オ 体温の項目」について、第2回の検討部会では、「体温が感ぜられず、冷感が認められること。なお、環境を考慮した総合的判断に努めること」を1項目としておりましたが、国の基準にあわせ「体温が感ぜられず、冷感が認められること」とし、説明部分に、「環境を考慮した総合的判断に努めること」の文言を記載変更し、どのような状況下で総合的に判断するか明確にしております。

次に、ご意見のあった「カ 死後硬直又は死斑が認められること」の項目についてですが、両所見ともに確認することを明記しております。

(ア)は死後硬直について、(イ)は死斑について、それぞれ判断する根拠及び留意事項について詳細に記載しており、いずれか片方の所見のみの場合には(ア)(イ)の事項を考慮し慎重に判断することを明確に記載しております。以上、審議事項2の説明を終わります。

**(上村部会長)**

要領の「カの項目」に(ア)「死後硬直」(イ)「死斑」も記載されるのでしょうか。

**(事務局)**

はい、その通りです。

**(上村部会長)**

この記載は、救急救命士のテキストと救急診療指針を参考とした、とのことよろしいですか。

**(事務局)**

救急救命士のテキストと救急診療指針を参考にさせていただき、記載しております。

**(上村部会長)**

(参考であれば)オリジナル文章で良いということですね。引用文書と

して記載はいらわないですね。

**(事務局)**

参考にさせていただきました。

**(鈴木委員)**

体温の件ですが、「1時間に1度下がる」は、直腸温なので、記載が必要かと思えます。腋窩温ではないことは、救急隊の人に理解してもらったほうが良いと思えます。

**(事務局)**

注釈としてカッコ書きさせていただきます。

**(上村部会長)**

他に、ご意見はありますか。

審議事項2に関しては、こちらの修正案でよろしいですか。

※一同、了承

**(上村部会長)**

それでは、続きまして審議事項項目3「市民及び関係機関へ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】22ページです。こちらは前回までのアドバンスケアプランニング(ACP)と連動した啓発事業の柱として、具体的なメッセージを確定しております。啓発の柱、人生会議(ACP)と連動した普及啓発、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ついて、傷病者本人の生前意思の尊重のために、というところで定めてございます。

【資料】23ページです。こちらは普及啓発の方針となります。市民周知を行いつつ、関係職種の皆様に制度を理解していただく啓発を行っていくことに重点を置き、その職種の方々から市民に繋がり広がることを目指す方針としております。

また前回の意見をいただいた内容から留意事項3点を挙げさせていただいているところです。こちらは他職種への普及啓発と制度を理解してもらう必要があること。あとは、消防機関がメッセージの発信を誤ると、搬送しない方向(の推奨)という誤ったメッセージとして伝わる恐れがあるため、最新の注意を払う必要がある、ということ、あとは市民に新しい取り組みを周知しつつも、関係職種から向き合う当事者となった時に、市民にお伝えしていただくことが重要であるという内容になります。

【資料】24ページです。こちらは普及啓発の実際にご協力を要請している団体となります。札幌市医師会様からACPの普及啓発と、本啓発事業の中心的役割を担っていただけるとのご回答をいただいているところです。

また、協力関係団体として、表記させていただきます皆様から協力可能との回答をいただいております。具体的な広報については、お示しの通りとなっております。各団体において協力の範囲に違いがありますので、調整中のところです。報告までとさせていただきます。内容につきまして、ご検討のほどよろしくお願ひいたします。以上、審議事項3についてご説明を終わります。

**(上村部会長)**

啓発事業について、ご意見ありますでしょうか。

**(井上委員)**

一番最初の「基本メッセージ」のところで、啓発の柱というのがありますが、これだけを見ると「救急現場において心肺蘇生を望まない傷病者の対応」は消防の業務としての話だと思うのですが、その後の「傷病者本人の生前意思の尊重のために」と書いてあって、まだ救命活動中には死亡していないわけで、その時点で「生前意思」と言うのが、少しデリケートな問題なのかなと思います。いかがですか。

**(事務局)**

井上委員の仰いましたとおり「生前意思」というところがそぐわなければ、文言修正を検討いたします。

**(井上委員)**

はい、ありがとうございます。

**(加藤委員)**

【資料】22ページの「啓発の柱」で「人生会議（ACP）と連動した普及啓発」の部分についてです。「連動」という言葉には、自動的というニュアンスが含まれております。ACPの普及を担当している者としては、DNARはACPの選択肢の一つではありますが、広報の際、常に自動的に「連動」するとは限らないことから「連携」といった程度に留めていただければと考えております。

現在、市民の認知率が6.5%と非常に低い状態になってまして、医療政策課では市民の啓発を行っているところですが、内容はまだACPの初級編のような内容になっています。数年前に厚労省のポスターが強い批判にさらされて問題になった時期以降、ACPの普及啓発は、医療資源や医療費の問題と同一視されないように、慎重に広報活動を行ってきたところです。今後も、DNARと「連携」して広報活動を行っていきますが、慎重に行っていければと考えております。以上です。

**(事務局)**

ご指摘いただいた通り、ACPイコールDNARではないため「連携」という言葉に表記変更させていただきます。

**(上村部会長)**

他に、ご意見ありますでしょうか。それでは、このまま進めていただくよう、よろしく申し上げます。

**(上村部会長)**

それでは続きまして、審議事項4の「中間報告書（答申素案）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4となります。【参考資料2】中間報告書（答申素案）についてご説明いたします。【参考資料2】として配布させていただいております。中身を開きながらと考えておりましたが、時間もさし迫っておりますので、簡単にご説明させていただきます。

この中間報告書（答申素案）につきましても、これまでの検討結果を残す内容のものとなっております。

また、この中の1項目でありますプロトコル（項目1）で、ご確認いただいた冊子ですが、市民・関係者の方々にご確認いただく、パブリックコメントの際に公表する資料となっております。

それでは、【参考資料2】ですが、目次の部分だけ開いていただきたいと思います。【参考資料2】2ページ目、第1章、消防局からの現状報告と全国の様況、そして課題の定義をさせていただいたところになっております。【参考資料2】12ページのところで、消防局の現状の課題を説明させていただいております。

【参考資料2】13ページとなります。第2章、基本となる考え方と検討項目の明示、関連用語について。第2章のところで説明させていただいております。

【参考資料2】15ページとなります。第3章、検討項目ごとの提言で、1項目目DNARプロトコル、各項目ごとの検討の経過を記載させていただいております。2項目目は不搬送要領、3項目目は啓発事業となっております。

今回の検討を盛り込み修正したものを、3月16日開催予定の救急業務検討委員会で報告をすることと考えております。【参考資料2】と併せて【参考資料1】の、内容も含めまして修正を加えさせていただき、委員の皆様にご確認をいただきたいと思っております。大まかな中間報告書として事前に見ていただいた中で、さらに気になる点がございましたら、ご意見いただければと思っております。以上、中間報告書の説明を終わります。

#### （上村部会長）

中間報告書（答申素案）の内容で何かご意見はありますか。

#### （塩谷委員）

【参考資料2】4ページ「第1 現状と課題」のところなのですが、グラフが4つあり、通常は、グラフの下に図の通し番号とタイトル、表は表の上に通し番号とタイトルが記載されます。全体的に統一されていないため整合性を持つようにした方がよいと思います。

あと1と2と文章とグラフの順番が違うんですね。なので、文章の後半、検討からの前提データとしてというのを、現状の上に持ってきて、そのままグラフを並べたらいいと思います。

#### （事務局）

ご指摘ありがとうございます。修正させていただきます。

#### （鈴木委員）

今回、ここに協力をいただいた団体の中で、119番通報して心肺停止事案の場合に、警察の指令センターと情報を共有するというのがあります。北海道警察本部といろいろ話したと思いますが、この消防と警察の情報共有の連絡の流れの中で、警察が行う代行検視の話しにも関連しますので、警察本部もおそらく警察庁に意見を確認したり、検察庁との確認もあると思います。同じように、消防局も、総務省消防庁の意見の確認もあると思いますので、これを踏まえて、できればこの中間報告に入れると、いいのかもしれない。

しかし、いろんなところに波風を立てる可能性もありますので、それも踏まえて消防と警察が共有していただくと、その1つ前にあった啓発活動にも、非常に役に立つんじゃないかなと考えます。

また、このことを市民の皆さんに、いわゆるアドバンスケアプランニングということも含めて、この高齢社会における現状を把握してもらうのに役立つのではないかなというふうに思いましたので、ご検討いただければ

と思います。

**(事務局)**

ご意見ありがとうございます。北海道警察には、今いただきました意見を併せて共有させていただきたいと思います。

**(塩谷委員)**

【参考資料2】13ページ「第2 基本となる考え方」の中の「1 基本となる考え方」で、「傷病者本人の生前の意思（DNAR）」と記載があるのですが。生前の意思イコールDNARと受け止められる可能性があるため、正確な文章にしたほうが良いと思います。

**(事務局)**

「傷病者本人の生前の意思（DNAR）」の（DNAR）の記載を削除させていただきます。よろしいでしょうか。

**(塩谷委員)**

記載はしなくて良いかもしれません。いかがでしょうか。

**(事務局)**

他に（DNAR）という表記を使用していないので、ここは削除させていただきます。

**(井上委員)**

先ほどの鈴木委員のご意見を聞いて、確かにと思ったのですが、札幌市消防局と警察と心肺停止事案が起きた時に警察と情報共有されていますが、その後何が起きているかという、搬送された救命救急センターにおいて「異状死」ではないと判断して、検視を呼ばなかった、警察に届け出をしなかった場合に、警察は聞いているものですから、後から「この人どうなったのか。」「警察呼んでいないじゃないか。」と警察から連絡がきます。

今回、このDNARプロトコルが始まり、このルールのもとで不搬送となった時に、警察への連絡は今までどおりに119番を覚知した時に行うのであれば、「検視は呼ばれない」、「届出は行われない」というところを警察と共有して、「こういうことをやっている」ということを、しっかりと共有してもらわなければ、現場が少し困ってしまうと思いました。

**(事務局)**

そちらのご意見についても、北海道警察にお伝えしていきたいと思っております。また、現場における情報共有につきましても、救急隊から警察機関に情報提供するように、しっかりと伝えていきたいと思っております。以上です。

**(上村部会長)**

他、気付いた点があれば、直接事務局にメール等で連絡していただくことでよろしいでしょうか。それでは、審議事項4「中間報告書（答申素案）について」、審議としては、これで終了いたします。よろしいでしょうか。

※一同、了承

**(司会)**

最後に「その他」として事務局からお願いします。

**(事務局)**

【資料】28ページです。スケジュールについてお知らせいたします。3月16日に、親会議である札幌市救急業務検討委員会が開催されます。

その後、パブリックコメントを挟みまして、検討部会を2回開催し、最終答申を完成させるのが9月頃の親会議にて審議いただいた後、消防局に答申をいただく予定となっております。運用の開始時期の目安としましては、令和9年3月を予定しております。以上で説明を終わります。

**(上村部会長)**

特に今日はプロトコルの対象について、非常に大事な項目をしっかりと議論できたと思います。また、その議論をするためにオブザーバーとして参加いただいた長先生、川村先生、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3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、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の策定に向けて