

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

最終中間報告書

札幌市救急業務検討委員会
「救急現場におけるDNR対応」検討部会

はじめに

札幌市では、超高齢社会を迎えており、今後も救急出動の需要は増加することが見込まれている。

また、心肺停止傷病者に対応する件数も増加しており、救急の現場においても多死社会がうかがえる状況となっている。

そのような背景の中、札幌市においても、救急隊が出動した現場で心肺停止の傷病者に対応する際に、家族等から心肺蘇生を望まない申し出を受けて、救急隊員が判断や対応に苦慮したとの報告が寄せられている。

このことから、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、令和6年度に札幌市救急業務検討委員会に検討部会を設置し、真に心肺蘇生を望まない傷病者に対応した際の救急隊の活動プロトコルについて、令和7年度より検討部会に在宅医療に携わる有識者を招聘し具体的な検討を重ねてきた。

このたび、検討内容がまとまったことから、ここに報告する。

札幌市救急業務検討委員会

「救急現場におけるDNR対応」検討部会

部会長 上村 修二

目 次

第1 現状と課題	4
1 札幌市の救急搬送の現状	
(1) 救急需要の推移	
(2) 心肺停止傷病者への対応状況	
(3) 救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者	
(4) 札幌市消防局の救急業務における現行の対応方針	
2 全国の状況	
(1) 国が示すガイドラインや学会提言など	
(2) 全国消防本部の対応状況と取組み	
3 課題	
(1) 救急現場でみられる事例	
(2) 心肺蘇生を望まない傷病者への対応と課題	
第2 基本となる考え方.....	13
1 基本となる考え方	
2 課題と検討項目	
3 関連用語について	

第3 検討項目ごとの提言15

1 DNARに対する救急隊の活動プロトコル

- (1) 前提について
- (2) 家族等・関係者・かかりつけ医の定義について
- (3) 対象について
- (4) プロトコルの構成要素と検討経過
- (5) 事後検証

別紙1：救急隊の活動プロトコル フロー図

2 不搬送要領について

- (1) 救急隊による明らかな死亡の判断による不搬送
- (2) プロトコルに基づく不搬送要領について
- (3) 傷病者の意思に沿った心肺蘇生確認書

別紙2：確認書

3 市民及び関係機関への普及啓発

- (1) 基本メッセージ
- (2) 普及啓発方針について
- (3) 関係機関との協働について

第1 現状と課題

近年、超高齢社会の進展に伴い、住み慣れた地域での生活を支える地域包括ケアシステムの構築が進められ、人生の最終段階における医療・ケアの方針を事前に話し合うアドバンス・ケア・プランニング（ACP「人生会議」）の重要性が高まっている。

このような状況のもと、札幌市消防局からは、救急現場において家族等から蘇生を控える旨の申し出がなされる事案が増加し、救急隊員が、心肺蘇生を望まない傷病者に対し、本人の「意思の尊重」と「救命活動」との間で、判断や対応に苦慮するという新たな課題が顕在化しているとの報告がされ、札幌市救急業務検討委員会においてその課題提議を受けた。

以下に消防局からの報告内容と課題提議の内容を示す。

1 札幌市の救急搬送の現状

検討をおこなう前提データとして、札幌市の2040年までの人口と年齢構成の将来推計について確認したところ、今後、総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いる。（参照：図1）

札幌市では、救急出動件数が増加傾向にあり、これに伴い現場への到着時間も延伸している。（参照：図2）

また、救急搬送人員の年齢構成を見ると、高齢者の搬送割合が年々増加しており、高齢者人口の増加が救急需要の推移に影響を及ぼしている。（参照：図3）

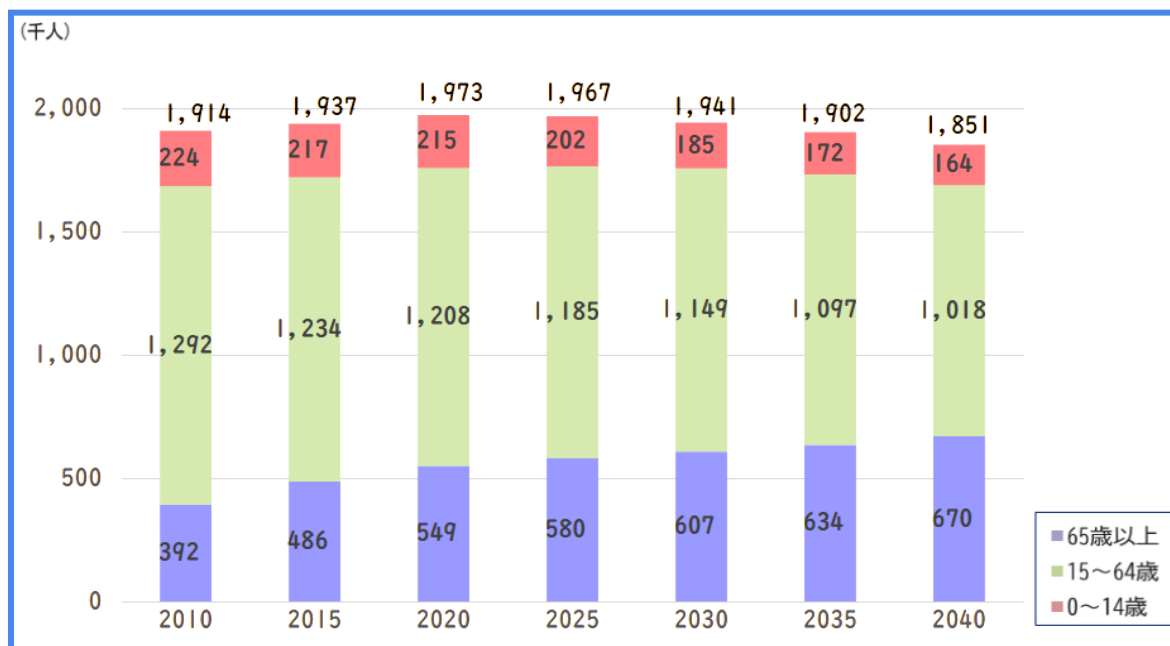


図1：札幌市の人口及び年齢構成の推移 将来推計

(1) 救急需要の推移

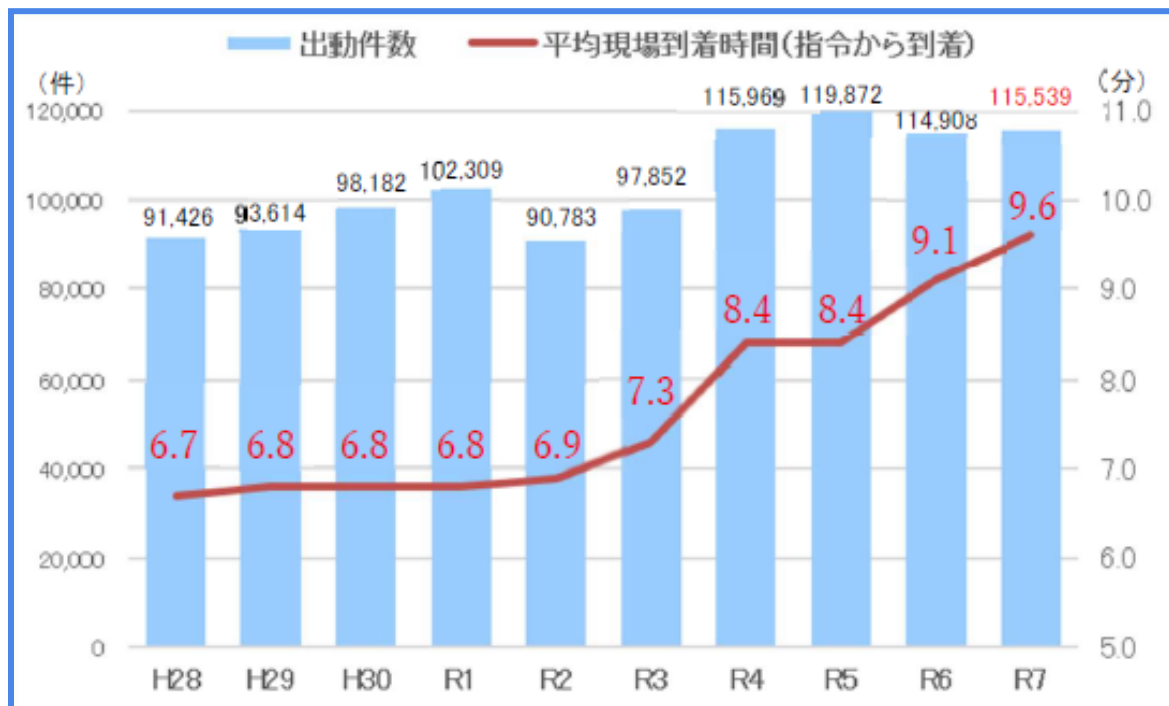


図2：札幌市の救急出動件数と現場到着時間の推移

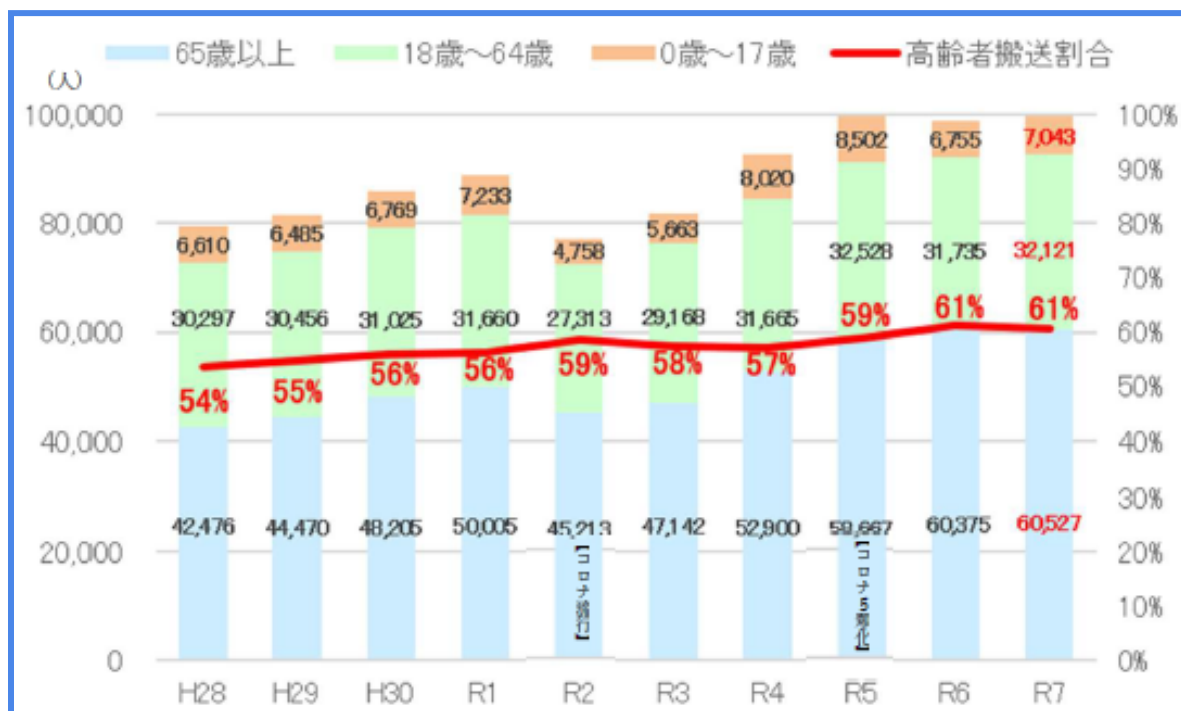


図3：救急搬送人員と年齢構成の推移

(2) 心肺停止傷病者への対応状況

救急隊が対応した医療機関に搬送した心肺停止傷病者の搬送件数（赤色）と、救急現場において社会死や観察により明らかな死亡状態と判断されて不搬送（灰色）とした傷病者の推移であり、どちらも増加傾向にある。（参照：図4）

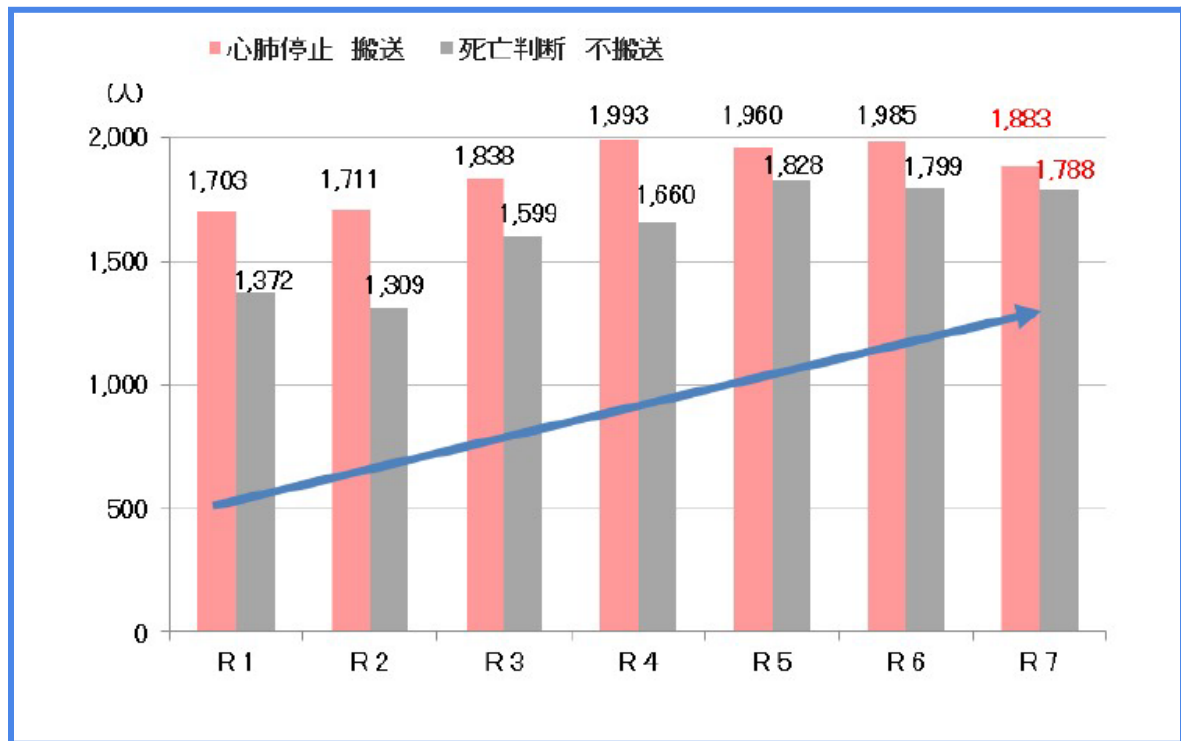


図4：心肺停止傷病者の搬送と死亡不搬送

(3) 救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者

救急隊は、心肺停止傷病者に対応する際、非常に短時間のうちに蘇生行為を開始する。さらに、救急救命士が傷病者の救命のために必要な救急救命処置の判断を行い、その場にいる家族等に説明し同意を得て、救急医療に携わるメディカルコントロール医師に連絡を取り、医師の具体的指示のもとに器具気道確保や薬剤投与等を用いた積極的な蘇生行為を実施している。

しかし、近年、家族や関係者から、それらの処置を伴う積極的な蘇生を望まないとの申し出がされて、一次救命処置としての心肺蘇生（胸骨圧迫と人工呼吸のみ）を実施し医療機関に搬送するケースが増加している。（参照：図5）

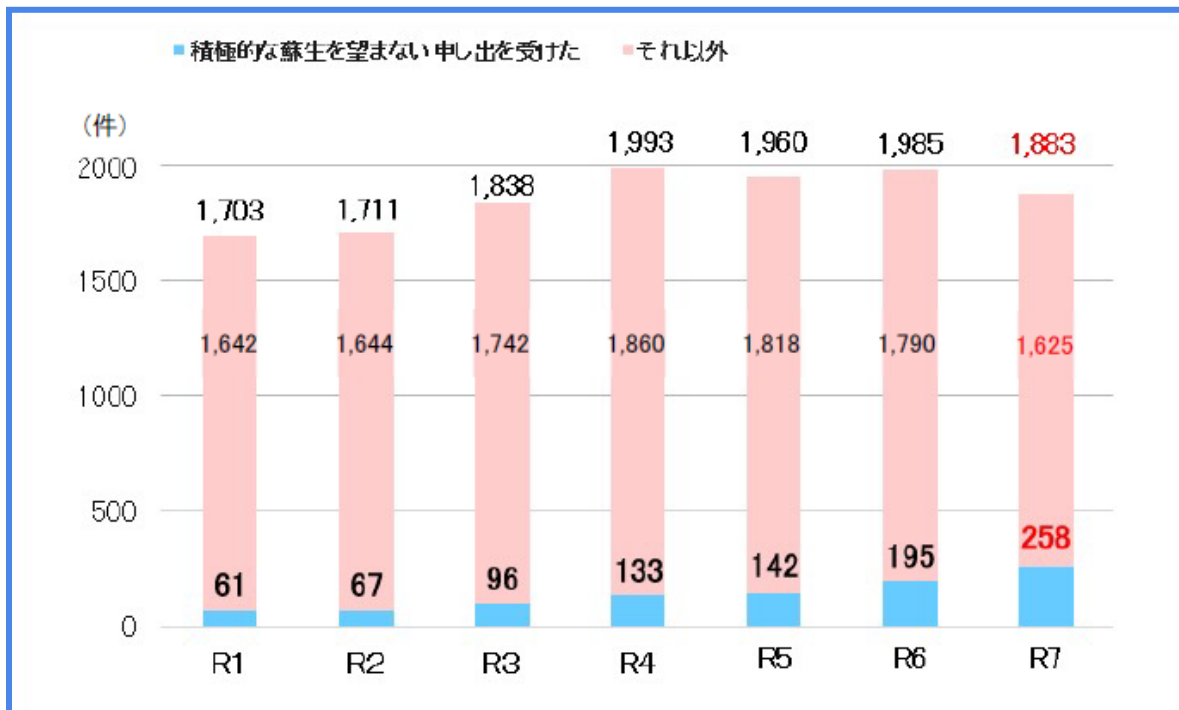


図5：医療機関に搬送した心肺停止傷病者の推移

【解説】

医療機関に搬送した心肺停止傷病者のうち、積極的な蘇生処置を望まない申し出があった件数の推移

心肺停止傷病者に対して、救急救命士が行う医師の指示を受けて実施できる二次救命処置（器具による気道確保、輸液、薬剤投与）の実施の際に、家族や関係者から「積極的な蘇生は望まない。」との申し出があったもの。

積極的な蘇生を望まない申し出を受けた件数（青色）が、近年、増加の傾向にある。

(4) 札幌市消防局の救急業務における現行の対応方針

消防局では、消防法に規定される「救急業務」と、内部規定の警防活動要領に規定する「救急活動の原則」に基づき、救急車の出動を要請する119番通報があった際には、救急隊が傷病者の状態を観察して必要な応急処置をおこない、その症状に応じた適切な医療機関等に搬送することを原則としている。

このことから、当局の現行方針は「119番要請＝救命活動」とし救急業務を実施している。

ア 消防法 第2条9項 救急業務

救急業務とは、災害により生じた事故若しくは屋外若しくは公衆の出入する場所において生じた事故（以下この項において「災害による事故等」という。）又は政令で定める場合における災害による事故等に準ずる事故その他の事由で政令で定めるものによる傷病者のうち、医療機関その他の場所へ緊急に搬送する必要があるものを、救急隊によつて、医療機関（厚生労働省令で定める医療機関をいう。第七章の二において同じ。）その他の場所に搬送すること（傷病者が医師の管理下に置かれるまでの間において、緊急やむを得ないものとして、応急の手当を行うことを含む。）をいう。

イ 札幌市消防局警防活動要領 第1編第4章救急活動の基本

第1 救急活動の原則

救急活動は、傷病者の救命及び症状の悪化防止を主眼として、観察及び必要な応急処置を行い、症状に応じて医療機関その他適切な医療を行うことができる場所に搬送することをもって原則とする。

2 全国の状況

人生の最終段階における医療のあり方について、厚生労働省からガイドラインが示されており、平成19年から改訂が重ねられ、平成30年には、本人の意思を尊重する生き方・逝き方を話し合うACP（人生会議）の考え方が示された。

一方、日本臨床救急医学会から、救急現場での心肺蘇生等のあり方について提言があり、総務省消防庁は、これまでのガイドライン等を踏まえて「救急業務のあり方に関する検討会」に専門部会を設置し、救急医学、法学、生命倫理学、看護及び介護の各専門家のほか、救急実務を担う消防職員を構成委員として検討をおこない、救急隊が活動する現場での在り方を検討した内容について報告書としてまとめ、令和元年11月に総務省消防庁救急企画室長から全国の消防機関に通知した。

この報告書では、消防機関が地域包括ケアシステムやACP（人生会議）に関する議論の場に参加し、救急隊の基本的な役割について情報提供するなど意見交換に努めることと、救急現場においても本人の意思が尊重されるようにメディカルコントロール協議会※等において、救急隊の対応を検討することが推奨されている。

(1) 国が示すガイドラインと学会提言など

ア 人生の終末期における医療の決定プロセスに関するガイドライン

（厚生労働省 平成19年5月）

イ 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン

（厚生労働省 平成27年3月）

ウ 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在り方に関する提言

（日本臨床救急医学会 平成29年3月）

エ 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

（厚生労働省 平成30年3月）

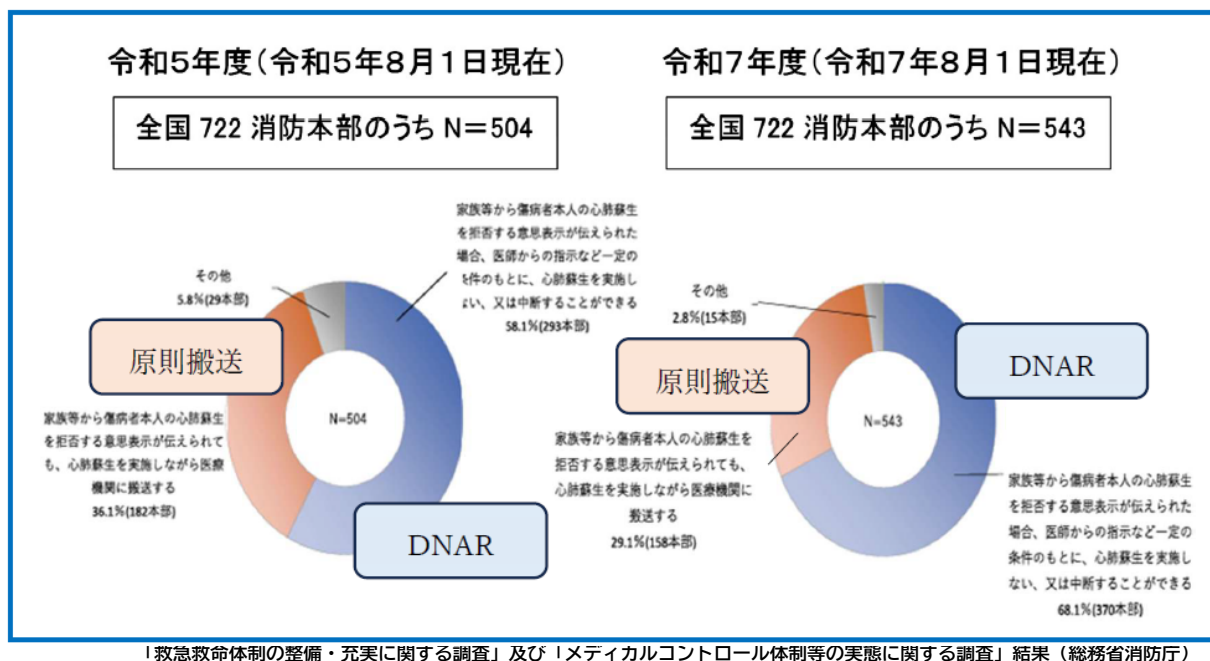
オ 「平成30年度救急業務のあり方に関する検討会 傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会」報告書について

（総務省消防庁 令和元年11月）

※メディカルコントロール協議会：救急救命士を含む救急隊員等が行う応急処置等の質を医学的観点から保証すること、病院前の救急医療に関するメディカルコントロールを目的として全国の各地域において設置されている。

(2) 全国消防本部の対応状況と取組み

「平成30年度救急業務のあり方に関する検討会」の中で、救急隊が傷病者の家族等から心肺蘇生の中止を求められる事案が生じていることについて検討が行われ、令和元年11月に総務省消防庁から「平成30年度救急業務のあり方に関する検討会 傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会」報告書について」が発出されて、全国各地域における議論が行われている。（参照：図6）



他地域等のプロトコル内容

埼玉西部地域、東京消防庁、岐阜県、静岡県、愛知県、大阪市消防局、神戸市消防局、和歌山県、鳥取県、広島圏域、山口県、香川県、高知県

13地域の構成要素の集計

意思表示の確認	書面 口頭	指示書	指示書 (MC策定)	-	-
	6	5	2		
医師連絡 (情報・状況の伝達)	かかりつけ医	かかりつけ医等 (訪問看護等を介して)	主治医	MC医師に確認後、 かかりつけ医	かかりつけ医、連絡つかない場合に MC医師
	7	2	2	1	1
心肺蘇生の中止指示	かかりつけ医	主治医	かかりつけ医(連絡つかない場合MC医師)	かかりつけ医(MC医師を除く)	-
	9	2	1	1	
時間 ・連絡時間 ・往診到着待ち ・最大往診待ち	- 45分 12時間	- 30分 12時間	- 10分 40分 12時間	- 30分 -	時間設定なし 原則、医師への引継ぎ
	3	2	1	1	6
引き継ぎ	同意書	引継書	不搬送同意書	記載なし	-
	5	2	1	5	

図6：全国消防本部の対応状況（上段）とプロトコル先行地域取組まとめ（下段）

3 課題

(1) 救急現場でみられる事例

救急隊は、救急現場において心肺停止している傷病者に迅速な救命活動を開始し、積極的に救急救命処置を実施するところであるが、その際に、家族や関係者（施設職員など）の方から「本人は蘇生を望んでいなかった。」などの申し出を受けることがあり、救急隊員から対応に迷うなど、困惑の声が寄せられている。（参照：図7）

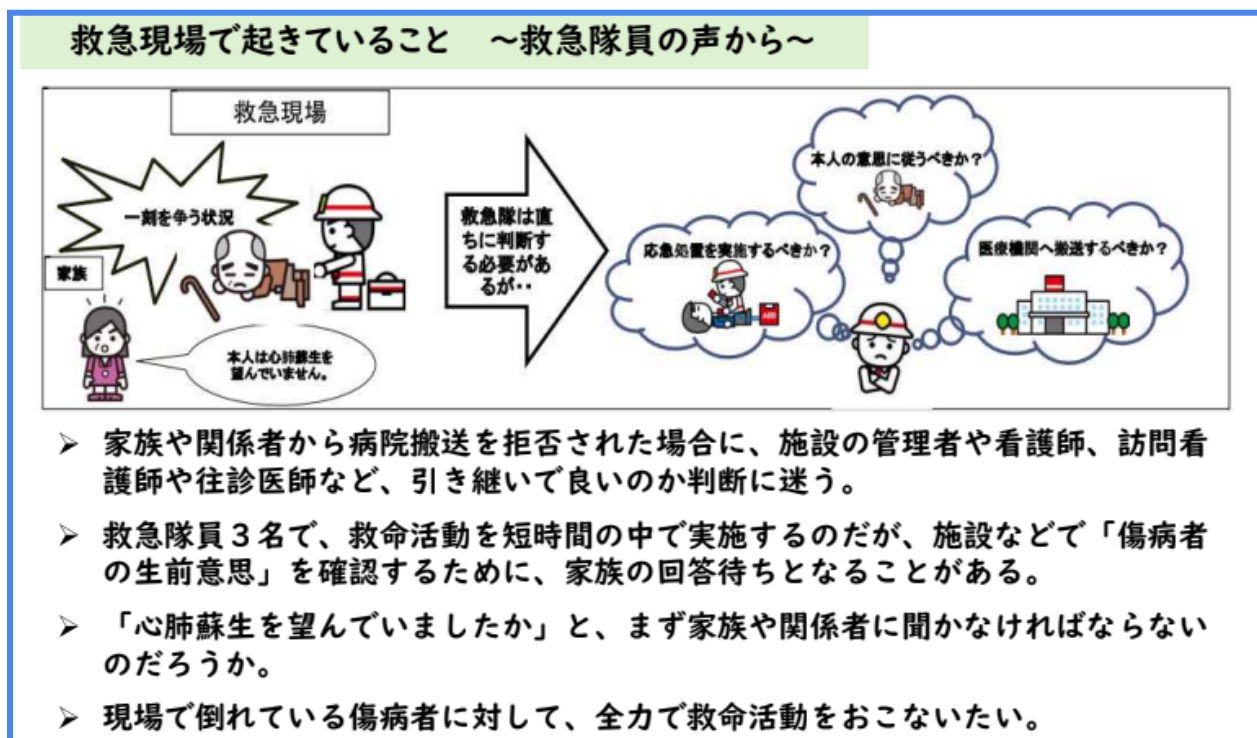


図7：救急現場の困惑

(2) 心肺蘇生を望まない傷病者への対応（現在の対応）と課題

本人が、家族や周囲の方々と慣れ親しんだ環境で最期を迎えたい意思のもと、かかりつけの医師と話し合い、地域包括ケアの中で、看取りを希望しているものの、容態が悪化した際に、予期、予測はしていたものの動転して慌ててしまい119番通報をする家族がいるのが現状である。

現在の札幌市では、通報の状況により救急隊のほかに消防隊、警察官も駆け付ける。現場に到着した救急隊は、心肺停止した傷病者に心肺蘇生を始めとした救急救命活動を行うが、この流れの中で家族や関係者の方から「蘇生を拒否する」申し出があった際に、救急隊員には、その申し出が、真に傷病者本人の心肺蘇生を望まない意思を表しているのか判断をすることはできない。このため、前述の「119番要請＝救命活動」の方針のもと、社会死や明らかな死亡兆候がある死亡判断に合致しない限りは、「蘇生をしない、搬送をしない」という選択肢は無く、家族や関係者から蘇生拒否の申し出を受けた場合にあっては、原則、心肺蘇生を実施して医療機関に搬送することとしている。

このことから、救急現場において、傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望んでいないと伝えられた際に、在宅等で人生の最期を迎えたいという傷病者本人の意思を尊重することができていないことが課題となっている。（参照：図8下段）

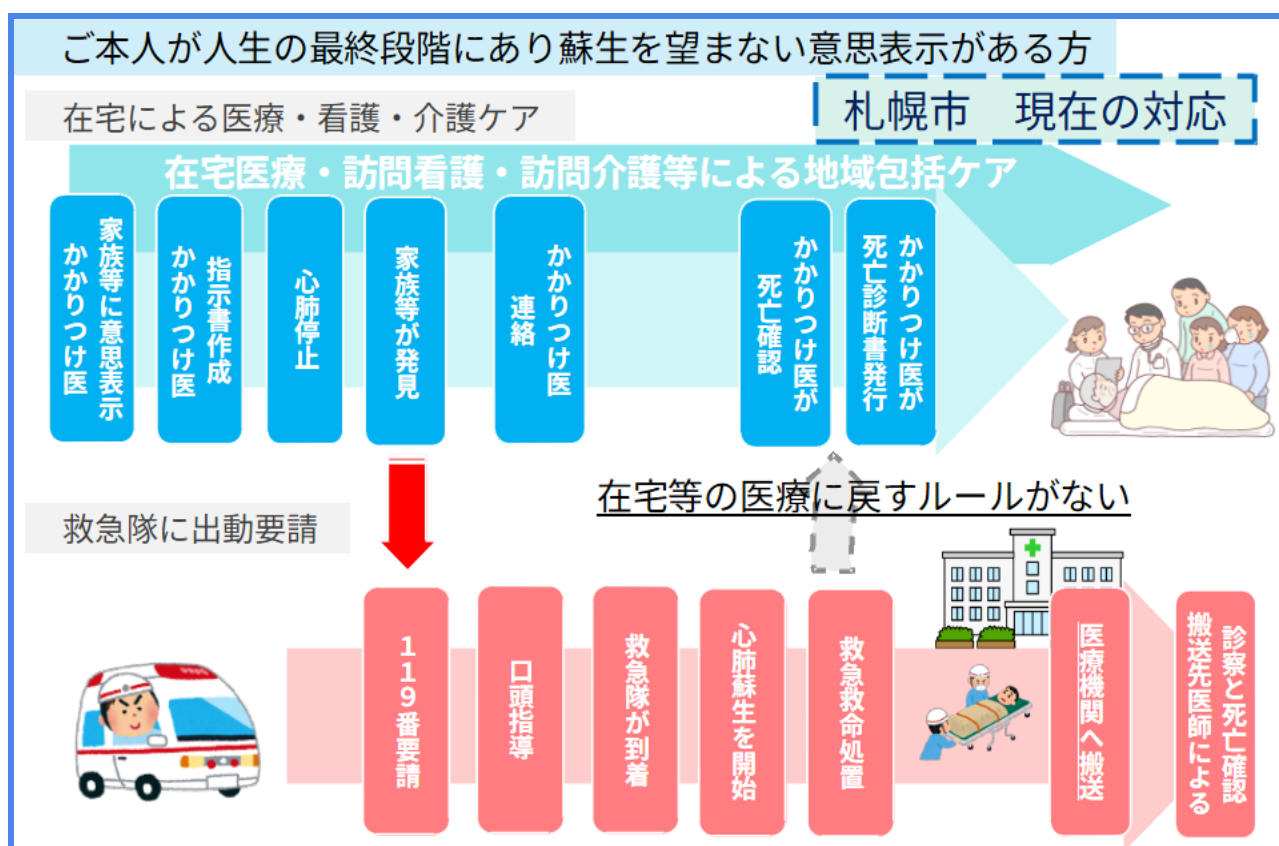


図8：札幌市の対応

第2 基本となる考え方

1 基本となる考え方

「救急現場におけるDNR対応」検討部会は、救急隊の役割を「救命」と明確に位置付け、その上で、救急現場において心肺停止した傷病者の家族・関係者から救急隊に対して、傷病者本人の心肺停止時に心肺蘇生を望まない意思の申し出がされた場合、この「救命の原則」と「意思の尊重」の両立を図りつつ、本人の意思を尊重した対応を実現するため、必要な議論をおこない、救急現場における救急隊の活動ルールを検討し示す。

2 課題と検討項目

救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への救急隊の対応ルールを策定するにあたり、課題を明確にし効率的な検討を行うことを目的として、主たる検討項目を以下の3項目とした。

項目1 DNRに対する救急隊の活動プロトコル

家族・関係者から心肺蘇生を望まない意思表示がなされた場合の基本的な救急活動について、傷病者の意思表示の確認方法、かかりつけ医等に確認する項目、メディカルコントロール医師の事後検証等を含めた携わりなどを検討の項目として、救急隊のDNR対応プロトコル案を策定した。

項目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

救急現場において、救急隊が明らかな死亡と判断するため現行の規定について、不搬送とする考え方の整理と見直しの必要性がないか検討をした。

項目3 市民及び関係機関への啓発事業について

本プロトコルの策定をするにあたり、市民や関係機関から広く意見を聴取するパブリックコメントの必要性、プロトコルの運用前に行う市民啓発の方法や関係機関に対する研修等の在り方について検討をした。

3 関連用語について

(1) アドバンス・ケア・プランニング（ACP：通称「人生会議」）

本人を主体に、将来の医療及びケアについて、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援する取り組み。

「地域包括ケアシステム」の中で、かかりつけ医を中心とする多職種協働により、地域を支える体制が必要とされている。

(2) DNAR（Do Not Attempt Resuscitation）

患者本人または患者の意思を推定できる者の意思決定に沿い、心停止の際に心肺蘇生法（CPR）を行わないこと

(3) DNAR指示

患者本人または患者の意思を推定できる者によるDNARという意思決定に沿って医師が出す指示

(4) リビング・ウィル

意識障害や認知機能の低下のために意思決定が困難となった場合を想定し、意思決定能力を有するうちに、患者あるいは将来患者になることを想定した本人によって、自身が受ける医療行為に関する事前指示を記しておく文書のこと

(5) POLST（Physician Orders for Life-Sustaining Treatment）

医師が、余命が限定的であると判断した患者本人又は患者の利益に関わる意思決定代理人との対話にもとづき、患者側の意向に沿って生命維持治療としての種々の医療行為に関する内容を医師が記載する文書。医師が保管したり、患者の自宅など目に付きやすい場所に掲示することもある。医師が主導する事前指示の一種のこと

(6) 事前指示

リビング・ウィルやPOLST、意思決定代理人の指名など、人生の最終段階における医療とケアに関する意向を患者あるいは将来患者になることを想定した本人が事前に示しておくこと。それを文書化したものが事前指示書であり、一度作成しても適宜の見直しと再確認が推奨される。米国・カナダ・韓国などで法制化されているが、本邦では法制化されていない。

(7) エンディングノート

自分に万一のことがあった際に家族が困らないよう、財産、口座、葬儀の希望、医療・介護の方針、友人・家族へのメッセージなど、様々な情報を書き残しておくノートのこと

※「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」から引用（厚生労働省）

※「高齢者救急に関する用語の統一概念」から引用（日本救急医学会）

※「エンディングノート」から引用（法務省/日本司法書士会連合会）

第3 検討項目ごとの提言

1 DNARに対する救急隊の活動プロトコル

(1) 前提について

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家族や友人、医師、看護師、介護従事者等に示しており、慣れ親しんだ環境での最期を望む選択をする方が増加している。

しかし、そのような場面において、家族等が動揺や判断に迷うなど「119番通報」をしている実態があり、救急現場において本人の意思を尊重した対応をするルールが無いことから、その対応について検討を重ねた。

検討経過において、がんの終末期などで医療機関に通院受診する者を含めるのか、自宅等の在宅医療ケアを受けている者だけが対象なのか、また、元気な高齢者や、小児の在宅医療ケアを受けている者を含めるのかという意見が上がった。

このことから救急現場において、救急隊が連絡する「かかりつけ医」から傷病者の心肺蘇生を望まない意思が確認できた場合、同医師の判断と具体的な指示のもとに心肺蘇生の処置を中止し、傷病者の意思に沿うために「かかりつけ医」又は「家族等、関係者」に引継ぐ対応について活動ルールを整理した。

(2) 家族等・関係者・かかりつけ医の定義について

本プロトコルの重要な要素となる傷病者の意思を表明する「家族等、関係者」について解釈範囲を定めて、傷病者本人の意思を尊重して判断できる医師である「かかりつけ医」について検討し、本人の意思を理解し、本人が信頼を寄せて支える存在を含む、広い範囲での「家族等」の捉え方など、関係ガイドラインに基づき定義した。

ア 「家族等」の解釈範囲について

ご本人が信頼を寄せ、人生の最終段階のご本人を支える存在という趣旨で、法的な親族関係のみを意味せず、より広い範囲の人（親しい友人等）を含む。

【解説】

ご本人が最期までどのように過ごしたいか、ご本人の望む医療・ケアや望まれる看取り方について共有している本人が信頼を寄せており支える存在となっている方であり、ご本人の意思を共有している方

※「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・解説編」から抜粋（厚生労働省）

イ 「関係者」の解釈範囲について

福祉施設管理者・職員、医療・ケアに日常的に関係する医療・福祉スタッフなど、ご本人の日常に携わり意思を共有する人々とする。

※「高齢者救急問題の現状とその対応策についての提言2024」に基づき整理（関係14学会提言）

日本救急医学会、日本臨床救急医学会、日本老年医学会、日本緩和医療学会、日本病院前救急診療医学会、日本在宅医療連合学会、日本プライマリ・ケア連合学会、日本慢性期医療協会、日本在宅救急医学会、日本救急看護学会、日本ケアマネジメント学会、全国在宅療養支援医協会、日本在宅看護学会、全国老人福祉施設協議会

ウ かかりつけ医について（主治医を含む）

本プロトコルにおける「かかりつけ医」とは、ご本人及び家族等と事前に心肺停止時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のことであり、心肺停止したご本人の意思を尊重した判断ができる医師とする。

なお、患者本人の情報を共有して患者の意思を確認できる医師を含む。

【解説：かかりつけ医の定義について】

日本医師会では、日医かかりつけ医機能研修制度の解説において「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」とされ、また、同HPIに「国民の皆様へ」では「健康に関することを何でも相談でき、必要な時は専門の医療機関を紹介してくれる身近にいて頼りになる医師のこと」と定義されている。※「高齢者救急に関する用語の統一概念」から引用（日本救急医学会）

(3) 対象について

ア プロトコルの対象

心肺停止傷病者のうち、人生の最終段階にあって自宅や施設等において医療・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※をされている傷病者を対象とする。

※本文中の「意思表示」とは、かかりつけ医(主治医)との話し合いにより、本人の意思、推定的意思又は最善の利益に基づき合意形成がなされた場合を指す

イ 心肺蘇生中止の対象

救急隊からかかりつけ医に、心肺停止時に心肺蘇生を行わないことが合意されていること、心肺停止に至った経緯が意思決定時の想定に沿っていること、および概ね12時間以内にかかりつけ医が往診できることが確認できた傷病者を対象とする。

ウ 心肺蘇生中止の対象除外

- (ア) 外因性心肺停止を疑うもの（事故、窒息、中毒、溺水など）
- (イ) 蘇生を望む家族等がいることが判明したもの

(4) プロトコルの構成要素と検討経過（参照P 2322：別紙1 救急隊の活動フロー）

ア 救急隊の役割の明確化

本プロトコルは、傷病者の意思と医師の判断・指示のもとに成立するものではあるものの、救急隊が医療機関に搬送する業務を解除して「搬送しない」という、新たなプロトコルの検討をするにあたり、以下のとおり明確化した。

「救急隊は、救命を主眼として、速やかに心肺蘇生を開始し、必要な救急救命処置をおこない、迅速な救急活動をおこなうことを使命とする。」

イ 心肺蘇生中止の対象と対象除外について

救急隊が、心肺停止した傷病者に対して心肺蘇生処置を開始してから、その処置行為を中止する判断を、かかりつけ医に確認することとなる対象者について、①対象範囲、②対象年齢、③対象除外とする項目、それぞれに検討を加えた。

①対象範囲は、前記第3の1(3)イに示すとおり、「かかりつけ医と心肺停止時に心肺蘇生を行わないことの合意」がされており、心肺停止の原因が「かかりつけ医との話し合いの中で想定されたもの」であること、そして慣れ親しんだ環境である自宅や施設等での医療・ケアを受けており、心肺停止（外因を除く。）した際に、かかりつけ医が「概ね12時間以内に往診できるもの」を対象範囲とした。

②対象年齢は、小児の意思表示を論点として議論となり、小児がん専門医、小児在宅専門医から、小児がんや重度の障がいを持った小児の終末期（乳幼児を含む）において、小児に対する心肺蘇生（CPR）は身体を傷つけることとなり、ご家族の悲嘆を深くすることがあること、そしてお子さんの望みと両親の思いを尊重して、本人の意思を推定しながら繰り返し話し合いを行い、最善の利益に基づき合意形成を図ったもとで、静かに穏やかなお別れの時間を過ごす在宅の看取りを行っているとの報告があった。

また、そのような中で、もし万が一、救急車を呼んでしまった場合でも、かかりつけ医に連絡が来ることとなる、このプロトコルの対象に小児が対象として含まれていることは重要であるとの意見があり、対象年齢の制限を設けないこととした。

しかしながら、全年齢を明記する文言の採用については、本人の最善の利益を追求した医療者と家族の合意形成を尊重しつつも、法解釈上の懸念を考慮し見送ることとした。

③対象除外とする項目では、救急現場に到着した救急隊が、一律に除外をする判断項目として、前記第3の1(3)ウにある「外因性心肺停止を疑う項目（事故、窒息、中毒、溺水など）」と「家族等の蘇生希望」の2点を整理した。

特に「窒息」は、嚥下能力の低下による窒息リスクを理解したうえで、経口の食事を継続する選択をする方もおり、その本人の意思尊重を求める意見があがったが、医師は異状死として警察に届け出る必要があり法的リスクがあること、救急現場において事故と病因の判別が困難であること、嚥下機能低下は誤嚥性肺炎の経過を辿ることなどの議論がされた。

これらを踏まえて「窒息」による心肺停止の発生状況のデータを確認し、高齢者に多いものの全年代で窒息を原因とした心肺停止が発生していることから、対象から除外する項目として整理した。（参照：図1）

また、救急現場において電話等を含めて、家族等が一人でも蘇生を希望する者が判明した場合、救命活動を優先して医療機関へ搬送する方針とした。これは、法的リスク・感情的トラブルを回避することからも適応外とした。

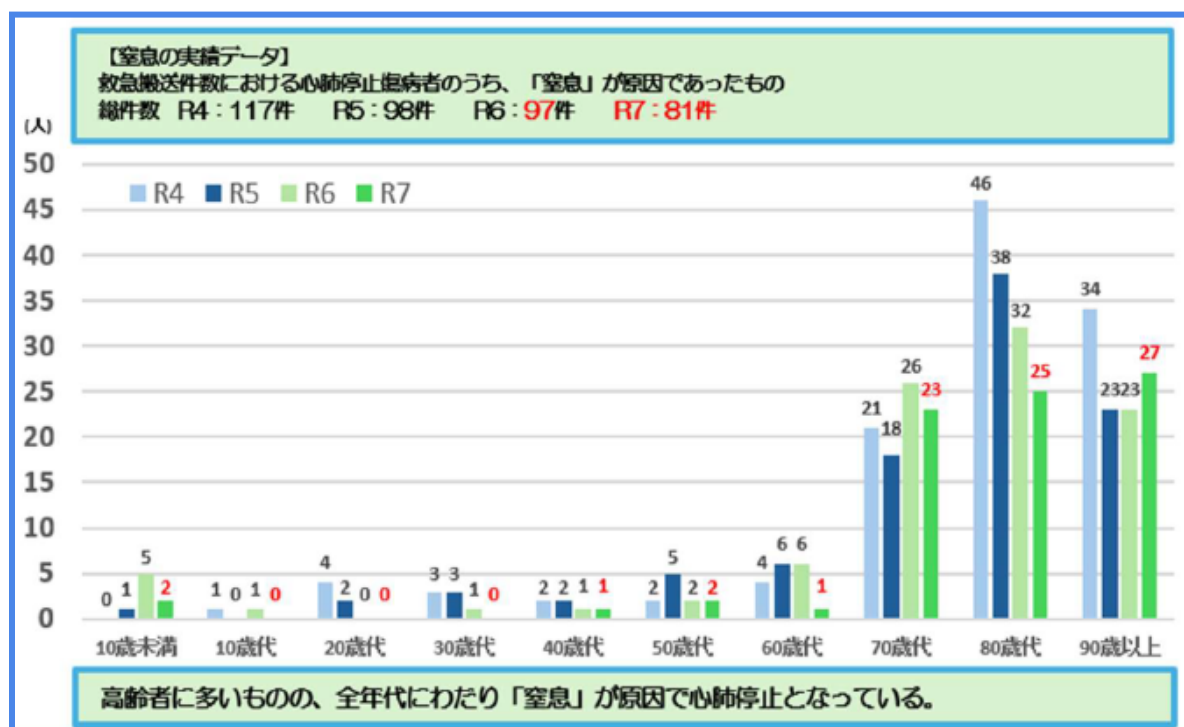


図1：心肺停止原因が窒息だったもの

ウ 傷病者の意思の申し出

確認の手段となる意思の申し出は、書面（DNAR指示書、POLST、エンディングノートなど）だけではなく、口頭であっても構わないこととし「きっかけ」であることを確認した。書面について、札幌市として統一したものがあることが望ましいとの意見があったが、すでに各関係方面（日本臨床倫理学会や日本臨床救急医学会など）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、各場面に応じた様々な様式が公表されていることから、新たな様式の作成はしないこととした。

申し出を行う者は、傷病者の意思を代弁できる「家族等」および「関係者」とし、厚生労働省のガイドラインや関係医学会の提言から整理して、ここで言う「家族等」には法的親族だけでなく親しい友人を含み、「関係者」には日常的に本人と接している施設職員や医療・ケア従事者を含むこととした。

さらに、救急現場における混乱を防ぐための具体的なルールが議論され、救急隊は傷病者接触後、直ちに心肺蘇生を開始することを原則としていることから、救急隊から積極的に意思の表明を求める行為は、行わないことを明記した。

- (ア) 傷病者の意思を表明できる家族等・関係者の申し出を対象とする。なお、救急隊は、家族等・関係者に対して、積極的に意思の表明を求める行為は原則行わない。
- (イ) 申し出は、書面（DNAR指示書等）又は口頭であることは問わない。
- (ウ) 自宅や施設等において医療・ケアを受けており、心肺停止時の心肺蘇生を望まない意思が話し合われている。

エ かかりつけ医への意思確認の方法

救急現場の中にある救急隊が、どのように、かつ誰を通じて医師と連絡を取るべきかが論点となり、「連絡方法」と「確認方法」を整理した。

連絡方法として、救急現場において、まずは「かかりつけ医」に連絡し確認することとし、その連絡先が不明な場合は、日頃から本人と接している訪問看護ステーションやケアマネジャーに相談し、医師に繋いでもらう体制について検討した。

なお、ケアマネジャーの協力について懸念する意見があったため、札幌市介護支援専門員連絡協議会に確認したところ、ケアプランに主治医の緊急連絡先が記載されているため、連絡の相談に協力することが可能であるとの回答が得られている。

また、訪問看護師やケアマネジャーはあくまで「連絡の橋渡し」であり、最終判断の主体は、「かかりつけ医」にあることを次項「かかりつけ医からの心肺蘇生の中止指示」と併せて明確化した。

さらに、意思確認の連絡に使う時間は、現場滞在時間の延伸を防ぐため「概ね10分以内」を目安とし、この時間を超えても連絡がつかない場合は、救命を優先して医療機関への搬送をすることとした。

確認する項目は、救急隊から、かかりつけ医に確認すべき項目であるが、心肺蘇生を望まない申し出があった場合、全て医療機関に連絡して確認することになるのか、非常に多くの申し出に対応して確認連絡が必要になるのではないかと懸念する意見があがった。

このことから、救急隊は、かかりつけ医に対して「連絡と確認」に入る前に、家族等・関係者に、自宅や施設等において医療・ケアを受けており、傷病者本人の心肺蘇生を望まない意思について、かかりつけ医と話し合いが行われていたのか確認することとし、前記項目ウと併せて整理した。

【かかりつけ医への連絡】

- (ア) 申し出を受けた救急隊は、かかりつけ医に直接連絡する。
- (イ) 連絡先が判明しない、又は連絡が取れない場合、訪問看護ステーションとケアマネジャーに相談し、かかりつけ医の連絡先を確認する。
- (ウ) 救急隊が意思の申し出を受けてかかりつけ医等への連絡を始めてから概ね10分以内を目安として、連絡先が判明しない、又は連絡が取れない場合は、心肺蘇生を継続し医療機関への搬送を優先する。

【かかりつけ医への確認項目】

救急隊は、かかりつけ医に次の項目を確認する。

- (ア) 心肺停止時に心肺蘇生を行わないことが合意されていること
- (イ) 心肺停止に至った経緯が、意思決定時の想定に沿っていること
- (ウ) かかりつけ医が、概ね12時間以内に自宅等に往診できること

オ かかりつけ医からの心肺蘇生の中止指示

救急隊は、かかりつけ医に傷病者情報と現場の状況を伝えて、心肺蘇生を継続、又は中止するのか、医師に直接確認し指示を仰ぐこととした。

なお、連絡を受けたかかりつけ医は、救急隊の情報をもとに総合的判断をした上で、救急隊に対して傷病者の意思表示に沿った心肺蘇生の中止の是非について判断し、救急隊からの確認に応じて、直接、具体的に指示を出すこととした。

ただし、この際に具体的な「心肺蘇生の中止指示」を出すには、医師が概ね12時間以内に往診できる場合に限ることとした。

- (ア) 救急隊は、かかりつけ医に対して、心肺停止の状況が想定範囲であるかを確認したうえで、心肺蘇生の中止の是非について指示を仰ぐこと。
- (イ) 救急隊への蘇生行為の中止指示は、かかりつけ医からの直接連絡による具体的指示とする。

【蘇生中止指示の補足】

傷病者本人の意思を把握するかかりつけ医が、往診できる場合に本プロトコルの適応となることを明記

カ かかりつけ医への引継ぎ

検討の過程では、救急隊が現場に留まる時間や、医師が到着するまでの「空白の時間」をどう埋めるかが焦点となり、医師到着までの時間設定、心肺蘇生を中止した後の傷病者搬送、警察官が関与した際の現場検証などを議論した。

救急隊が、医師の到着を待つ時間について、過去3年間のデータに基づき、往診医師が現場に到着するまでの時間が平均35分、中央値31分であることが示された。

(参照：図2)

- (ア) かかりつけ医が連絡を受けてから、概ね30分以内で現場に到着できる場合、救急隊は医師の到着を待ち、直接引継ぎをする。
- (イ) かかりつけ医が30分以上の時間を要して、概ね12時間以内で現場に到着できる場合は、家族等・関係者の同意を得て、救急隊は家族等・関係者に引継ぎをする。
- (ウ) 12時間以上かかる場合は、心肺蘇生を継続し医療機関へ搬送する。
- (エ) 医師への引継ぎは、引継ぎ確認書に医師署名と引継ぎ時刻を記録する。

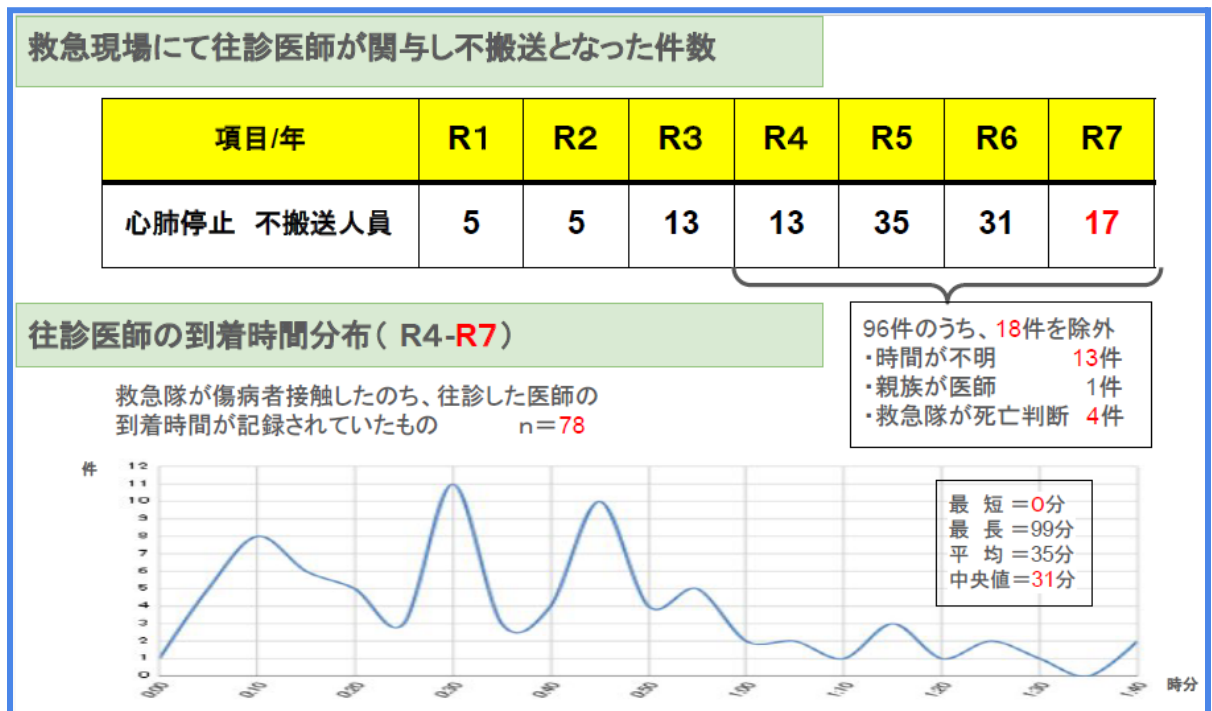


図2：救急現場に医師が往診したもの

キ 家族等・関係者への引継ぎ

医師の指示で蘇生を中止した後の傷病者の搬送は、消防法に基づき「救急業務」に該当しないことから、救急車で医療機関への搬送はしない方針が消防局から示され、医師の往診到着までに要する時間が概ね30分以上、かつ12時間以内の場合は、家族等・関係者に引き継ぐことを確認した。

この医師の現場到着までの「空白の時間」の懸念について、救急隊が引き揚げた後、医師が到着するまでの間に家族等遺族が不安を感じたり、警察が関与して現場検証が行われたりするのではないかとの議論がされ、救急隊と医師から家族・関係者に丁寧な説明を行うことが望ましいこと、また、消防局と警察機関が通報段階で共有する「心肺停止事案」について、救急隊が警察側に対応経過を共有しなければ、その現場において混乱が発生することが危惧されるとの意見があり、救急隊から警察官に医師が関与する心肺蘇生を望まない意思に沿った対応をした患者であることなどの情報共有を行うこととした。

また、引継ぎ時のトラブルを回避するため、「確認書」（項目2(3)を参照）を作成・運用することとした。これは、傷病者本人の意思を尊重した対応をすることから、不搬送処理というよりも、救急隊と医師、家族等・関係者の間で確認をした証書として「確認書」とし、救急隊が医師からの心肺蘇生処置の中止指示を受けた事実や、家族等が医師の到着まで付き添うことに同意した旨が記録され、家族等の署名を得た上で、求めに応じて写しを交付するものとした。

- (ア) かかりつけ医から、家族等・関係者に状況の説明が行われていること
- (イ) 救急隊に、医師からの心肺蘇生中止の指示があったことを家族等・関係者が理解していること
- (ウ) 救急隊が引揚げて、家族等・関係者が傷病者に付き添い、かかりつけ医の到着まで傷病者本人の現状を維持することに同意をしていること
- (エ) 上記の各項目を確認して、引継ぎ確認書に家族等・関係者署名と引継ぎ時刻の記録をすること
- (オ) 確認書のは、その場の求めに応じて写しを交付すること

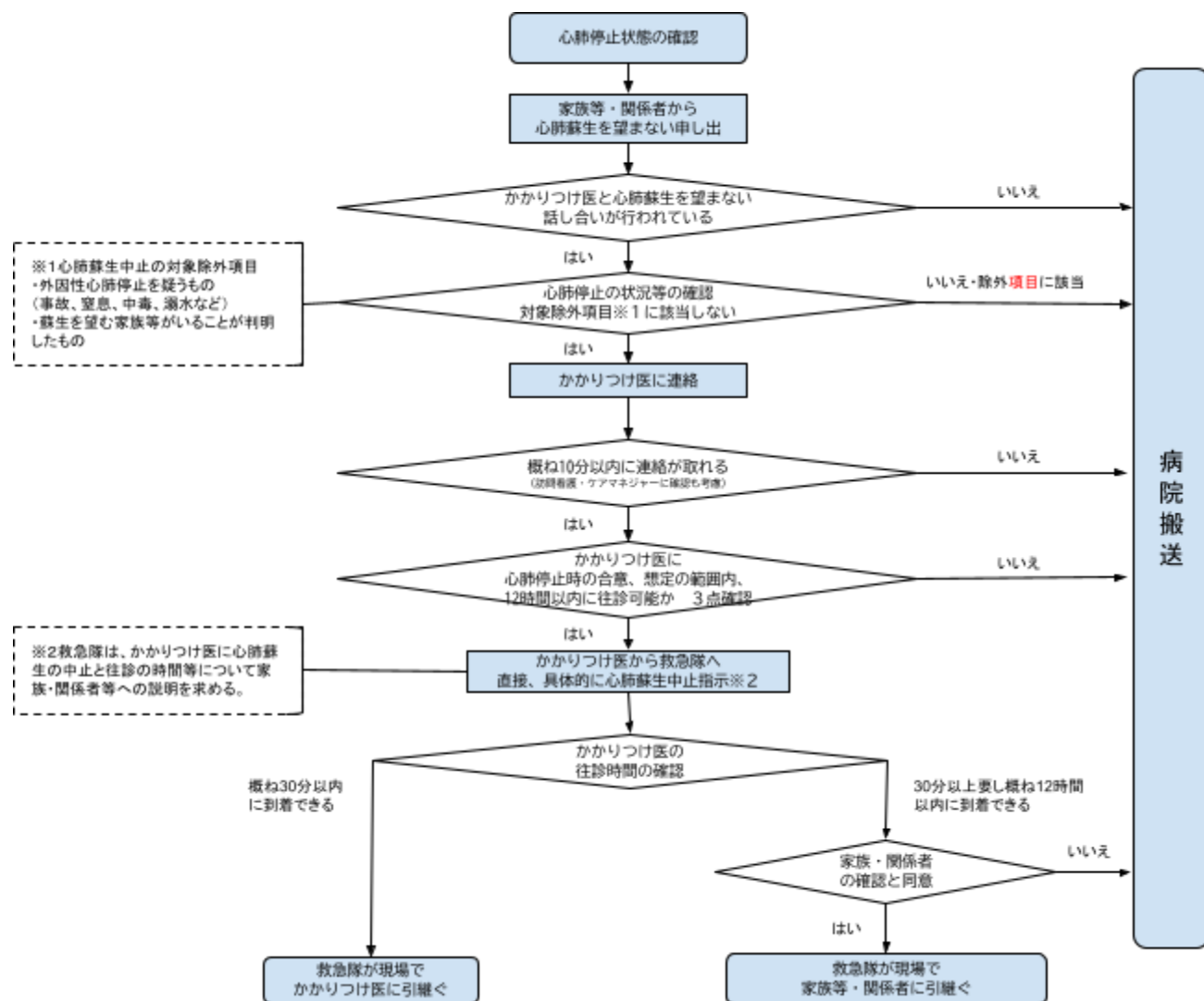
(5) 事後検証（運用検証と見直し）

本プロトコルは、救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応のために策定したことから、適応した症例について適切な運用がなされているのかを検証することとし、その検証結果に基づき、必要に応じて札幌市救急業務検討委員会においてプロトコルの見直しを行うものとする。

別紙1：救急隊の活動プロトコル フロー図

救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応 フロー図

心肺停止傷病者のうち、人生の最終段階にあって自宅や施設等において医療・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傷病者を対象とする。



救急隊は、原則として救命を主眼として、速やかに心肺蘇生（CPR）を開始し、必要な救急救命処置を行い、迅速な救急活動を行うことを使命とする。

なお、救急隊は、蘇生行為の開始に際して、原則、傷病者の蘇生意思の確認はしない。

2 不搬送要領について

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るが、救急活動の中においては明らかに死亡している場合や、傷病者本人又は関係者が医療機関への搬送を辞退・拒否する場合があります、その際の対応について活動の要領を定めて対応している。

今回の心肺蘇生を望まない傷病者への対応を検討するにあたって、本プロトコルとの違いを明確にするために、救急隊が傷病者を搬送しないルールである「明らかな死亡の判断」と「傷病者が搬送を辞退・拒否する不搬送」について、確認と見直しを図り「心肺蘇生を望まない傷病者」を搬送しない場合の考え方について整理した。

(1) 救急隊による明らかな死亡の判断による不搬送

救急現場において、救急隊が傷病者を観察して「明らかな死亡」と判断できる基準について確認し、事務局からの見直し案について検討した。

ア 死亡の判断の原則

傷病者が既に死亡しているときは救急業務の対象とならないと解されるが、法的に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、積極的に応急処置を実施し医療機関搬送に努めることを規定している。

イ 救急現場における死亡判断基準

判断基準は、「一見して死亡と判断できるもの」と「観察結果から死亡と判断できるもの」の2項目となっており、観察結果から死亡と判断できる項目について見直しの検討をした。

ウ 見直し項目

観察結果から「明らかな死亡」を判断する基準の見直し

札幌市消防局の「意識、呼吸、脈拍、瞳孔、体温、死後硬直、死斑」の全てが該当することを求める「7項目すべて」の判断基準に対して、総務省消防庁が示す「救急活動時における適正な観察の実施について」（平成30年6月4日付消防庁救急企画室長通知）に基づき、「死後硬直、又は死斑」として、1項目にまとめる「6項目すべて」とする見直し、さらに「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見直し、この2項目の提案があり、特に「死後硬直」と「死斑」について慎重な検討をおこなった。

エ 検討経過

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懸念意見があがった。事務局から、不搬送事案の約4%が、どちらか一方の現象で判断されている実情の報告があった。

なお、死斑は、病態や年齢により出現の状況に差があること、死後硬直は、時間経過（30から36時間）により硬直が寛解するとの医学的見解からの報告があり、事務局の提案2件について了承するが、救急現場における判断の根拠と実効性を両立させるためには、より具体的に観察の項目を明記すること、「6項目」とする「死後硬直」、「死斑」を判断する根拠を詳細に明示することとした。

(2) プロトコルに基づく不搬送要領について

救急出動において、傷病者に対して十分に説得しても搬送の同意が得られない場合は、傷病者や同居の家族から医療機関等への搬送について辞退・拒否したことを不搬送処理書として記録し、努めて傷病者本人の署名を得ることとしている。

この既存の不搬送処理書を活用した要領による記録と本プロトコルにおける傷病者の搬送をしない場合の記録を検討し、新たな「確認書」を作成することとした。

(3) 傷病者の意思に沿った心肺蘇生確認書（参照：別紙2 確認書）

ア 「確認書」とした考え方

今回の「蘇生を望まない傷病者」をプロトコルに基づき不搬送とする行為は、傷病者の意思に沿った対応であり、救急隊が「かかりつけ医」の指示に従い蘇生行為を中止して、最終的に「かかりつけ医」に引き継ぐことが前提となっていることから、救急隊側からの視点で捉える「不搬送」ではなく、相互に相違が無いことを確認する「確認書」として新たに様式を作成した。

イ 検討経過と確認書の構成要素

確認書の作成する観点について、必要な記載事項を構成委員である弁護士の監修のもと作成し、3点の構成要素に基づき、家族等・関係者からの申し出（書面又は口頭）と、定められたプロトコルに従った救急隊とかかりつけ医との間の適正な確認及び具体的な指示を経て、傷病者の意思に沿った心肺蘇生中止の判断行為が行われたこと、そして家族等・関係者がこの判断を理解し、相互に確認の上、引継ぎが完了したことを記録できるよう、確認項目や記録署名欄等を設定した。

【構成要素】

- ・ 傷病者の意思に沿った対応であること
- ・ かかりつけ医の指示に基づき、心肺蘇生が中止されたこと
- ・ 最終的にかかりつけ医に引き継がれること

なお、この確認書は、家族等に代わって「傷病者の意思」を申し出た施設職員等が使用することも想定されるため、家族等・関係者~~にの求めに応じて~~写しを交付する~~で~~
~~きる~~こととしている。

医師や施設職員等の立場から説明の追加、写しの発行など確認書の記載内容に修正を加えた。

傷病者の意思に沿った心肺蘇生中止 確認書

札幌市消防局 署 救急隊

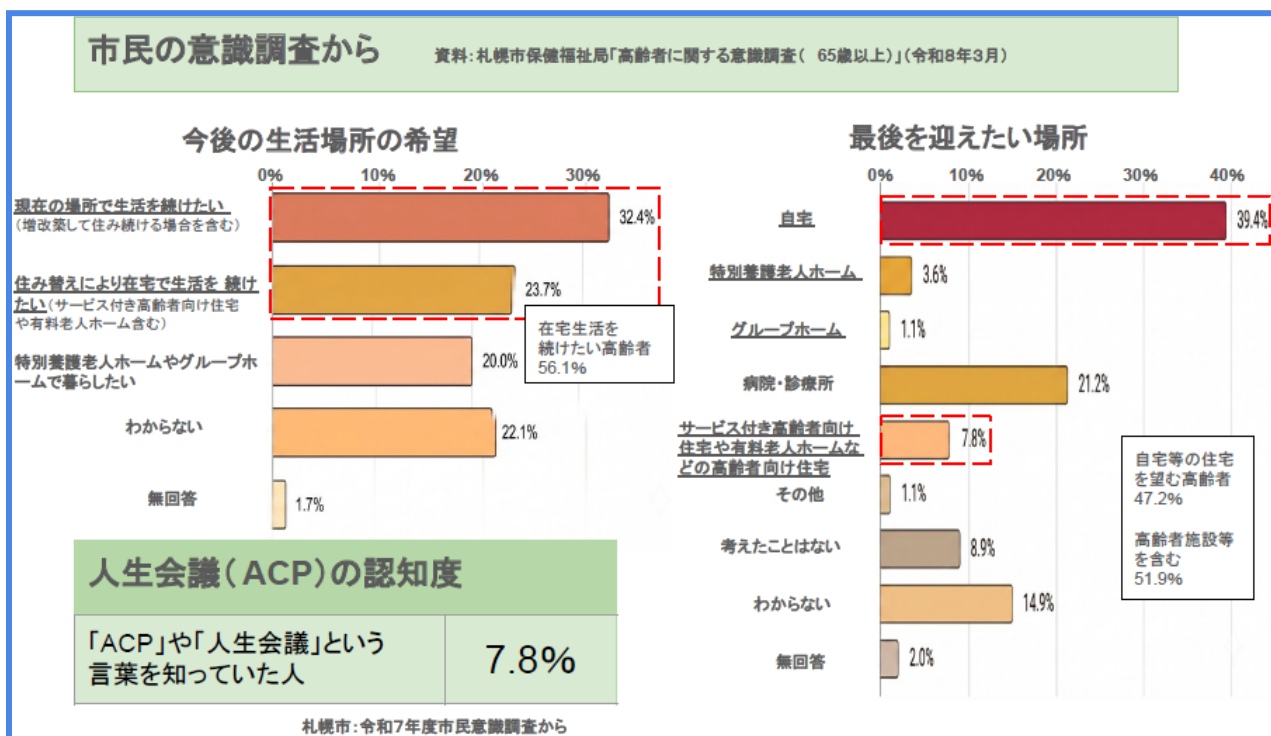
救急隊 確認欄	かかりつけ医から直接、以下の指示を受けた。 ☐ 具体的指示を受けて、心肺蘇生を中止した。 ☐ 概ね30分以内・ ☐ 概ね12時間以内 の到着時間を確認した。 （かかりつけ医に引継ぎ） （家族等又は関係者に引継ぎ）			
	傷病者氏名			
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
	住所			
	出動住所			
家族 又は 関係者 記入欄	わたくし私は、次の内容を確認しました。 ※ 3つ目の口は、家族等又は関係者に引継ぎ時のみチェックする ☐ 傷病者の心肺蘇生を望まない意思を表明しました。【 ☐ 書面・ ☐ 口頭】 ☐ かかりつけ医が心肺蘇生の中止判断したことを理解しています。 ☐ かかりつけ医の診断を終えるまで、現状を維持し傷病者に付き添います。 かかりつけ医から説明を受け、救急隊が引き揚げることに同意します。 住 所 _____ 連絡先 _____ 傷病者との関係 _____ 署 名 _____			
	医師情報 所 属 _____ 連絡先 _____ 医師名 _____			

救急隊の引継時刻【☐家族等・☐関係者・☐医師】 年 月 日 時 分

医師署名： _____ ※救急隊との引継ぎ時に医師が署名

※家族等・関係者の方へ、必要に応じて当該書類の写しを交付します。

3 市民及び関係機関への普及啓発



札幌市の調査では、高齢者の意識調査では、住み慣れた場所で在宅生活を続けること、病院以外の場所で最期を迎えたいと考えている高齢者が多いことがわかる。

しかし、その一方で、自宅等で人生の最終段階を迎えようとする方にとって、どのような医療を受けるかなど、本人自身を含めて家族や周囲の人々と意思を共有する機会である「人生会議(ACP)」の認知度は7.86.5%となっている。

このため、救急隊が運用する「救急現場におけるDNR対応プロトコル」が、「本人の意思の尊重」するためのルールであるとの本質が伝わるように、「人生会議(ACP)」と連携した普及啓発をおこなうことを前提として検討した。

(1) 基本メッセージ

ア 啓発の柱: 人生会議(ACP)と連携した普及啓発

「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」

～傷病者本人の意思の尊重のために～

イ 基本メッセージ

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家族や友人、医師、看護師、介護従事者等に示しており、慣れ親しんだ環境での最期を望む選択をされた方を対象として、家族等が動揺や判断に迷い救急要請をした場合に、傷病者本人が望んでいた意思を尊重するための対応ルールを策定した。

(2) 普及啓発方針について

本人と寄り添う家族等に加えて、在宅医療・ケアに携わる医師、看護師、介護職員及び高齢者福祉施設職員などの多くの関係職種に制度を理解してもらう必要がある。

ただし、札幌市消防局が普及啓発を行う際には、救急搬送件数の減少を目的としていると市民に誤解されないよう、メッセージの発信の仕方に注意し、市民が「救急車を呼ぶことに躊躇する」ことのないように細心の配慮を払うべきである。

このことから、市民に新しい取り組みを周知しつつ、関係職種に対しては、研修会等を通じた丁寧な普及啓発を行うこと、そして関係職種から「本人の意思を尊重する」ための新たな取組みについて、当事者として向き合うこととなる市民に伝えてもらうことが重要であることを確認した。

ア 関係職種の啓発から市民の周知へ

市民への周知を実施しつつも、関係職種への啓発に重きをおき、それを通じて市民に繋がる普及啓発とする。

イ 関係する機関との協働

(ア) 札幌市医師会

ＡＣＰの普及啓発と連携して、本啓発事業の中心的役割を担っていただき協働していく。

(イ) 協力関係団体

北海道社会福祉協議会、北海道医療ソーシャルワーカー協会、北海道看護協会、札幌市訪問看護ステーション協議会、札幌市介護支援専門員連絡協議会、札幌市社会福祉協議会ほか

(ウ) 広報媒体

札幌市ホームページ、リーフレット（医療関係職種、市民向けを作成）、広報誌（広報さっぽろ）、協力団体の頒布物（会員向け会報誌、メールマガジンへの掲載など）、報道機関への情報提供

(3) 関係機関との協働について

ア 札幌市医師会

ＡＣＰに関連する講演会、地域医療連携を担う会議体等での啓発研修
※地域医療連携「区域拠点会議」への講師派遣など

イ 協力関係団体 ~~（調整中）~~

各種団体が実施する研修会への講師派遣

【検討部会委員名簿】

※令和8年6月時点の所属・役職

氏 名	所 属 ・ 役 職	職 名	備 考
上村 修二	札幌医科大学医学部 医療安全・病院管理学講座	准教授	部会長
前川 邦彦 (～令和8年5月31日)	北海道大学病院救急科	助 教	副部会長
高氏 修平 (令和8年6月1日～)	北海道大学大学院医学研究院 侵襲制御医学分野 救急医学講座	助 教	委 員
井上 弘行	札幌市医師会 夜間休日急病センター ※第3回より参加	センター長	委 員
鈴木 研一	札幌市医師会 札幌市在宅医療協議会	在宅救急部長	委 員
阿部 佳央	札幌市医師会	事務局長	委 員
小舘 旭	市立札幌病院 救命救急センター	副医長	委 員
塩谷 信喜	北海道医療センター救急科	医 長	委 員
大西 新介	手稲溪仁会病院 救命救急センター	副センター長	委 員
田中 かおり	北海道看護協会	専務理事	委 員
田口 大	勤医協中央病院 救急科	救急センター長	委 員
加藤 孝典 (～令和8年3月31日)	札幌市保健福祉局	地域医療担当課長	委 員
船戸 直大 (令和8年4月1日～)	札幌市保健福祉局	地域医療担当課長	委 員
木下 尊氏	南一条法律事務所	弁護士	オブザーバー
尾形 和泰	札幌市医師会 黒松内町国保くろまつない ブナの森診療所	所 長	臨時委員
木浪 江里子	札幌訪問看護ステーション協議会	会 長	臨時委員
福田 直之	北海道社会福祉協議会	理 事	臨時委員
横田 法律	北海道医療ソーシャルワーカー協会	理 事	臨時委員

令和7年度第3回検討部会 オブザーバー出席者

長 祐子	北海道大学病院 小児成人移行期医療支援センター	教 授	オブザーバー
川村 健太郎	生涯医療クリニックさっぽろ	院 長	オブザーバー

【意見聴取に協力を頂いた団体】

- ・札幌市社会福祉協議会
- ・札幌市介護支援専門員連絡協議会
- ・札幌市立大学看護学部
- ・北海道警察本部
- ・北海道大学大学院小児科学講座
- ・生涯医療クリニックさっぽろ
- ・日本尊厳死協会北海道支部

【検討部会 開催経過】

令和6年度

- | | | | |
|------------|-----|-----------|-----------------|
| 令和6年10月24日 | 第1回 | 救急業務検討委員会 | 検討部会の立上げ |
| 令和7年1月15日 | 第1回 | 検討部会（書面） | 検討項目及び有識者選定 |
| 令和7年3月12日 | 第2回 | 救急業務検討委員会 | 検討項目、スケジュール等の承認 |

令和7年度

- | | | | |
|-----------|-----|-----------|----------------------------------|
| 令和7年5月26日 | 第1回 | 検討部会 | |
| 令和7年9月19日 | 第2回 | 検討部会 | |
| 令和8年1月20日 | 第3回 | 検討部会 | |
| 令和8年2月4日 | 第4回 | 検討部会（書面） | 中間報告書 |
| 令和8年3月16日 | 第2回 | 救急業務検討委員会 | プロトコル案、傷病者死亡の判断
基準の一部変更について承認 |

令和8年度

- | | | | |
|------------------|-----------|------|-------|
| 令和8年5月25日から6月23日 | パブリックコメント | | |
| 令和8年8月3日 | 第1回 | 検討部会 | 最終報告書 |

【引用・参考文献】

- 1 日本臨床救急医学会：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在り方に関する提言（平成29年3月）
- 2 厚生労働省：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、及び同解説編（平成30年3月）
- 3 総務省消防庁：「平成30年度救急業務の在り方に関する検討会 傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会」報告書について（令和元年11月）、令和6年度救急業務のあり方に関する検討会報告書（令和7年3月）
- 4 日本救急医学会ほか12学会：高齢者救急問題の現状とその対応策についての提言2024（令和6年12月）
※日本救急医学会、日本臨床救急医学会、日本老年医学会、日本緩和医療学会、日本病院前救急診療医学会、日本在宅医療連合学会、日本プライマリ・ケア連合学会、日本慢性期医療学会、日本救急看護学会、日本ケアマネジメント学会、全国在宅療養支援医協会、日本在宅看護学会、全国老人福祉施設協議会
- 5 日本救急医学会：高齢者救急に関する用語の統一概念（令和6年12月）
- 6 法務省/日本司法書士会連合会：エンディングノート（令和5年10月）
- 7 札幌市：高齢社会に関する意識調査報告書（令和8年3月）、さっぽろ医療計画2024（令和6年3月）