

1 審議事項 項目1

【資料2-1】

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(案)

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

(案)

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

現在、推敲中

社会の成熟に伴い、個人の尊厳と意思の尊重という理念は、社会保障制度を支える根幹的な原則の一つとして、その制度や運用を検討する上で重要な要素となっています。医療・介護分野においても、医療倫理の四原則の一つである「自律尊重の原則」に基づき、患者本人の自己決定を尊重することが強く求められています。

このような背景の下、平成30年3月に厚生労働省の「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」が改訂され、札幌市においても、住み慣れた自宅等で医療を受ける「在宅医療」を望む市民が増加しています。これに伴い、かかりつけ医を中心とした多職種が協働し、本人や家族等と話し合いを重ねて意思決定を支援するプロセス（ACP：アドバンス・ケア・プランニング、通称「人生会議」）が重視されるようになりました。その結果、本人が望む「住み慣れた自宅などで最期を迎えたい」という意思を尊重する看取りも増加傾向にあります。

全国的に見ても、高齢者からの救急要請が増加する中で、救急隊が心肺停止状態の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課題として顕在化しています。こうした状況に対し、国や学会からも人生の最終段階におけるガイドライン等が発信され、総務省消防庁においても「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（令和元年11月）が通知されていますが、救急の現場ではその対応に苦慮しているのが現状です。

一方で、救急車の要請を行う多くの方は、家族や友人が心肺停止した際に、救急隊に救命を求めており、一刻一秒を争う状況下で、全ての傷病者に対して一律に救急救命活動を実施して欲しいと強く望んでいることも事実です。

このように、「個人の尊厳・意思の尊重」と「救急隊の救命という責務・社会の期待」という二つの重要な要請が衝突する場面において、地域においても救急現場での混乱を避け、傷病者とその家族、そして救急隊員双方にとって適切な対応を行うための明確な指針が必要とされています。

本プロトコルは、こうした背景を踏まえ、札幌市における救急現場での心肺蘇生を望まない意思を示されている方に対する対応について策定するものです。

札幌市救急業務検討委員会
委員長 野中 雅

基本となる考え方について

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番要請」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て整理した。

【基本事項】

傷病者が、人生の最終段階にあり、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方を対象として救急現場での対応ルールを策定する。

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。

【プロトコルにおける用語の定義】

○ 家族等

「家族等」とは、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)

○ 関係者

「関係者」とは、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

○ かかりつけ医（主治医を含む）

「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において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開設において「なんでも相談できるうえ、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、保険、福祉を担う総合的な能力を有する医師」とされ、また、同HPにある「国民の皆様へ」では「健康に関することをなんでも相談でき、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）

【関連用語の説明】

○ 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。

※「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」から引用
(厚生労働省)

○ 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

※「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）
(解説) ACPとDNARの関係性

ACPが、本人の意思決定を支援するプロセスであり、その話し合いにおいて本人が望む医療・ケアが選択される。その中の一つとして、心停止時に蘇生行為を望まないというDNARがあり、さらに心停止を「急変時」のような曖昧な語句にすり替えるべきではないとの注釈がされている。

※「Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) 指示のあり方についての勧告」から引用（日本集中治療医学会）

I. 心肺蘇生を望まない傷病者に対応する救急隊の活動プロトコル

(別紙1：フロー図 8P参照)

1 対象

(1) 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

(2) 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。

(3) 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

2 救急隊の傷病者接触・心肺蘇生

救急隊は、現場に到着次第、傷病者の観察を行い心肺停止であった場合は、速やかに心肺蘇生を開始する。

3 傷病者の意思の申し出

(1) 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。

(2) 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。

(3) 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。

4 かかりつけ医への連絡

救急隊は、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われているかを確認したのち、以下の連絡をする。

(1) かかりつけ医への連絡

ア 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や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 救急隊が連絡にかける時間は、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。

(2) 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

5 かかりつけ医からの心肺蘇生の中止指示

救急隊は、かかりつけ医が概ね12時間以内に往診できる場合、心肺蘇生処置について確認し具体的な指示を受ける。

- (1) 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
- (2) 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。

6 かかりつけ医への引継ぎについて

(別紙2：「傷病者の意思に沿った心肺蘇生中止 確認書」(以下、「確認書」という。)9P参照)

- (1) 救急隊は、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、医師の到着を待ち直接引継ぎをすること
- (2) 救急隊は、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、家族等・関係者の同意を得て、家族等・関係者に引継ぎをすること
- (3) 救急隊は、かかりつけ医の現場到着に12時間以上かかる場合、心肺蘇生を継続し医療機関へ搬送すること
- (4) 救急隊の医師引継ぎは、「確認書」に医師の署名と引継ぎ時刻を記録すること

7 家族等・関係者への引継ぎについて

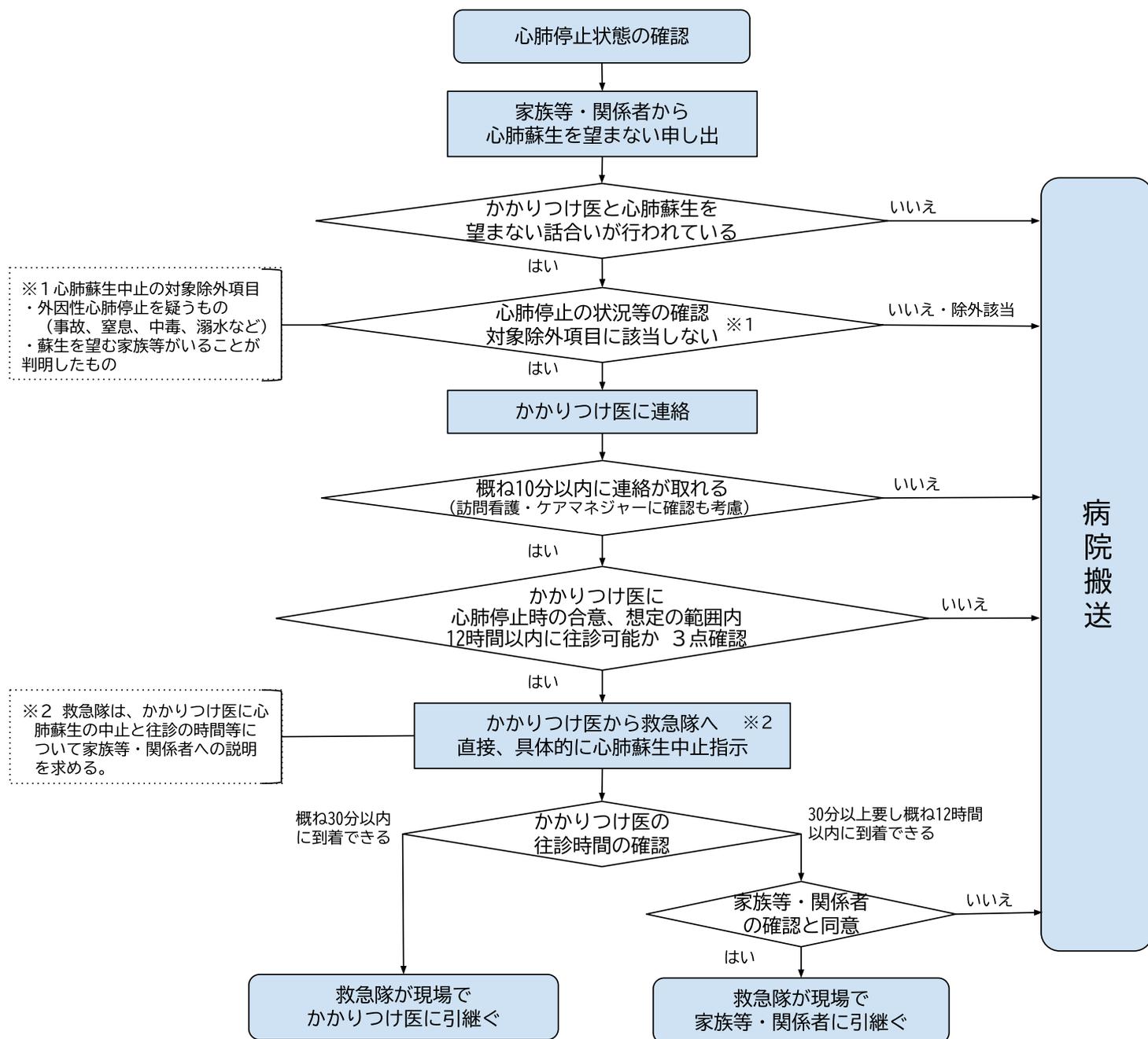
- (1) 救急隊は、かかりつけ医に家族等・関係者への状況の説明を求めること
- (2) 家族等・関係者が、救急隊に医師からの蘇生中止の指示があったことを理解していること
- (3) 家族等・関係者が、傷病者に付き添い、かかりつけ医の到着まで傷病者本人の現状を維持することに同意をしていること
- (4) 救急隊は、上記の各項目を確認して、「確認書」に家族等・関係者の署名と引継ぎ時刻を記録すること
- (5) 「確認書」は、その場の求めに応じて写しを交付すること

Ⅱ. 事後検証について

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、本プロトコルを適応した症例について、適切な運用がされているのかを検証し、必要に応じて見直しを行うものとする。

救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応 フロー図

心肺停止傷病者のうち、人生の最終段階にあつ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。

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

※□に✓点でチェックすること

救急隊 確認欄	<p><u>かかりつけ医から直接、以下の指示を受けた。</u></p> <p><input type="checkbox"/> 具体的指示を受けて、心肺蘇生を中止した。</p> <p><input type="checkbox"/> 概ね30分以内 (かかりつけ医引継ぎ) ・ <input type="checkbox"/> 概ね12時間以内 (家族等又は関係者引継ぎ) の到着時間を確認した。</p>					
	傷病者氏名					
	生年月日	年	月	日	性別	男・女
	住所					
	出勤住所					
家族等 又は関係者 記入欄	<p>わたくしは、次の内容を確認しました。</p> <p>※ 3つ目の□は、家族等又は関係者に引継ぎ時のみチェックする</p> <p><input type="checkbox"/> 傷病者の心肺蘇生を望まない意思を表明しました。【<input type="checkbox"/> 書面・<input type="checkbox"/> 口頭】</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><u>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。</u></p> <p>住所 _____</p> <p>連絡先 _____ 傷病者との関係 _____</p> <p>署名 _____</p>					
	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。

1 審議事項 項目2

【資料3-1】

傷病者死亡の判断基準の一部変更について

死亡判断の原則

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、救急隊により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。

警防活動要領 第4編第2章第3節 死亡者の取扱い 1死亡判断の原則 抜粋

傷病者死亡の判断基準 新旧対照表<警防活動要領 第4節 第2章 第3節 死亡者の取扱い>

現 行	修 正 後
<p>2 傷病者死亡の判断基準 救急隊長が、傷病者が明らかに死亡していると判断できる場合は次のとおりとする。</p> <p>(1) 一見して死亡と判断できるもの</p> <p>ア 頭部又は体幹部が切断している場合 イ 全身に腐敗が発生している場合</p> <p>(2) 観察結果から死亡と判断できるもの 救急隊長が現場において、観察結果として傷病者が死亡していると判断できるのは、検眼ライト、聴診器、体温計及び心電図モニターなどの観察用資器材によって客観的に次の7項目全ての項目が確認できる場合をいう。 観察にあたっては、各種救急資器材を有効活用するとともに、観察記録を省略しないよう徹底すること。 なお、7項目中、1項目でも該当しなければ、最大限の救命処置を施し医療機関へ搬送すること。</p> <p>ア 意識がJCS300であること。 意識を確認する場合は、呼びかけや痛み刺激などの基本的観察を確実に実施する。</p> <p>イ 呼吸が全く感じられないこと。 胸等の挙上を目視するとともに、聴診器による呼吸音の確認を確実に実施する。</p> <p>ウ 総頸動脈で脈拍が全く触知できなく、かつ心音の聴取ができないこと。 総頸動脈で脈拍及び聴診器による心音の聴取、心電図モニターで傷病者の心電図を確認する。</p> <p>エ 瞳孔の散大が認められ、対光反射が全くないこと。 検眼ライトにより瞳孔の対光反射を確実に確認する。</p> <p>オ 体温が感じられず、冷感が認められること。 体温計を活用し確認すること。一般的に約48時間以内で、ほぼ環境気温と同温度になる。 なお、冬期間の場合、傷病者が電気毛布の使用並びに入浴中の場合等は、特に慎重に判断する。</p> <p>カ 死後硬直が認められること。 死後硬直とは、通常死後約2時間くらいで、頸関節から下行型で各関節硬直する。ただし、けいれん発作などで硬直することもあるので、下顎硬直のみで死亡判断は行わない。</p> <p>キ 死斑が認められること。 死斑とは心拍停止後に体の低位部に血液が溜まり、毛細血管も拡張してその部分の皮膚は紫赤色又は暗紫赤色に見える。これを死斑という。 死斑は、体の低位部に心拍停止後約30分くらいから出現し始め、2～3時間くらいでははっきりと確認することができるが、露出部位にとらわれず他の部位についても、家族の承諾を得て十分に確認する。</p>	<p>2 傷病者死亡の判断基準 (1)まで（現行のとおり）</p> <p>(2) 観察結果から死亡と判断できるもの 救急隊長が現場において、観察結果として傷病者が死亡していると判断できるのは、検眼ライト、聴診器、体温計及び心電図モニターなどの観察用資器材を活用して客観的に次の6項目全ての項目が確認できる場合をいう。 観察した6項目7所見については、その記録を省略しないよう徹底すること。 なお、6項目中、1項目でも該当しなければ、最大限の救命処置を施し医療機関へ搬送すること。</p> <p>ア 意識がJCS300であること。 意識の確認は、呼びかけや痛み刺激を実施する。</p> <p>イ 呼吸が全く感じられないこと。 胸と腹部の挙上がないことを目視するとともに、聴診器により呼吸音が聴取できないことを確認する。</p> <p>ウ 総頸動脈で脈拍が全く触知できないこと。 総頸動脈で脈拍が触知できず、聴診器により心音が聴取できないこと、かつ心電図モニターにより心静止を確認する。</p> <p>エ 瞳孔の散大が認められ、対光反射が全くないこと。 検眼ライトにより瞳孔の対光反射がないことを確認する。</p> <p>オ 体温が感じられず、冷感が認められること。 体温計（非接触型赤外線体温計を除く）を活用し確認すること。心停止後はじめの10時間までは1時間に1℃程度が体温低下の目安となり（直腸温）、一般的に約48時間以内で、ほぼ環境気温と同温度になる。 なお、冬期間等の低体温となる状況下の場合、蘇生の可能性を念頭に置き、特に慎重に判断すること。また、傷病者が電気毛布等の使用並びに入浴中の場合等では、環境気温が体温低下を妨げることがあることに留意し、環境を考慮した総合的判断に努めること。</p> <p>カ 死後硬直又は死斑が認められること。 両所見ともに確認すること。なお、いずれか片方の所見のみの場合は、次の事項を考慮し、慎重に判断すること。 (ア) 死後硬直は、心停止後、約30分～2時間で頸関節から出現しはじめることが多い。頸関節に次いで、下行型で各関節硬直する。30～36時間で発現した順序に従い緩解が始まる。 なお、頸関節や四肢の硬直は頸関節の疾患、痙攣発作による硬直及び高齢者の関節拘縮などがあるので留意する。 (イ) 死斑とは心停止後に血液循環の停止により、血管内血液が重力に従って下方へ移動（血液就下）し、これが体表上に変色として現れて、通常暗赤色である。心停止後約30分で弱く発現しはじめ、2時間でははっきりとする。 なお、失血死や貧血の基礎疾患のある傷病者、又は新生児や高齢者では、死斑の発現が弱い傾向があるため、家族等の承諾を得て、体表上の露出部位のみにとらわれず、全身を十分に確認すること。また、一酸化炭素中毒では鮮紅色調を呈するなど、色調が異なる場合があるので留意する。</p>

※朱書き部分は変更箇所とした。

見直し項目について

- 「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。
- 現行の死亡判断基準である「7項目すべて」を総務省消防庁が示す「6項目すべて」とする

【現行の死亡判断基準7項目】

ア 意識がJCS300であること。

イ 呼吸が全く感じられないこと。

ウ 総頸動脈で脈拍が全く触知できなく、かつ心音の聴取ができないこと。

エ 瞳孔の散大が観られ、対光反射が全くないこと。

オ 体温が感じられず、冷感が認められること。

カ 死後硬直が観られること。

キ 死斑が観られること。

説明部分に環境を考慮した総合的判断の記載

カ 死後硬直、又は死斑が観られること。

項目2 傷病者死亡の判断基準の一部変更について

第1回DNAR検討部会でいただいた意見

- 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。
→**具体的な観察資器材の活用を明記**
- 国の基準で示している6項目に変更するにあたりリスクはないのか？
→**過去5年間の当局の現状を調査**

第2回DNAR検討部会でいただいた意見

- 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。
- 時間が経過すると死後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。
- 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この意見があがった。

→**「死後硬直」と「死斑」を判断する根拠を詳細に明示**

項目2 傷病者死亡の判断基準の一部変更について

警防活動要領 第4編第2章第3節 死亡者の取扱い

2 傷病者死亡の判断基準

(案)

※参考文献

「改訂第11版 救急救命士標準テキスト」

「改訂第6版「救急診療指針」下巻」

(2) 観察結果から死亡と判断できるもの

救急隊長が現場において、観察結果として傷病者が死亡していると判断できるのは、検眼ライト、聴診器、体温計及び心電図モニターなどの観察用資器材を活用して客観的に次の6項目全ての項目が確認できる場合をいう。

6項目7所見を確認すること明確化

観察した6項目7所見については、その記録を省略しないよう徹底すること。

なお、6項目中、1項目でも該当しなければ、最大限の救命処置を施し医療機関へ搬送すること。

観察資器材を使用しての具体的な観察方法は各項目に明記

ア 意識がJCS300であること。

意識の確認は、呼びかけや痛み刺激を実施する。

イ 呼吸が全く感ぜられないこと。

胸と腹部の挙上がないことを目視するとともに、聴診器により呼吸音が聴取できないことを確認する。

ウ 総頸動脈で脈拍が全く触知できないこと。

総頸動脈で脈拍が触知できず、聴診器により心音が聴取できないこと、かつ心電図モニターにより心静止を確認する。

エ 瞳孔の散大が観られ、対光反射が全くないこと。

検眼ライトにより瞳孔の対光反射がないことを確認する。

オ 体温が感ぜられず、冷感が認められること。 **【案】**

体温計(非接触型赤外線体温計を除く)を活用し確認すること。心停止後はじめの10時間までは1時間に1℃程度が体温低下(直腸温)の目安となり、一般的に約48時間以内で、ほぼ環境気温と同温度になる。

なお、冬期間等の低体温となる状況下の場合は、蘇生の可能性を念頭に置き、特に慎重に判断すること。また、傷病者が電気毛布等の使用並びに入浴中の場合等では、環境気温が体温低下を妨げることがあることに留意し、環境を考慮した総合的判断に努めること。

「環境を考慮した総合的判断」の記載箇所を変更

カ 死後硬直 又は死斑が認められること。 **【案】**

両所見ともに確認すること。なお、いずれか片方の所見のみの場合は、次の事項を考慮し、慎重に判断すること。

(ア) 死後硬直は、心停止後、約30分～2時間で顎関節から出現しはじめることが多い。顎関節に次いで、下行型で各関節硬直する。30～36時間で発現した定い緩解が始まる。

なお、顎関節や四肢の硬直は顎関節の疾患、痙攣発作による硬直及び高齢者の関節拘縮などがあるので留意する。

(イ) 死斑とは心停止後に血液循環の停止により、血管内血液が重力に従って下方へ移動(血液就下)し、これが体表上に変色として現れて、通常暗赤色である。心停止後約30分で弱く発現しはじめ、2時間ではっきりとする。

なお、失血死や貧血の基礎疾患のある傷病者、又は新生児や高齢者では、死斑の発現が弱い傾向があるため、家族等の承諾を得て、体表上の露出部位のみにとらわれず、全身を十分に確認すること。また、一酸化炭素中毒では鮮紅色調を呈するなど、色調が異なる場合があるので留意する。

死後硬直の留意事項等
詳細に記載

死斑の留意事項等
詳細に記載

1 審議事項 項目2

【資料3-2】

傷病者死亡の判断基準 新旧対照表

傷病者死亡の判断基準 新旧対照表<警防活動要領 第4節 第2章 第3節 死亡者の取扱い>

現 行	修 正 後
<p>2 傷病者死亡の判断基準 救急隊長が、傷病者が明らかに死亡していると判断できる場合は次のとおりとする。</p> <p>(1) 一見して死亡と判断できるもの ア 頭部又は体幹部が切断している場合 イ 全身に腐敗が発生している場合</p> <p>(2) 観察結果から死亡と判断できるもの 救急隊長が現場において、観察結果として傷病者が死亡していると判断できるのは、検眼ライト、聴診器、体温計及び心電図モニターなどの観察用資器材によって客観的に次の7項目全ての項目が確認できる場合をいう。 観察にあたっては、各種救急資器材を有効活用するとともに、観察記録を省略しないよう徹底すること。 なお、7項目中、1項目でも該当しなければ、最大限の救命処置を施し医療機関へ搬送すること。 ア 意識がJCS300であること。 意識を確認する場合は、呼びかけや痛み刺激などの基本的観察を確実に実施する。 イ 呼吸が全く感じられないこと。 胸等の挙上を目視するとともに、聴診器による呼吸音の確認を確実に実施する。</p> <p>ウ 総頸動脈で脈拍が全く触知できなく、かつ心音の聴取ができないこと。 総頸動脈で脈拍及び聴診器による心音の聴診、心電図モニターで傷病者の心電図を確認する。</p> <p>エ 瞳孔の散大が認められ、対光反射が全くないこと。 検眼ライトにより瞳孔の対光反射を確実に確認する。</p> <p>オ 体温が感じられず、冷感が認められること。 体温計を活用し確認すること。一般的に約48時間以内で、ほぼ環境気温と同温度になる。 なお、冬期間の場合、傷病者が電気毛布の使用並びに入浴中の場合等は、特に慎重に判断する。</p> <p>カ 死後硬直が認められること。 死後硬直とは、通常死後約2時間くらいで、顎関節から下行型で各関節硬直する。ただし、けいれん発作などで硬直することもあるので、下顎硬直のみで死亡判断は行わない。</p> <p>キ 死斑が認められること。 死斑とは心拍停止後に体の低位部に血液が溜まり、毛細血管も拡張してその部分の皮膚は紫赤色又は暗紫赤色に見える。これを死斑という。 死斑は、体の低位部に心拍停止後約30分くらいから出現し始め、2～3時間くらいではっきりと確認することができるが、露出部位にとらわれずに他の部位についても、家族の承諾を得て十分に確認する。</p>	<p>2 傷病者死亡の判断基準 (1)まで（現行のとおり）</p> <p>(2) 観察結果から死亡と判断できるもの 救急隊長が現場において、観察結果として傷病者が死亡していると判断できるのは、検眼ライト、聴診器、体温計及び心電図モニターなどの観察用資器材を活用して客観的に次の6項目全ての項目が確認できる場合をいう。 観察した6項目7所見については、その記録を省略しないよう徹底すること。 なお、6項目中、1項目でも該当しなければ、最大限の救命処置を施し医療機関へ搬送すること。</p> <p>ア 意識がJCS300であること。 意識の確認は、呼びかけや痛み刺激を実施する。</p> <p>イ 呼吸が全く感ぜられないこと。 胸と腹部の挙上がないことを目視するとともに、聴診器により呼吸音が聴取できないことを確認する。</p> <p>ウ 総頸動脈で脈拍が全く触知できないこと。 総頸動脈で脈拍が触知できず、聴診器により心音が聴取できないこと、かつ心電図モニターにより心静止を確認する。</p> <p>エ 瞳孔の散大が認められ、対光反射が全くないこと。 検眼ライトにより瞳孔の対光反射がないことを確認する。</p> <p>オ 体温が感ぜられず、冷感が認められること。 体温計（非接触型赤外線体温計を除く）を活用し確認すること。心停止後はじめの10時間までは1時間に1℃程度が体温低下の目安となり（直腸温）、一般的に約48時間以内で、ほぼ環境気温と同温度になる。 なお、冬期間等の低体温となる状況下の場合、蘇生の可能性を念頭に置き、特に慎重に判断すること。また、傷病者が電気毛布等の使用並びに入浴中の場合等では、環境気温が体温低下を妨げることがあることに留意し、環境を考慮した総合的判断に努めること。</p> <p>カ 死後硬直又は死斑が認められること。 両所見ともに確認すること。なお、いずれか片方の所見のみの場合は、次の事項を考慮し、慎重に判断すること。 (ア) 死後硬直は、心停止後、約30分～2時間で顎関節から出現しはじめることが多い。顎関節に次いで、下行型で各関節硬直する。30～36時間で発現した順序に従い緩解が始まる。 なお、顎関節や四肢の硬直は顎関節の疾患、痙攣発作による硬直及び高齢者の関節拘縮などがあるので留意する。 (イ) 死斑とは心停止後に血液循環の停止により、血管内血液が重力に従って下方へ移動（血液就下）し、これが体表上に変色として現れて、通常暗赤色である。心停止後約30分で弱く発現しはじめ、2時間ではっきりとする。 なお、失血死や貧血の基礎疾患のある傷病者、又は新生児や高齢者では、死斑の発現が弱い傾向があるため、家族等の承諾を得て、体表上の露出部位のみにとらわれず、全身を十分に確認すること。また、一酸化炭素中毒では鮮紅色調を呈するなど、色調が異なる場合があるので留意する。</p>

※朱書き部分は変更箇所とした。

2 報告事項 項目1

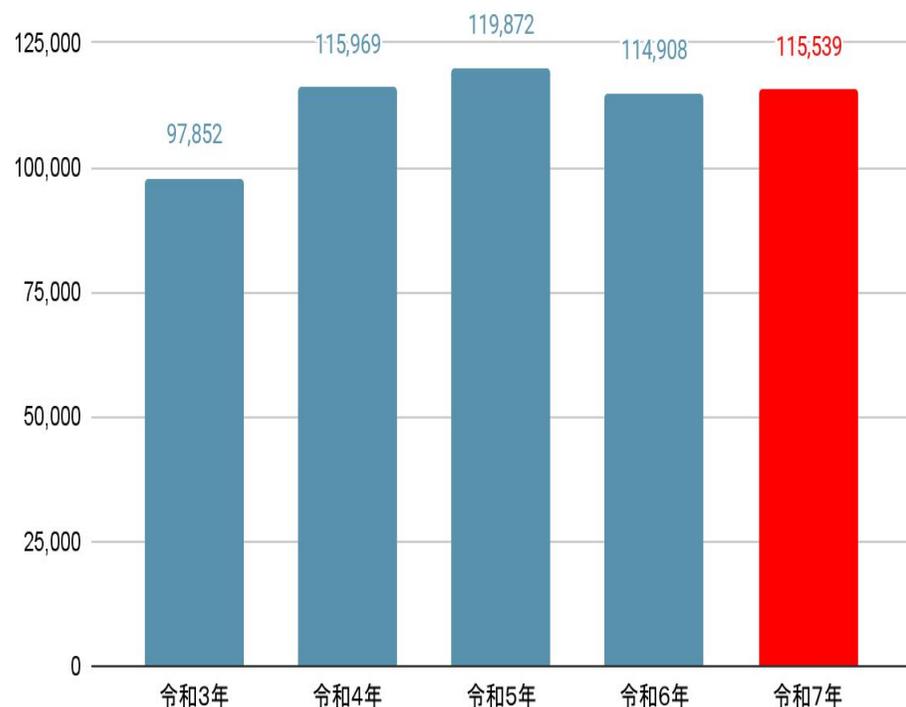
【資料4】

令和7年中の救急出動状況について

令和7年中の救急出動状況について

※令和7年は速報値

救急出動件数



救急搬送人員

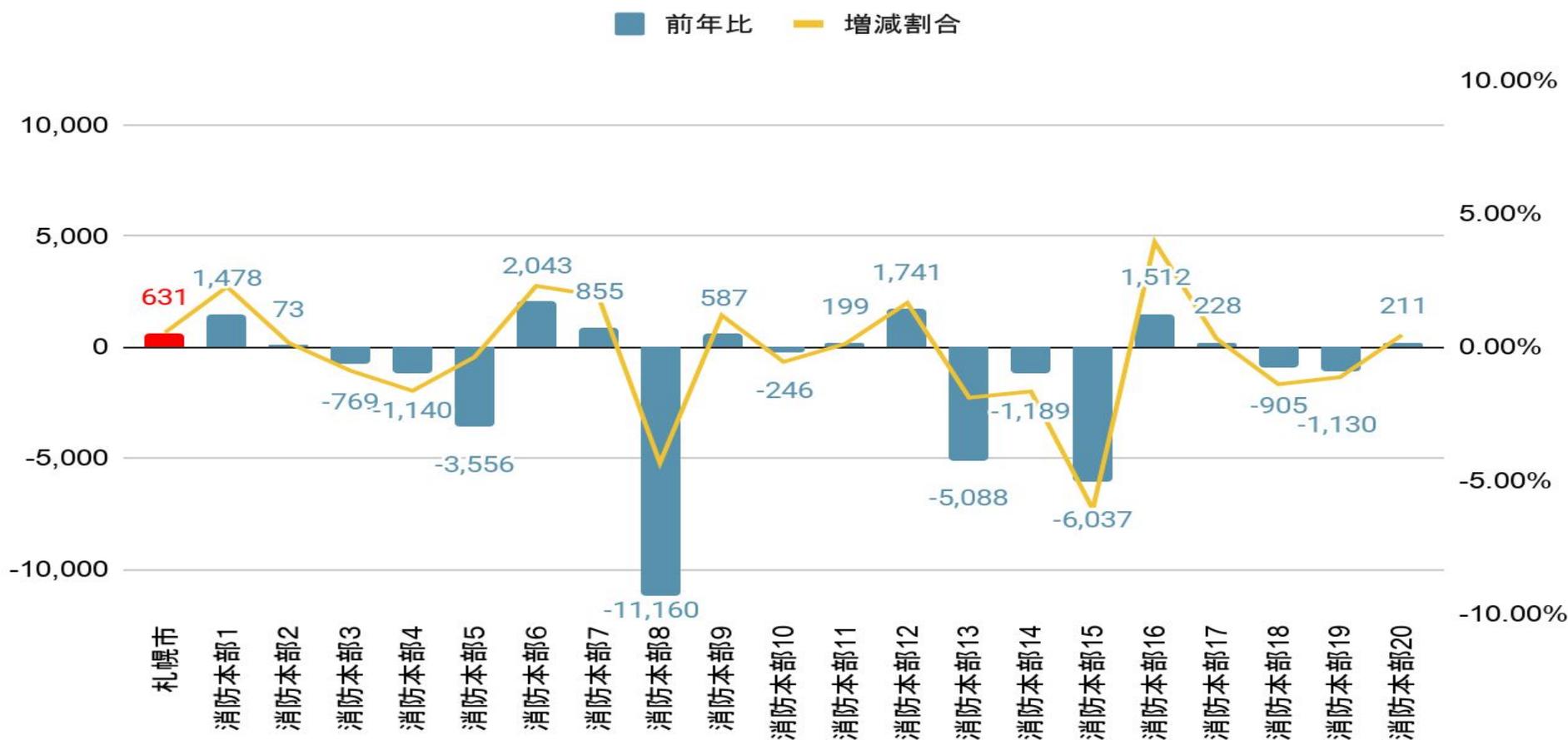


出動件数 前年比 +631件
搬送人員 前年比 +826人

令和7年中の救急出動状況について

※速報値

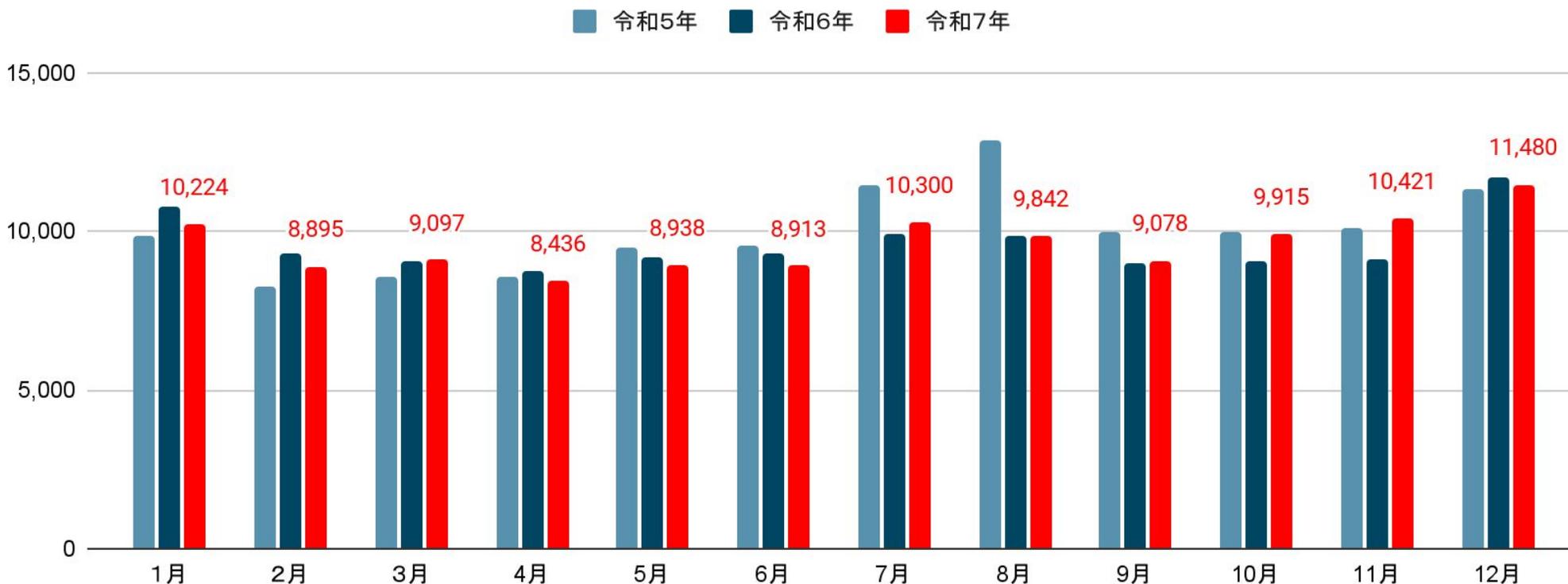
他都市救急出動件数状況（前年比）



令和7年中の救急出動状況について

※令和7年は速報値

月別出動件数



令和7年中の救急出動状況について

※令和7年は速報値

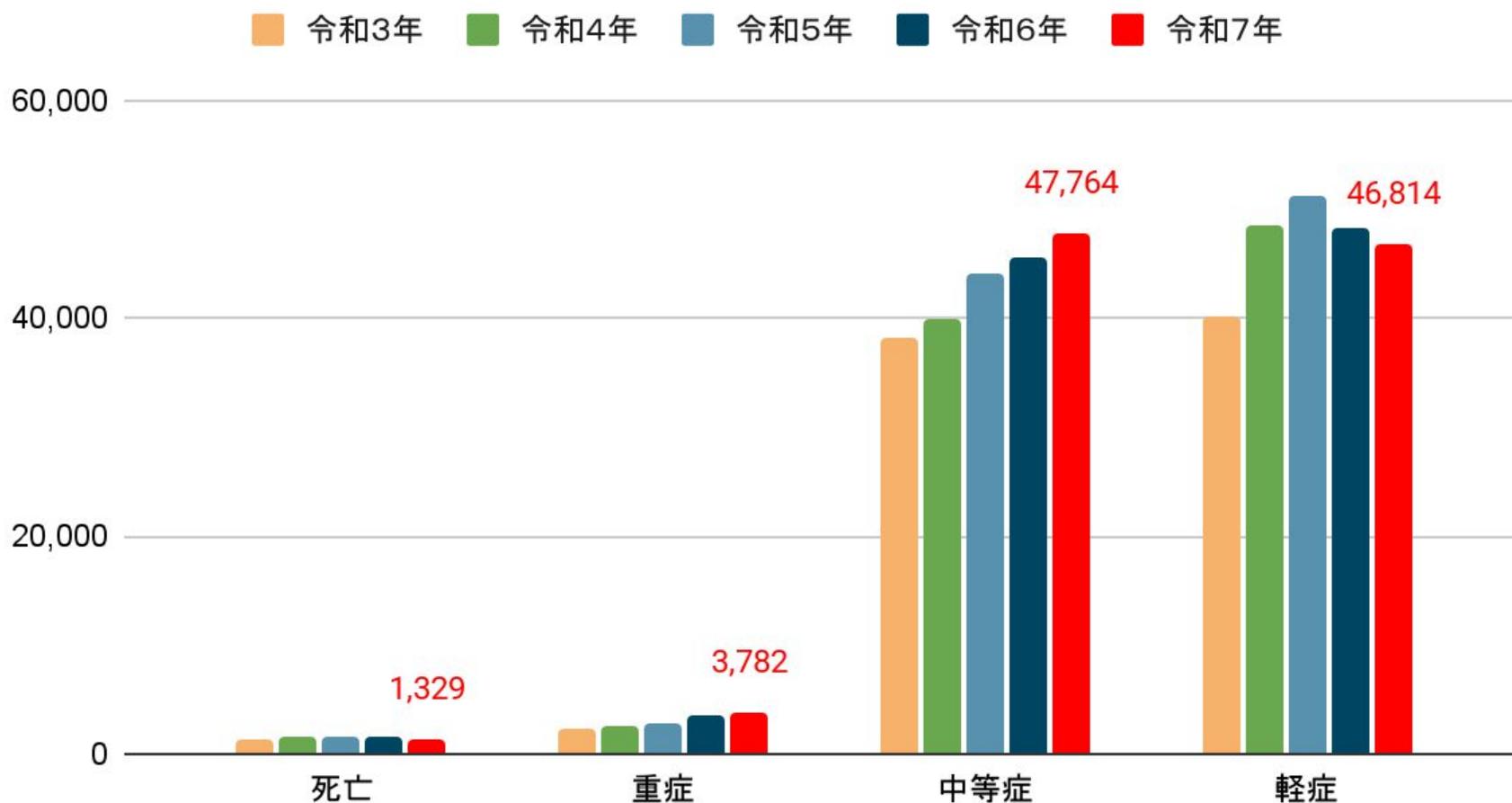
主な事故種別ごと救急出動件数

	火災	交通	労災	一般負傷	加害	自損	急病	転院
令和3年	442	3,303	604	13,978	367	1,303	59,803	7,762
令和4年	413	3,360	656	14,844	340	1,344	65,700	7,808
令和5年	426	3,702	676	19,811	438	1,542	80,554	8,260
令和6年	458	3,471	634	20,043	331	1,562	76,623	8,172
令和7年	467	3,495	600	20,479	400	1,462	76,201	8,395
前年比	9	24	△34	436	69	△100	△422	223

令和7年中の救急出動状況について

※令和7年は速報値

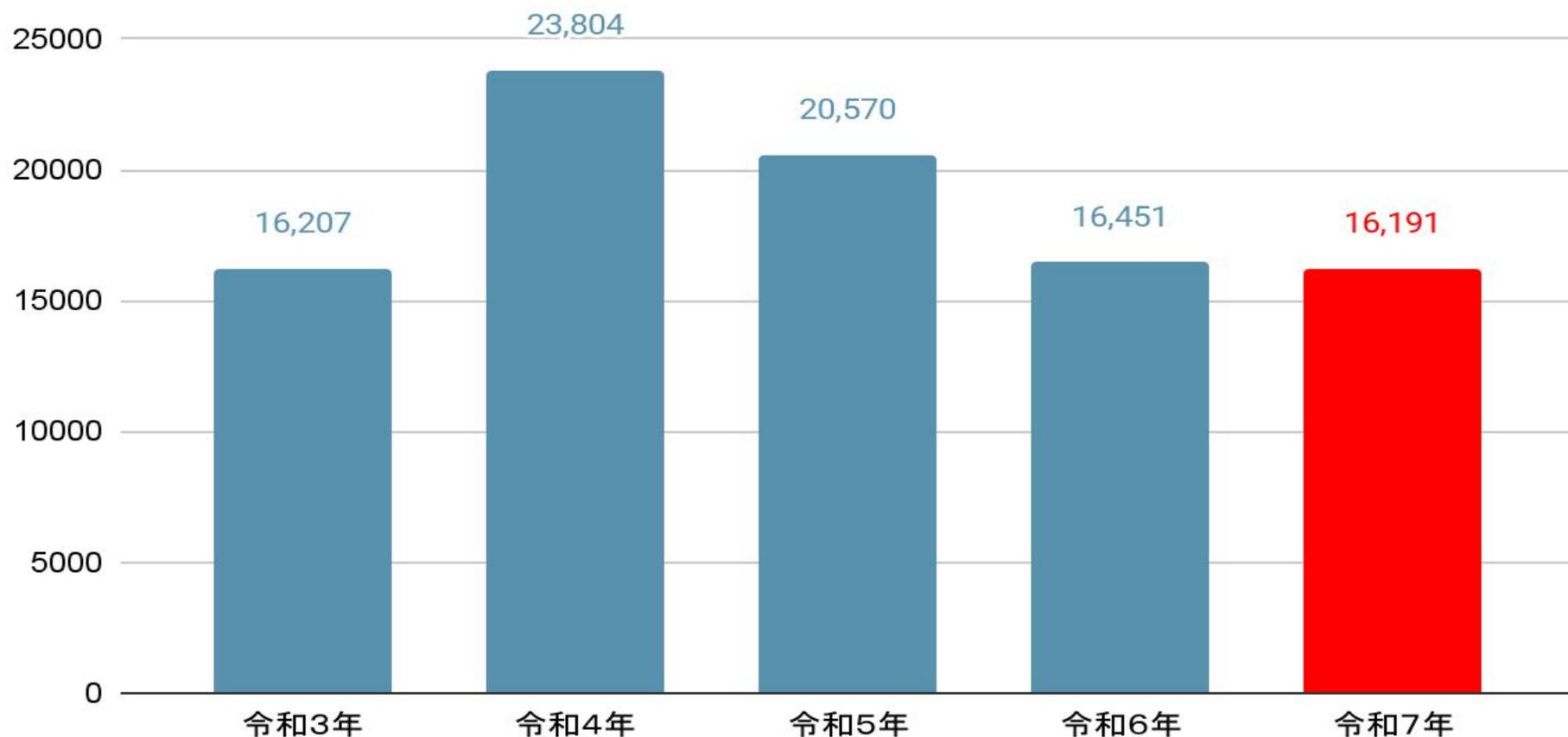
傷病程度別搬送人員



令和7年中の救急出動状況について

※令和7年は速報値

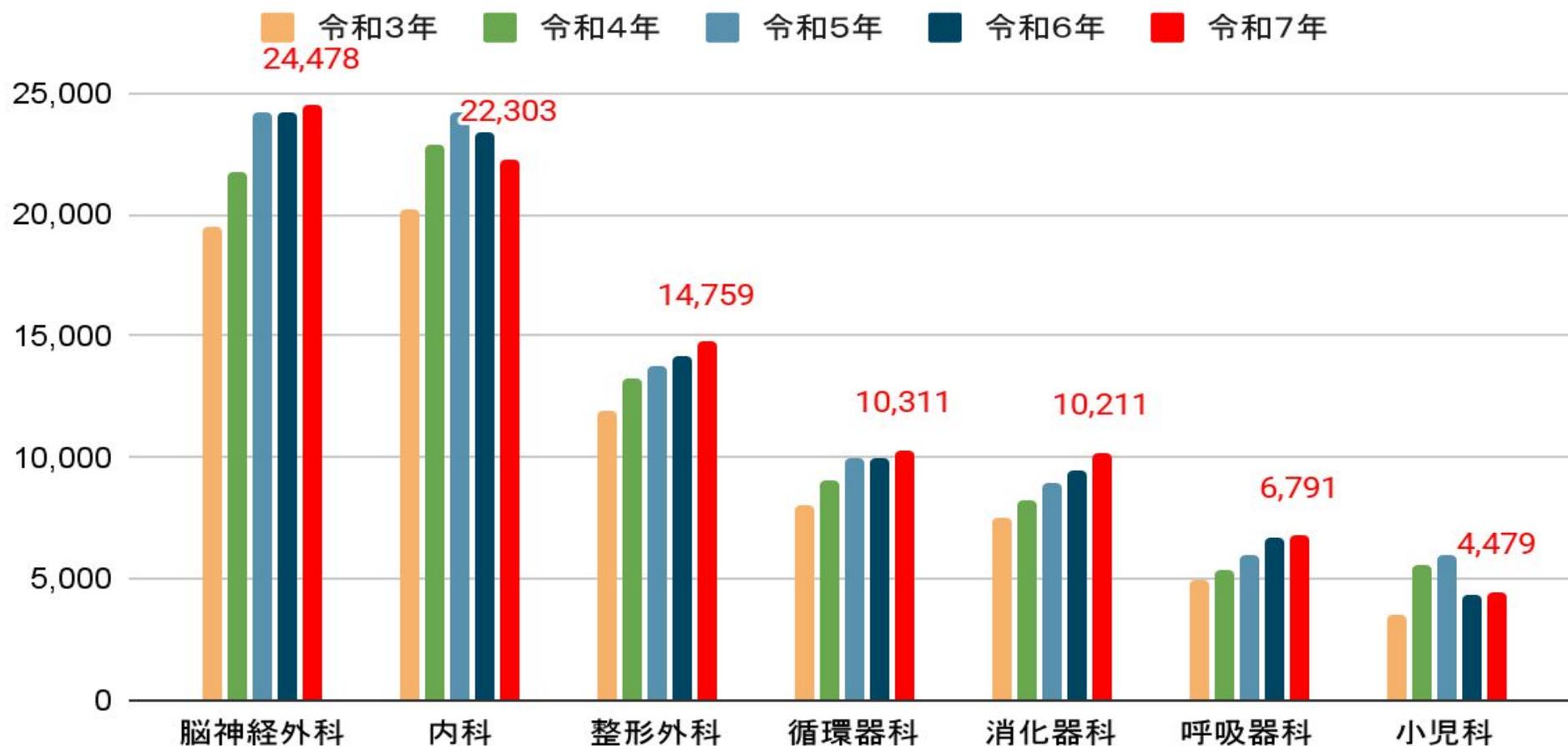
不搬送出動件数



令和7年中の救急出動状況について

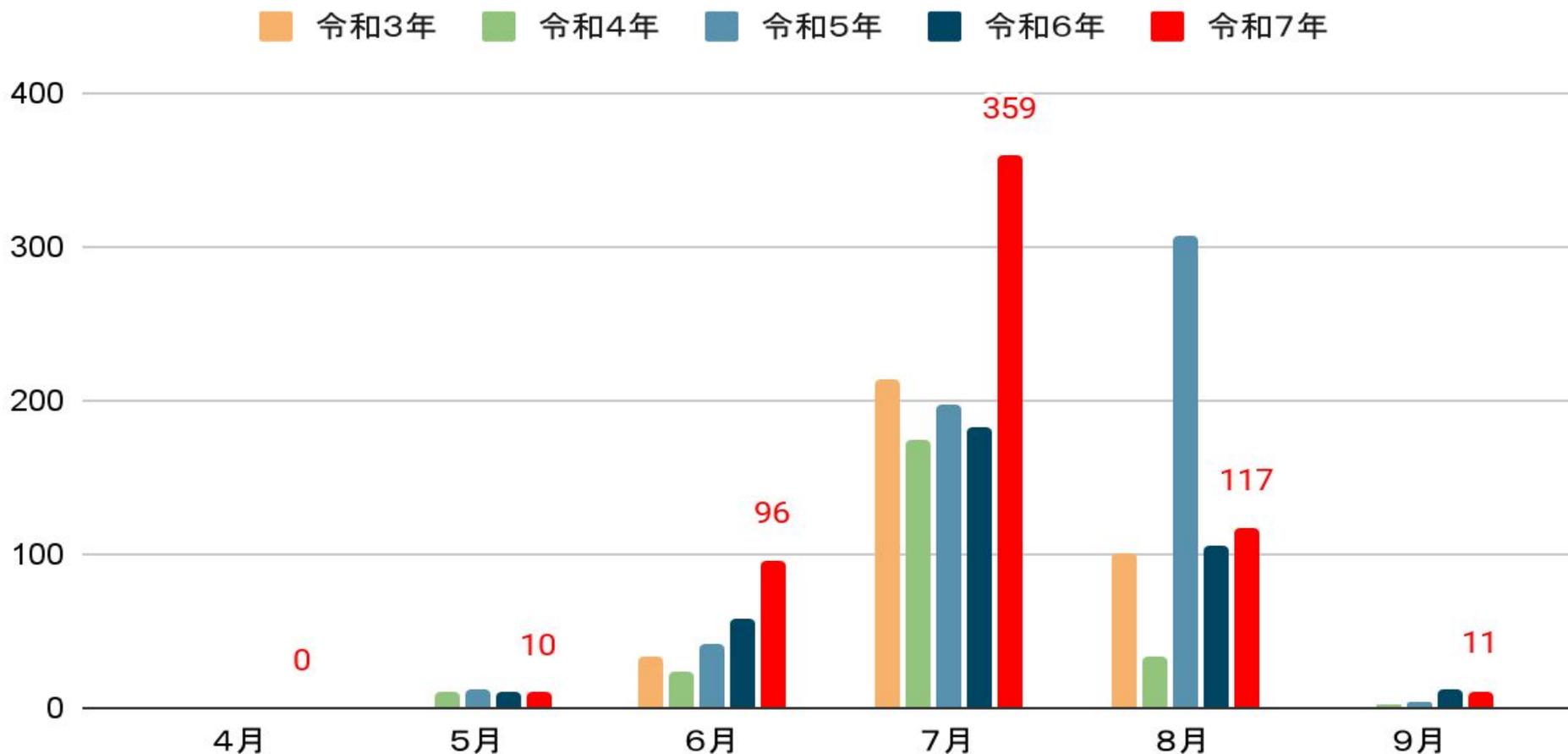
※令和7年は速報値

主な診療科目別搬送人員



令和7年中の救急出動状況について

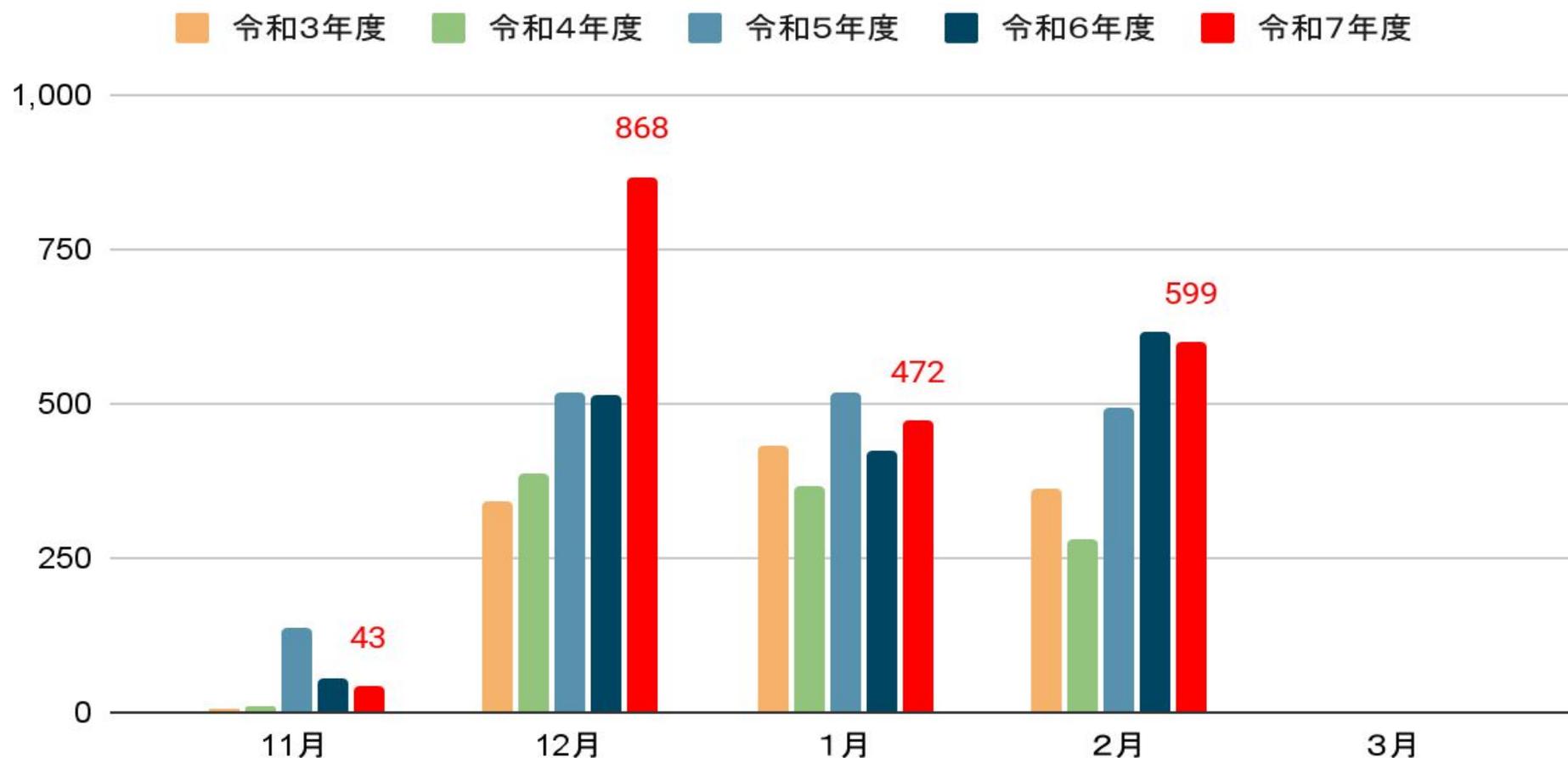
熱中症疑い搬送状況



令和7年中の救急出動状況について

※令和7年度は速報値

【各年度】雪道転倒搬送状況(各年度2月末時点)



2 報告事項 項目2

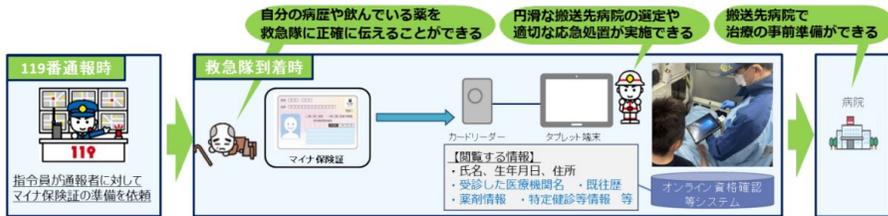
【資料5】

マイナ救急の導入について

マイナ救急の導入について

1 マイナ救急とは

マイナ保険証を活用して、傷病者の氏名・生年月日、診療歴、薬剤情報、かかりつけ医療機関などの病院選定や救急救命処置の実施に有益な情報を閲覧することにより、救急業務の迅速化・円滑化を図る総務省消防庁の事業



【効果】

- ・傷病者の正確な情報を収集し、病院に伝達可能
- ・閲覧した情報により迅速・円滑な病院選定と適切な処置を実施
- ・救急隊アプリと連携し、OCR機能により簡易入力可能

2 導入までの経緯

総務省消防庁が令和4年度から実証事業を開始、機能や使用方法をブラッシュアップし、令和7年度末まで全国の全720消防本部で実証事業を展開。
札幌市では令和6年度に5隊、令和7年度には全36隊が実証に参加。
令和8年度以降、マイナ救急を継続するには各自治体が費用を負担することとなる。 ※専用端末の調達等、イニシャルコストへの補助金を国が創設予定

3 令和8年度以降の運用

救急活動での有効性から、乗り換え隊等を含め、市内全救急隊により継続して運用することとしたい。

R7:36台 → R8:36台(実証の継続) → R8途中 or R9:全救急隊
※ 増隊1台、乗換え救急隊を含む

令和7年度の実証事業で消防庁から借用した専用端末(WindowsOSのタブレット)は令和8年度以降も継続して借用可能だが、追加端末や関連消耗品は当市で調達が必要

4 スケジュール(見込み)

時期	内容
R8.4上旬	通信環境等の構築(契約・準備)
R8.4下旬頃	既存36台の運用開始 ※契約の状況により前後する可能性あり
R8年度中	追加端末の調達及びキitting
R8年度途中～R9.4	増隊・乗換え隊の運用開始 → 市内全救急隊での運用

5 認知度向上に向けた取り組み

OTV/SNS/動画/Webページを活用した広報

政府広報提供テレビ番組(テレビ東京)【クワックンポン】/政府広報テレビ番組CM・SNS広告/政府広報提供ラジオ番組(杉浦太陽・村上佳菜子 日曜まなびり)/政府広報ラジオスポットCM(radiko)/マイナ救急普及啓発動画/ショートムービー/政府広報オンライン記事/ハルメクUP /消防庁X/政府広報インターネットバナー広告/消防庁HP

政府広報提供テレビ番組 政府広報テレビ番組CM・SNS広告 政府広報ラジオ マイナ救急普及啓発動画

ショートムービー 政府広報オンライン記事 ハルメクUP 消防庁X

政府広報インターネットバナー広告 消防庁HP



広報さっぽろ



消防局公式X

2 報告事項 項目3

【資料6】

令和7年度第1回検証部会の結果報告について

令和7年度第1回検証部会の結果報告について

1 開催日

令和8年2月13日(金)13:30~14:40

2 審議事項 副部会長の選出について

大西委員が副部会長に選出された。

3 報告事項「検証対象症例及び初診医意見症例について」

令和6年7月1日から令和7年6月30日における、検証対象症例数を報告した。対象症例数は2,206件で初診医意見症例は7件、三次検証症例は1件であった。

初診医意見症例から、搬送先医療機関への傷病者情報の伝達について、各医療機関の実情や必要性に合わせて、伝達方法や内容等を指令員も含め検討、調整していくこと求めた。

令和7年度第1回検証部会の結果報告について

4 検討事項「三次検証症例について」

CPA転院搬送時、医師によりシャント部からルートが確保され、医師・看護師同乗管理下で、救急隊が確保済みのルートからアドレナリンを投与した症例について、三次検証を実施した。

北海道救急業務プロトコルでは薬剤投与経路は経静脈と規定されており、本件は医師・看護師に投与してもらう事案であるとの結論に至った。

また、この検証から北海道救急業務プロトコルにおける薬剤投与経路の「経静脈」の解釈について、医師が確保した大腿静脈等の中心静脈は含まれるのか、事務局で確認するよう求めた。

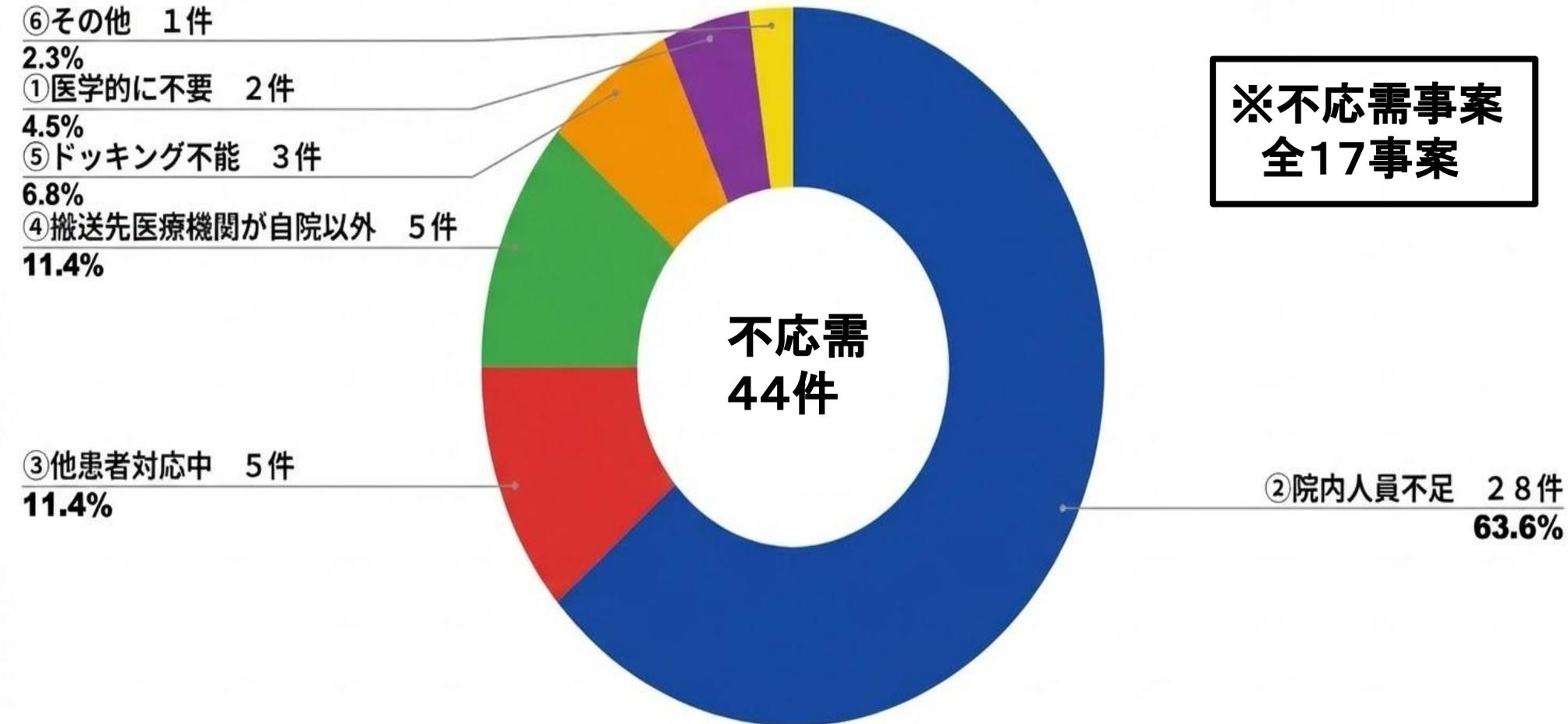
2 報告事項 項目4

【資料7】

医師搬送不応需事案の予後調査結果について

▶ 第1回札幌市救急業務検討委員会において

医師要請に対する不応需理由【R6.12～R7.3】



1 予後調査結果 (CPA)

▶【CPA】 OPC(全身機能力テゴリー)・CPC(脳機能力テゴリー)

12 / 17人

医師要請 区分	救急隊 処置	機能良好	昏睡	死亡	その他
小児CPA	器具気道確保 静脈路確保				1人
継続VF	除細動 アドレナリン		1人	10人	

2 予後調査結果(CPA以外)

▶【CPA以外】 傷病程度

5 / 17人

医師要請 区分	救急隊 処置	軽症	中等症	重症	死亡
ショック	輸液 高濃度酸素 体位管理				
呼吸障害 呼吸不全	高濃度酸素 補助換気		1人	1人	1人
<その他> 緊張性気胸疑 痙攣重責	酸素投与等		2人		