

3 医務第 2 2 2 2 号
令和 3 年 1 1 月 9 日

各 保 健 所 設 置 市 長 殿

愛知県保健医療局長
(公 印 省 略)

人生の最終段階にあり心肺蘇生を望まない心肺停止傷病者への
救急隊の対応について（通知）

本県の救急医療行政の推進につきましては、日頃から御理解と御協力をいただき厚くお礼申し上げます。

このことについて、別添のとおり愛知県防災安全局長から令和 3 年 1 1 月 4 日付け 3 消保第 1 4 8 2 号により通知がありました。

つきましては、関係機関に本ガイドラインを周知いただくとともに、地区メディカルコントロール協議会での検討への御協力についてよろしくお願いします。

なお、救命救急センターのある病院、公益社団法人愛知県医師会、一般社団法人病院協会、一般社団法人愛知県医療法人協会、愛知県看護協会、県保健所には本職から通知します。

担 当 健康医務部医務課
救急・周産期・災害医療グループ
電 話 052-954-6628(ダイヤルイン)
メー ル imu@pref.aichi.lg.jp

写

3 救 協 第 5 3 号
令和 3 年 1 1 月 4 日

愛知県知事 大村 秀章 殿

愛知県救急業務高度化推進協議会
会 長 北 川 喜 己
(職 印 省 略)

人生の最終段階にあり心肺蘇生を望まない心肺停止傷病者への救
急隊の対応について（通知）

令和 3 年度第 1 回愛知県救急業務高度化推進協議会において、別添のとおり
「人生の最終段階にあり心肺蘇生を望まない心肺停止傷病者への救急隊の基本
的な活動ガイドライン」を策定いたしましたので、関係機関にお知らせくださ
るようお願いします。

なお、各地区メディカルコントロール協議会長には、別に通知しています。

愛知県救急業務高度化推進協議会事務局

担 当 愛知県防災安全局防災部
消防保安課救急・救助グループ（一谷）

電 話 0 5 2 - 9 5 4 - 6 1 4 1（ダイヤルイン）

担 当 愛知県保健医療局健康医務部医務課
救急・周産期・災害医療グループ（松永）

電 話 0 5 2 - 9 5 4 - 6 6 2 8（ダイヤルイン）

人生の最終段階にあり心肺蘇生を望まない心肺停止傷病者への 救急隊の基本的な活動ガイドライン概要

1 概要

人生の最終段階にあり心肺蘇生を望まない傷病者が心肺停止となった際、慌てた家族等がどうしてよいかわからず119番通報し、到着した救急隊が本人の心肺蘇生を望まない意思を伝えられた場合の救急隊の対応が、愛知県救急業務高度化推進協議会においてガイドラインとして策定された。

このガイドラインでは、心肺蘇生を望まない心肺停止傷病者に対する救急活動の中で、本人の意思確認、家族等通報者の同意など一定の条件を満たした場合に心肺蘇生を中止し、そうでない場合は、通常的心肺蘇生を継続して医療機関へ搬送することとされている。

【条件】

- ・ 家族等から、心肺蘇生等を希望しない傷病者の意思の提示がある
- ・ 交通事故、自傷、他害等の外因性的心肺停止ではない
- ・ 家族等が心肺蘇生中止に反対していない
- ・ 傷病者の心肺蘇生を望まない意思表示が記載された書面があり、書面が傷病者及びかかりつけ医により作成されている（診療録を含む）又は、現場で書面を確認できないがかかりつけ医がわかる
- ・ かかりつけ医に連絡がつく
- ・ かかりつけ医に、傷病者が人生の最終段階にあること、傷病者本人が心肺蘇生の実施を望んでいないこと等が確認できる
- ・ かかりつけ医から心肺蘇生の中止指示がある

2 ガイドラインとしての性質

事案における活動の事後検証や救急隊員の教育のため、救急隊の対応内容についてできる限り県内統一の取扱いができるよう、各地区メディカルコントロール協議会の意見を踏まえ、人生の最終段階にある傷病者本人、家族等及びかかりつけ医の納得性の高い対応を基本に標準的な活動ガイドラインとして策定された。

3 地区メディカルコントロール協議会単位での救急隊の対応内容の調整

今後、地域の関係者とともに、各地区メディカルコントロール協議会が中心となり、このガイドラインを基本に救急隊の具体的な対応方法についての議論を深め、調整が整った地域から運用を開始する。

3 消保第 1 4 8 2 号
令和 3 年 1 1 月 4 日

福 祉 局 長
保 健 医 療 局 長 殿

防 災 安 全 局 長

人生の最終段階にあり心肺蘇生を望まない心肺停止傷病者への
救急隊の対応について（通知）

近年、地域における地域包括ケアシステムや A C P（アドバンス・ケア・プランニング）に関する議論がなされる中、119 番通報で出動した救急隊員が、現場で傷病者の家族等から、本人が心肺蘇生を望んでいないとの意思を示される事例が発生し、その対応が課題となっております。

このような事例への対応について、日本臨床救急医学会の提言や総務省消防庁の報告書を踏まえ、この度、愛知県救急業務高度化推進協議会において、別添「人生の最終段階にあり心肺蘇生を望まない心肺停止傷病者への救急隊の基本的な活動ガイドライン」が策定されました。

このガイドラインでは、心肺蘇生を望まない心肺停止傷病者に対する救急活動の中で、本人の意思確認、家族等通報者の同意など一定の条件を満たした場合に心肺蘇生を中止し、そうでない場合は、通常的心肺蘇生を継続して医療機関へ搬送することとされております。

今後、このガイドラインを基本として、各地域の関係機関に御協力いただき、消防機関が事務局を務める地区メディカルコントロール協議会を中心に具体的な運用方法について御議論を深め、取組みを推進いただきたいと考えております。

つきましては、関係機関に対し、このガイドラインの周知及び地区メディカルコントロール協議会での検討への御協力について、御依頼いただきますようお願いいたします。

担当 防災部消防保安課救急・救助グループ(上杉・一谷)
電話 052 - 954 - 6141 (ダイヤル)

人生の最終段階にあり 心肺蘇生を望まない心肺停止傷病者への 救急隊の基本的な活動ガイドライン

愛知県救急業務高度化推進協議会
令和3年11月4日

はじめに

近年、地域における地域包括ケアシステムやACPに関する議論がなされる中、119番通報によって出動した救急隊が、現場で心肺停止傷病者の家族等から、本人が心肺蘇生を望んでいなかったという意思を示される事案が生じ、救急隊が傷病者の意思を本人から確認できず、対応に苦慮することが課題となっています。

このような事案への対応については、平成29年3月31日に日本臨床救急医学会から救急隊の基本的な対応手順等の提言がされ、また、令和元年11月8日に総務省消防庁救急企画室から「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」報告書について通知がありましたが、現状では統一的な救急隊の活動方針は示されていません。

そのような中、愛知県医師会や地区医師会等の御協力をいただきながら、愛知県救急業務高度化推進協議会において平成29年度から議論を重ね、別添のとおり「人生の最終段階にあり心肺蘇生を望まない心肺停止傷病者への救急隊の基本的な活動ガイドライン」をまとめました。

このガイドラインでは、救急隊が傷病者から直接意思を確認できない中、事前にかかりつけ医と傷病者等で取り交わした書面等を基に本人の意思を確認し、家族等通報者の承諾を得るなど一定の条件を満たした場合には心肺蘇生を中止し、かかりつけ医や家族に引き継ぎ現場を引き揚げることであります。また、条件を満たさない場合は、通常的心肺蘇生を継続して医療機関へ搬送することとし、できる範囲で本人の意思に沿った救急隊の活動となるようまとめました。

地域包括ケアシステムやACPは、地域の関係者の間で、各地域の実情に即した議論が進められていますが、今後、地域の関係者とともに、各地区メディカルコントロール協議会が中心となり、このガイドラインを基本に救急隊の具体的な対応方法についての議論を深め、取組みを推進していただきたいと思います。

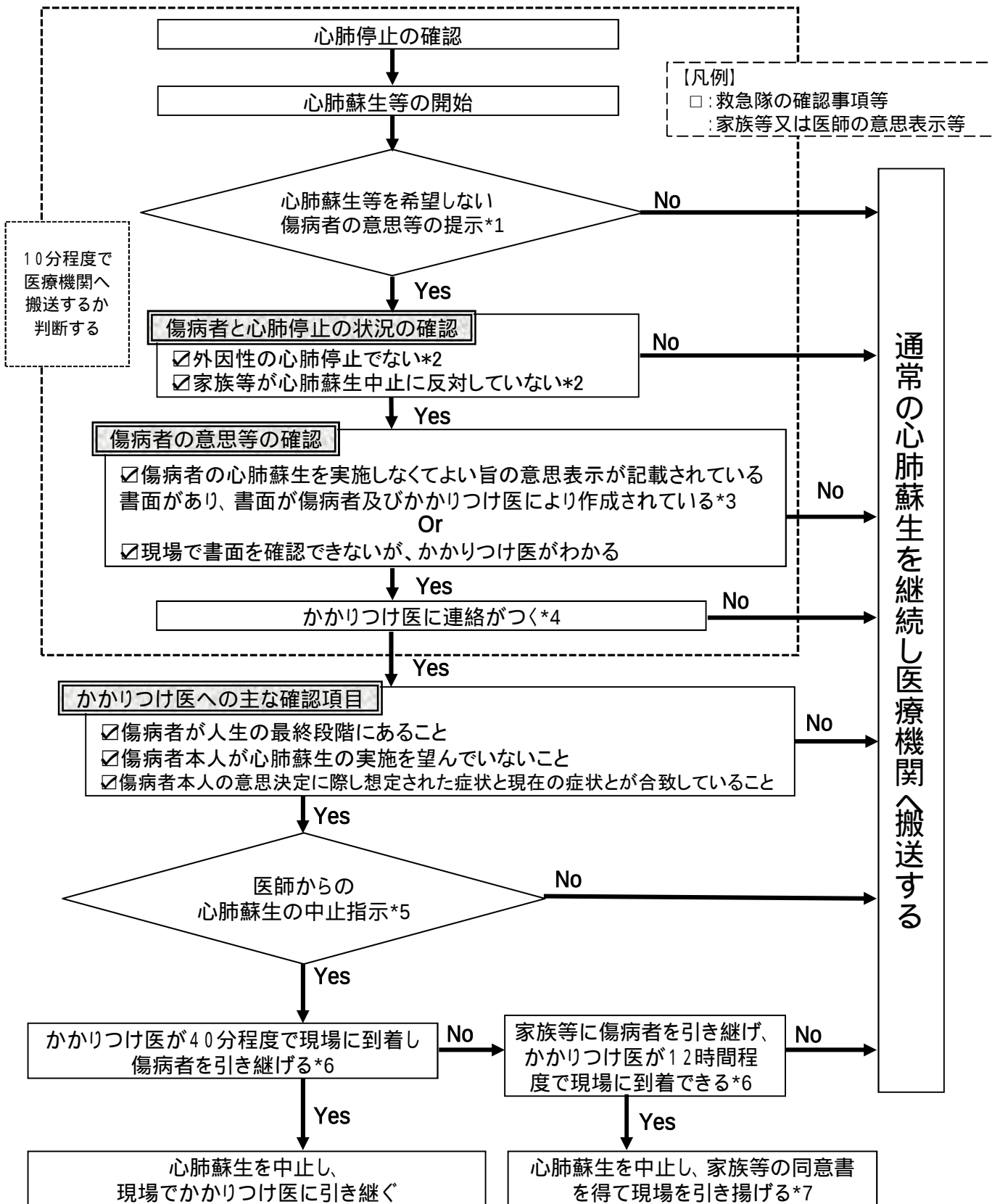
本ガイドラインが有効活用され、傷病者本人の意思に沿った救急活動につながることを期待しています。

令和3年11月4日

愛知県救急業務高度化推進協議会

会長 北川 喜己

人生の最終段階にあり心肺蘇生を望まない 心肺停止傷病者への救急隊の基本的な活動ガイドライン



基本的な事項

- 1) 傷病者が明らかに死亡している場合はフローチャートの対象外である。
- 2) 人生の最終段階とは、回復不可能な疾病の末期等にあることを指す。
- 3) 心肺停止を確認したら、心肺蘇生等を希望しない旨の提示の有無に関わらず、心肺蘇生等を開始する
- 4) 判断に迷うことがあれば心肺蘇生等の継続を優先し医療機関へ搬送する。

*1:(心肺蘇生を望まない傷病者の意思等の提示)

- 1) 救急隊側から積極的に傷病者の意思等を確認する必要はない。
- 2) 書面の提示をもって傷病者の意思の提示とし、口頭で伝えられた場合は書面の有無を尋ねる。
- 3) 直ちに書面の提示がない場合は、次のステップへ進む。

*2:(傷病者と心肺停止の状況の確認)

- 1) 外因性の心肺停止とは、交通事故、自傷、他害等を起因とした心肺停止を指す。
- 2) 心肺蘇生等の継続を求める家族等がいる場合は、心肺蘇生を望まない傷病者の意思表示が書面により提示されている場合であっても、通常的心肺蘇生を継続し医療機関へ搬送する。

*3:(傷病者の意思等の確認)

- 1) 書面現物を現場で確認できない場合であっても、書面(診療録を含む。)の存在をかかりつけ医に確認できればよい。
- 2) 書面が家族のみで作成されている等かかりつけ医の署名がない場合は、傷病者の意思等を確認できる書面としない。
- 3) 書面に記載されているべき事項は日本臨床救急医学会提言図表4「心肺蘇生等に関する医師の指示書のとおり。

*4:(かかりつけ医への連絡)

- 1) かかりつけ医に連絡がつかない場合、活動開始から10分程度を目途に医療機関への搬送か継続して連絡をとるか判断する。
- 2) オンラインMC医は、かかりつけ医に比べ傷病者の心肺停止前の状況を十分には把握していないため、傷病者の意思の確認や心肺蘇生の中止の是非については判断を求めない。ただし、院内等で十分に情報共有がされ、他の医師が真のかかりつけ医と同様の判断ができる体制が整備されている場合にあってはこの限りではない。
- 3) 連絡を受けたかかりつけ医は、心肺蘇生の中止の是非を判断し、救急隊にその指示を伝える。

*5:(かかりつけ医からの心肺蘇生の中止指示)

- 1) 心肺蘇生等の中止は「処置の中止」であり、「死亡診断」を意味するものではない。
- 2) 書面現物を現場で確認できない場合、書面(診療録を含む。)の存在をかかりつけ医に確認する。
- 3) かかりつけ医(*4 2)記載の他の医師を含む。)以外の医療従事者からの指示や、伝聞による指示はかかりつけ医からの中止指示があったとみなさない。

*6:(かかりつけ医又は家族等への引き継ぎ)

- 1) 40分程度という時間は、在宅医の往診料が保険診療として認められる距離から算定。
- 2) 12時間という時間は、厚生労働省の死亡診断書記入マニュアルに記載されている事例から算定。

*7:(家族等の同意書)

- 1) 別添不搬送同意書を使用する。

図表 4 心肺蘇生等に関する医師の指示書（様式の例）

心肺蘇生等に関する医師の指示書（例）

当該患者が心肺停止となった場合、患者（あるいは代諾者）の自発的な意思に基づいて行われた「心肺蘇生等を受けない」決定を尊重し、心肺蘇生等を実施しないでください¹。指示にあたっては標準的な医療水準等を考慮し、患者（代諾者）と多専門職の医療従事者間において十分な話し合いを行ったうえで、意思決定についての合意が形成されています。

患者氏名：_____ 生年月日：_____ 年 月 日
 連絡先電話番号：_____ - _____
 住所：_____ 県 _____ 市 _____ 町
 病状の概要：（終末期の状況など）

医師署名欄：_____ 平成 _____ 年 月 日
 医療機関の名称：_____
 所在地 _____ 県 _____ 市 _____ 町
 連絡先電話番号 _____ - _____
 もしくは _____ - _____ （時間外など）

<患者（代諾者）記入欄>

私は、何者にも強制されず、治療についての判断ができる状態で「心肺蘇生等を受けない」決定をしました。心肺蘇生等を受けなければ命が失われることを理解したうえで、上記の指示内容についてかかりつけ医等と十分に話し合い、ここに同意いたします。^{2,3}

患者署名欄⁴：_____ 平成 _____ 年 月 日
 （代筆した場合、代筆者の氏名：_____ 患者との関係：_____）
 代諾者署名欄⁵：_____ 患者との関係：_____

¹ かかりつけ医等の心肺蘇生等の非実施の指示

² 心肺蘇生等を希望しない旨について、かかりつけ医等と話し合ったうえで同意するという意思表示。患者が署名する場合、かかりつけ医等は、患者が健やかな精神状態にあり、治療方針に同意する能力があることを確認する。代諾者が署名する場合、代諾者は、患者の事前の意思、信念、価値観などを考慮して署名する。かかりつけ医等は、代諾者による同意が患者の事前の意思や信念等を反映したもので、標準的な医療水準等を考慮した合理的な判断であることを確認し、代諾者の連絡先と合わせて患者のカルテに記録する。

³ かかりつけ医等は、患者もしくは代諾者と指示内容について話し合った日付を患者のカルテに記録する。

⁴ 手が不自由など、患者が自分で署名することができない場合は代筆可。その場合はカッコ内に代筆者の氏名、患者との関係を記載する。

⁵ 患者が自分で判断できない場合は、代諾者（家族等）が署名する。ここで言う代諾とは、患者本人に十分な判断能力が備わっていない場合、患者の代わりに同意・承諾することを指す。

医療機関への不搬送等同意書

< 救急隊から関係者様へのお願い >

- 下記傷病者様のかかりつけ医から心肺蘇生を中止する指示を受けました。
- 当該かかりつけ医が現場にて関係者様から引き継ぐとの指示がありました。
- 下記関係者様御記入欄に御記入いただきますようお願いいたします。

【関係者様御記入欄】

わたくしは、次の内容を確認しました。

- ☐ 下記傷病者に対する心肺蘇生を中止することに同意します。
- ☐ 救急隊が引き揚げることに同意します。
- ☐ かかりつけ医が現場に来て診断を終えるまで傷病者本人の現状を維持します。

署 名：

傷病者氏名：

傷病者との関係： (例：夫、妻、子等)

連絡先電話番号：

以上の記入日： 年 月 日

【救急隊記入欄】

救急隊名	消防署	救急隊
引き揚げ日時	年 月 日 () 時 分	
出勤場所		
救急隊長	氏名：	
備 考		

原本は救急隊が保管し、必要に応じて関係者へ写しを交付する。

消防救第 205 号
令和元年 11 月 8 日

各都道府県消防防災主管部長 殿

消防庁救急企画室長
(公 印 省 略)

「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（通知）

近年、高齢者からの救急要請が増加する中、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から、「平成30年度救急業務のあり方に関する検討会」において「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（以下「検討部会」という。）」を設置の上、消防本部等の取組状況の実態調査、課題の整理及び検討を行い、報告書（別添 1）として取りまとめたところです。

つきましては、報告書の内容を御了知いただき、併せて下記事項について御留意いただくとともに、貴都道府県内の市町村（消防の事務を処理する一部事務組合等を含む。）に対しても、この旨周知するようお願いいたします。

なお、本通知は、消防組織法（昭和22年法律第226号）第37条の規定に基づく助言として発出するものであることを申し添えます。

記

1 報告書の要点

(1) 基本的な認識

救急隊は救命を役割とし、心肺停止状態の傷病者については速やかに心肺蘇生を実施することを基本に活動している。

一方で、平成30年3月、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、ACP（アドバンス・ケア・プランニング、愛称「人生会議」）（別添 2）の考え方が盛り込まれた。このように、本人の意思を尊重しながら、医療従事者、介護従事者、家族等も参加して生き方・逝き方を探る努力がなされている。

救急現場等においても、時間的情報的な制約がある中ではあるが、このような医療・ケアチームとの十分な話し合いを踏まえた本人の生き方・逝き方は、尊重されていくものとする。

(2) 現場での対応等

救急現場等では、救急要請に至る経緯、救急要請した者、傷病者が心肺停止となった経過、傷病者と心肺蘇生の中止等について話し合った関係者の範囲、その

内容、傷病者の心肺蘇生の中止等の意思が救急隊に伝わる過程、傷病者の意思等を記した書面の有無、書面がある場合にはその内容、作成時期、作成者、署名の有無等、また、関係する家族等の様子、意向、範囲等、かかりつけ医等との連絡の有無、犯罪の疑いの有無など千差万別な状況である。

加えて、救急現場等は緊急の場面であり、多くの場合医師の臨場はなく、通常救急隊には事前に傷病者の意思は共有されていないなど時間的情報的な制約がある。

(3) 今後の方向性

このため、救急現場等で、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る事案への救急隊の対応については十分な検討が必要であるが、今回の実態調査では、このような事案の実態について必ずしも十分に明らかになったとは言えないところであり、今後、事案の実態を更に明らかにしていくとともに、各地域での検証を通じた、事案の集積による、救急隊の対応についての知見の蓄積が必要であると考えられる。事案が集積し、知見が集積していく中で、将来的には、国民の意見の動向や人生の最終段階における医療・ケアに関する取組状況等を見ながら、このような事案に係る救急隊の対応の標準的な手順等について検討を進めていくべきである。

国民の死の迎え方に対する意識の変化や、人生の最終段階における医療・ケアに関する取組の進展などを背景に、消防機関も地域包括ケアシステムの構築に関わっていき、関係者との連携を進めることなどにより可能となっていく救急隊の対応も考えられる。

また、地域包括ケアシステムの構築が進む中、患者本人や家族等がどのような最期を迎えたいか考え、かかりつけ医等を要とする医療従事者、介護従事者とも話し合い、準備を進める、ACPに取り組んでいくことが重要である。

2 今後、消防機関に求められること

(1) 地域包括ケアシステムやACPに関する議論の場への参画について

消防機関においても、地域における地域包括ケアシステムやACPに関する議論の場に、在宅医療や介護等の関係者とともに適切に参画し、救急隊の基本的な役割に関する情報提供や、救急と医療・介護双方の実情等に関する情報共有、救急現場等で、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る事案への対応等についての意見交換などを、積極的に行っていくよう努められたい。

(2) 救急隊の対応の検討等について

救急隊の対応を検討する際は、上記に加え、メディカルコントロール協議会等において、在宅医療や介護に関わる関係者の参画も得るなど、地域における人生の最終段階における医療・ケアの取組の状況、在宅医療や高齢者施設での対応の状況等も勘案しながら十分に議論するよう努められたい。

また、救急現場等で、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る事案に対応した具体的な件数を集計するとともに、メディカル

コントロール協議会において事後検証の対象とすることを検討されたい。

3 心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数の調査

「心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数の調査について（依頼）」（平成30年12月10日付け事務連絡）（別添3）で連絡しているとおり、平成31年1月から心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数を調査することとしている。

各消防本部においては、当該事務連絡及び上記2のとおり、具体的な件数を集計するとともに適切に実態把握を図ること。

4 その他

事案の集積による知見の蓄積を行うため、各消防本部等において救急現場等で、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る事案に対し、対応の手順等を定めた場合には、その旨及び具体的内容について消防庁救急企画室まで情報提供されたい。

連絡先 消防庁救急企画室

担 当 小谷専門官、三島補佐、齋藤補佐

TEL 03-5253-7529

FAX 03-5253-7532

E-mail : kyukyukikaku@soumu.go.jp

検討部会報告書

1 はじめに

救急要請にもかかわらず、救急現場等において、救急隊が傷病者の家族等から心肺停止の傷病者は心肺蘇生を望んでいないと伝えられる事案については、以前から地域によっては課題として認識されており、平成 15 年に広島県メディカルコントロール協議会が対応プロトコルを承認するなど、対応方針を定めている消防本部もあったが、近年超高齢社会の進展などを背景に、多くの消防本部において課題と認識されるとともに、その対応等について関連学会などの場を通じて議論されてきている。

このような背景の下、救急業務のあり方に関する検討会においては、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を置き、このような事案に係る救急隊の対応について検討を行った。

2 現状

救急現場等で、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る事案について、消防庁の実施した実態調査によると、平成 29 年までに 616 消防本部、全国 728 消防本部の約 85%が、こうした事案があった、又はあったと思われると回答するなど、数多く発生していると考えられる。

典型的には、傷病者本人は、老衰やがんなどにより人生の最終段階にあり、救急隊の現場到着時には心肺停止状態となっている患者で、事前に心肺蘇生を望まない意思を家族、医師、看護師、介護従事者等に示していたところであるが、それにもかかわらず、傷病者本人の意思が共有されていない、現場の家族等がどう対応したら良いか分からない、医療機関へ搬送して欲しいなどの理由で救急要請に至るものである。救急隊には、救急現場など各場面で、書面や口頭で家族などから傷病者本人の心肺蘇生を望まない意思を伝えられている。

こうした事案について、平成 30 年 7 月 1 日現在で 396 消防本部（全体の 54.4%）は対応方針を定めていない。

他方で、332 消防本部（全体の 45.6%）では対応方針を定めており、うち 201 消防本部（対応方針を定めている消防本部の 60.5%）は、傷病者本人の心肺蘇生を拒否する意思表示を伝えられても、心肺蘇生を実施しながら医療機関に搬送する対応方針としており、100 消防本部（同 30.1%）は医師からの指示等の下に、心肺蘇生を実施しない、又は中止する対応方針としている。例として前者には大阪市消防局、後者には広島市消防局や埼玉西部消

防局がある。

3 基本的な認識

救急隊は救命を役割とし、心肺停止状態の傷病者については速やかに心肺蘇生を実施することを基本に活動している。

※ 救急現場等は緊急の場面であり、多くの場合医師の臨場はなく、通常救急隊には事前に傷病者の意思は共有されていないなど時間的情報的な制約がある。

一方で、平成 30 年 3 月、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、ACP（アドバンス・ケア・プランニング、愛称「人生会議」）の考え方が盛り込まれた。このように、本人の意思を尊重しながら、医療従事者、介護従事者、家族等も参加して生き方・逝き方を探る努力がなされている。

救急現場等においても、時間的情報的な制約がある中ではあるが、このような医療・ケアチームとの十分な話し合いを踏まえた本人の生き方・逝き方は、尊重されていくものと考え

4 現場での対応等

(1) 心肺蘇生について

3の基本的な認識に立って、傷病者の家族等が救急要請したものの、救急現場では、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救急隊に伝えられる心肺停止事例に係る救急隊の対応について考察する。

<心肺蘇生を継続する対応>

心肺蘇生を継続して搬送することとしている大阪市消防局では、傷病者の生命保護を最優先とした対応をとっている。すなわち、救急要請により出場した救急隊が心肺停止状態の傷病者の観察を行った結果、明らかに死亡している場合又は医師が死亡していると診断した場合以外は、家族や関係者に十分に説明したうえで、必要な応急処置を継続して医療機関に搬送する対応が取られている。

<心肺蘇生を中止する対応>

心肺蘇生を中止する対応をしている広島市消防局や埼玉西部消防局などの取組、また臨床救急医学会の提言等では、人生の最終段階にある傷病者について、家族等から傷病者本人

が心肺蘇生を望まない旨の申し出などがあった場合には、かかりつけ医や主治医、高齢者施設の医師等（以下「かかりつけ医等」という。）と連絡し、心肺蘇生の中止の指示が出たら、心肺蘇生を中止する対応が取られている。

※ 「中止」という表現に関して、本来実施すべきではない医療行為をやめるものであることから、「終了」や「取りやめ」といった表現が適切ではないか、といった意見があった。一方、心肺蘇生以外の活動もすべて終了すると捉えられるおそれもあり、表現を変更する場合はこうした点にも十分に配慮する必要があるとの意見があった。

※ 高齢者施設のすべてに医師が配置されているものではなく、有料老人ホームなどでは在宅医療等により医療が提供されている。

この点、かかりつけ医等については、傷病者の人生の最終段階における医療・ケアに携わっていれば、通常、傷病者の診療や、傷病者、その家族、看護師、介護従事者などのケア提供者等との話し合いなどを通じて、傷病者の病歴や生活状況、意思の内容、行うべき医療・ケアの内容等をよく知っており、傷病者の状態や病状を評価し医学的な観点と併せて心肺蘇生の中止の対応の判断をすることができると考えられる。

※ 心肺蘇生の中止をすることができる場合は、個別の事実関係の評価に依存する問題ではあるが、終末期医療における治療行為の中止に関する従来判例や学説等を勘案すると、原疾患の進行に関連し、又は老衰により、病死又は自然死が差し迫っていた傷病者が心肺停止となったものであり、当該中止行為が傷病者の意思又は推定的意思に合致した対応といえる場合と考えられる。

※ 家族等が示す意向は、本人のその時点での意思を推定するための資料の一つと捉えることができるが、傷病者本人の意思とは区別されることに留意が必要である。

※ 救急隊の活動では一般的に家族等の心情に配慮すべきであり、こうした事案の場合も同様である。

かかりつけ医等に連絡が取れない場合については、オンラインMC医に連絡を取り、対応について指示を受けることも想定できる。

しかし、オンラインMC医は、救急業務において重要な役割を果たしているものの、通常は当該傷病者を日常的に診療しているものではないことから、かかりつけ医等と同様の役割を果たすことは一般的には難しいと考えられる。

一方で検討部会では、オンラインMC医から心肺蘇生を継続すべきという指示を受けることも救急隊や傷病者の家族等にとって大きな意味があるという意見や、医療・ケアチームの看護師等（訪問看護や、施設ケアに従事する看護師等）であれば、本人等と話し合った内容、本人の意思、医療・ケアの方針等をよく知っており、そのような看護師等からの情報によりオンラインMC医は心肺蘇生の中止の判断ができるのではないかといった意見、かかりつけ医等の指示を示した書面などにより傷病者の状態をよく把握できる状況ではない場合にオンラインMC医に心肺蘇生の中止の判断をする責任を負わせるのは酷であるといった意見があった。

かかりつけ医等に連絡が取れない場合に、医療・ケアチームと本人等が話し合った内容、本人の意思、医療・ケアの方針等を関係者がどのように共有し、その情報に基づき誰が責任を持って心肺蘇生の中止等を判断するのか、あるいは責任を持った判断を関係者がどのように共有するのか、といった課題については、ICTの発展なども考慮しながら、引き続き検討していく必要がある。

(2) 救急隊の対応について

(1)で考察した事例も含め、救急現場等では、救急要請に至る経緯、救急要請した者、傷病者が心肺停止となった経過、傷病者と心肺蘇生の中止等について話し合った関係者の範囲、その内容、傷病者の心肺蘇生の中止等の意思が救急隊に伝わる過程、傷病者の意思等を記した書面の有無、書面がある場合にはその内容、作成時期、作成者、署名の有無等、また、関係する家族等の様子、意向、範囲等、かかりつけ医等との連絡の有無、犯罪の疑いの有無など状況は千差万別であり、救急隊の対応については十分な検討が必要である。広島市消防局や埼玉西部消防局も、単にかかりつけ医等に連絡を取るだけでなく、必要に応じてオンラインMC医と相談しながら、状況に応じた丁寧な対応を行っていることに留意すべきである。

また、対応を検討する際は、MC協議会等における、在宅医療や介護に関わる関係者も参加した十分な議論が必要であり、地域における人生の最終段階における医療・ケアの取組の状況や在宅医療や高齢者施設での看取りの対応の状況などの環境も検討する上で重要である。

(3) 搬送について

実態調査の結果によると、医師に連絡が取れた場合も、医師の現場到着までに時間がかかるなど、長時間の現場待機が課題の一つとなっている。連絡の取れた医師から心肺蘇生の中

止の指示があり、かつ現場への医師の到着を待たずに退去する対応が認められた場合、傷病者を家族等に任せ、退去することは、傷病者又はその関係者が搬送を拒んだ場合に準じて考えることができる。

広島市消防局や埼玉西部消防局などの運用では、かかりつけ医等の指示により、心肺蘇生を実施しないで医療機関に搬送する対応も取られている。

また、実態調査からは、傷病者本人は心肺蘇生を拒否する意思を示していたにもかかわらず、救急搬送されている現状が見られる。

一般的には、心肺蘇生を実施しない、死亡確認や死亡診断のための搬送は、救急業務に該当しないと考えられ、本来は在宅医療や高齢者施設において速やかに死亡診断を行う体制を整えることで解消すべき課題であると考えられる。

(4) 事後検証等について

救急現場等で、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る事案については、今回、消防庁で実態調査を実施したものの、具体的な件数について集計している消防本部が一部にとどまるため十分に明らかになったとはいいがたい。また、このような事案についての現場の状況や救急隊の対応などは多様となる。このため、各消防本部において具体的な件数を集計するとともに、MC協議会において事後検証の対象とすることを検討すべきである。

※ 事後検証のためには、救急活動を適切に記録しておくことが重要であることは当然である。また、事後検証に在宅医療関係者が参加することも考えられる。

5 今後の方向性

前述の通り、今回の実態調査では、このような事案の実態について必ずしも十分に明らかになったとは言えないところであり、今後、事案の実態を更に明らかにしていくとともに、各地域での検証を通じた、事案の集積による、救急隊の対応についての知見の蓄積が必要であると考えられる。事案が集積し、知見が蓄積していく中で、将来的には、国民の意見の動向や人生の最終段階における医療・ケアに関する取組状況等を見ながら、このような事案に係る救急隊の対応の標準的な手順等について検討を進めていくべきである。

今後、高齢化の更なる進展や、フレイルという概念の普及に伴い、国民の死の迎え方に対する意識も変化し、また、在宅医療の普及に伴い、人生の最終段階を自宅や高齢者施設で過ごす選択をする人も増え、人生の最終段階における医療・ケアに関する取組も進んでいくと考えられる。これらを背景に、消防機関も地域包括ケアシステムの構築に関わっていき、関

係者との連携を進めることなどにより可能となっていく救急隊の対応も考えられる。

※ フレイルは、加齢に伴う生理的予備能の低下によって、ストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転機に陥りやすい状態をいう。日本老年医学会が提唱した用語。

どのような対応をするにせよ、救急要請があった場合、望まない心肺蘇生を実施される可能性は否定できず、また、家族等や医療従事者など関係者が警察の調査等を受け、当惑してしまうこともあり得る。必要な救急要請を躊躇してはならないのは当然であるが、人生の最終段階を迎える準備を適切に進めることで、関係者が慌てたり、関係者間での情報共有が不足することなどによる、避けることのできる救急要請を減らすこともまた重要である。地域包括ケアシステムの構築が進む中、患者本人や家族等がどのような最期を迎えたいか考え、かかりつけ医等を要とする医療従事者、介護従事者とも話し合い、準備を進める、ACPに取り組んでいくことが重要である。

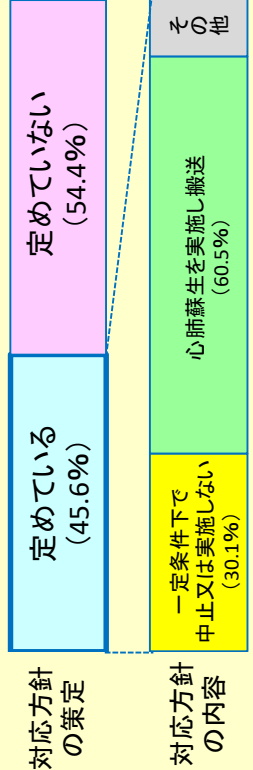
1 背景

○近年、救急隊が心肺停止の傷病者の心肺蘇生を望んでいないと言われる事案の対応について、多くの消防本部で課題として認識されている。

2 実態調査

全国 728 の消防本部を対象に、
○ 傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望まないとい伝えられる事案の有無。
○ 事案があった本部のうち対応の取り決めの有無。
○ 対応方針の内容（心肺蘇生の実施 または 医師の指示等による中止）
等について、調査を実施。

事案があった（又はあったと思われる）⇒616本部（約85%）



3 検討する上での基本的な認識

○ 救急隊は救命を役割とし、事前に傷病者の意思が共有されていないなど、時間的、情報的制約がある中では、速やかな心肺蘇生の実施が基本。
○ 一方で、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の考え方が広まりつつあり、今後、医療・ケアチームとの十分な話し合いを踏まえた本人の生き方・逝き方は尊重されていく方向。

4 検討・考察内容

- (1) 心肺蘇生の対応について
 - 大阪市消防局では、傷病者の生命保護を最優先とし、心肺蘇生を継続して搬送。
 - 広島市消防局や埼玉西部消防局では、かかりつけ医等と連絡し、心肺蘇生中止の指示が出たら、心肺蘇生を中止。

（※ かかりつけ医等については、傷病者の人生の最終段階における医療ケアに携わっていれば、傷病者の状態や病状を評価し、医学的な観点と併せて、心肺蘇生中止の判断が可能と考える）

- (2) 救急隊の対応について
 - 傷病者が心肺停止となった経緯や、心肺蘇生の中止等について話し合った関係者の範囲・内容、かかりつけ医との連絡の有無など、救急現場の状況は千差万別であり、救急隊の対応については十分な検討が必要。
 - 心肺蘇生を中止している消防本部では、単にかかりつけ医等に連絡を取るだけではなく、必要に応じてオンラインMC医と相談しながら、状況に応じた丁寧な対応を行っていることに留意すべき。

(3) 救急搬送について

- 心肺蘇生中止の際、救急隊の長時間待機が課題（医師の到着までに時間がかかる）。
- 心肺蘇生を実施しない、死亡確認等のためだけの搬送は、本来的には、在宅医療や高齢者施設において速やかに死亡診断を行う体制を整えることで、解消すべき課題。

(4) 活動の事後検証等について

- 救急現場の状況や、救急隊の対応は多様であり、MC協議会において事後検証の対象とすることを検討すべき。

5 今後の対応

- 傷病者本人が心肺蘇生を望まない意思を示していたにもかかわらず、救急要請される事案について、集計している消防本部が一部にとどまるなど、実態が十分に明らかになっただとは言いがたい。

➡ 各地域での検証を通じた、事案の集積による知見の蓄積が必要
➡ 国民の意見の動向や人生の最終段階における医療・ケアに関する取組状況等を見極める必要

➡ 将来的には、救急隊の対応の標準的な手順等について検討を進めていくべき

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

改訂 平成30年3月

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

1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。
また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。
さらに、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。この話し合いに先立ち、本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である。
- ② 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定は次によるものとする。

(1) 本人の意思の確認ができる場合

- ① 方針の決定は、本人の状態に応じた専門的な医学的検討を経て、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされることが必要である。
そのうえで、本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた本人による意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行う。

- ② 時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化しうるものであることから、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明がなされ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行われることが必要である。この際、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等も含めて話し合いが繰り返し行われることも必要である。
- ③ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

(2) 本人の意思の確認ができない場合

本人の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。
- ③ 家族等がいない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

(3) 複数の専門家からなる話し合いの場の設置

上記(1)及び(2)の場合において、方針の決定に際し、

- ・医療・ケアチームの中で心身の状態等により医療・ケアの内容の決定が困難な場合
 - ・本人と医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
 - ・家族等の中で意見がまとまらない場合や、医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
- 等については、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

事 務 連 絡
平成 30 年 12 月 5 日

各都道府県 衛生主管部（局）御中

厚生労働省医政局地域医療計画課

ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の愛称を「人生会議」に決定しました

人生の最終段階における医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う取り組み、「ACP(アドバンス・ケア・プランニング)」について、愛称を「人生会議」に決定しましたので、お知らせします。

ACP の愛称募集は8月13日から9月14日に実施したもので、応募総数1,073件の中から、愛称選定委員会により選定され、11月30日開催の愛称発表会にて公表しました。

また、11月30日（いい看取り・看取られ）を「人生会議の日」とし、人生の最終段階における医療・ケアについて考える日とします。「人生会議」及び「人生会議の日」は、今後、ACPの普及啓発に活用し、認知度の向上を図っていきたいと考えておりますので、貴職におかれましては、広報にご活用いただくとともに、貴管下の市町村（特別区を含む。）を始め、関係者関係団体等への周知方よろしくをお願いします。

なお、今回決定したのは「人生会議」という愛称のみであり、字体・ロゴ等デザインは今後厚生労働省で検討する予定としております。

記

1 選 定 愛 称：人生会議

選 定 理 由：

- ・意味が明確な単語の組み合わせにより、日常会話に浸透していくことが期待できる。
- ・家族等、信頼できる人たちと輪を囲んで話し合う、というイメージが湧く。

2 応 募 者：須藤 麻友さん 看護師（聖隷浜松病院）

3 参考 URL

ACP 愛称決定について詳しくはこちらをご覧ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02615.html

照会先

厚生労働省医政局地域医療計画課

在宅医療推進室 在宅看護専門官 猿渡

在宅医療係 田中・相山・染野

電話：03-5253-1111（内線：2662）

人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の
在り方に関する報告書

平成 30 年 3 月

人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会

目次

1. はじめに	2
2. 現状と課題	3
1) 人生の最終段階における医療・ケアの現状	3
2) 本人の意思を尊重した人生の最終段階における医療・ケアの提供体制整備 に関するこれまでの取組等	3
3. 国民への普及・啓発	5
1) 普及・啓発の目的と必要性	5
2) 普及・啓発の方向性	6
(1) 普及・啓発の対象・時期	6
(2) 普及・啓発の内容	6
(3) 普及・啓発の方法	9
(4) 普及・啓発における留意事項	11
4. 「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」の 改訂	12
1) 改訂の経緯	12
2) 改訂概要	12
 別紙 1 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会 審議経過	13
別紙 2 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会 開催要綱	14
別紙 3 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会 構成員名簿	15
別紙 4 過去の検討会の経緯	16

1. はじめに

- 人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から患者・家族に適切な情報の提供と説明がなされた上で、本人による意思決定を基本として行われることが重要である。
- 現在、我が国では、団塊の世代が75歳以上になる2025年を目指し、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目的として、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、「地域包括ケアシステムの構築」を推進している。
- こうした中、全ての方が自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられるようにするため、人生の最終段階における医療・ケアにおいて十分に本人の意思が尊重されるよう、国民に対し、人生の最終段階の医療・ケアに関する情報を適切に提供することや、普及・啓発を図ることが必要である。
- 今回の検討会では、人生の最終段階における医療・ケアに関する普及・啓発の現状の取組について、関係者からヒアリング等を行いながら、本人の意思決定やその意思の共有のために必要な適切な情報提供及び普及・啓発の在り方について、議論を行った。
- また、平成5年より概ね5年毎に実施している、国民及び医療・介護従事者に対する意識調査についても、本検討会において、調査項目の見直しを行った上で実施し、その調査報告をとりまとめた。
- さらに、2007年に策定された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（以下「旧ガイドライン」という。）¹についても、医療・ケアの現場で、本人の意思をより尊重できるようにするため、本人が、家族等の信頼できる者や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合う重要性を強調する観点や、在宅医療・介護の現場において活用できるようにする観点から見直しを行った。

¹ 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」については、2015年3月に「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」に改称。

2. 現状と課題

1) 人生の最終段階における医療・ケアの現状

○ 近年、高齢化率（65 歳以上人口割合）は急速に上昇しており、2016 年では 27.3%²と過去最高となった。今後の将来推計でも、高齢化率は 2060 年まで上昇し、高齢者のみの世帯も増加していくことが予測されている。死亡者数も上昇傾向にあり、2016 年には年間 131 万人となっている。今後の将来推計でも、2040 年には死亡者数が年間 167 万人³に達すると見込まれている。

○ 死亡場所の推移については、1951 年の時点では「自宅」で死亡する者の割合が 8 割以上を占めていたが、高齢化や医療の高度化を背景に、「医療機関」で死亡する者の割合が年々増加し、2016 年では「医療機関」で死亡する者の割合が 75.8%を占め、「自宅」で死亡する者の割合は 13.0%となった。一方、2012 年の調査においては、治る見込みがない病気になった場合、どこで最期を迎えたいかについて、「自宅」が 54.6%と最も多く、次いで「病院などの医療施設」が 27.7%⁴となっている。

○ 高齢化に伴う在宅医療・介護の需要が年々増加し、2025 年にはその需要が約 100 万人を超えることが予測されている中、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる地域包括ケアシステムを整備するために、「病院完結型」から、地域全体で治し支える「地域完結型」へと転換し、受け皿となる地域の在宅医療・介護の基盤を充実させることが課題となっている。

○ また、高齢化の進展に伴い、高齢者の救急搬送割合も上昇傾向にあるが、その中には、本人の意思が共有できていないために、人生の最終段階において本人の望まない救急搬送が行われているという指摘もある。

2) 本人の意思を尊重した人生の最終段階における医療・ケアの提供体制整備に関するこれまでの取組等

○ 2006 年 3 月に、富山県射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件が報道されたことを契機として、厚生労働省において、2007 年 1 月から「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」を開催し、同年 5 月に旧ガイドラインをとりまとめ、周知を図ってきた。

² 出典：2017 年 人口推計 総務省統計局

³ 出典：2017 年 日本の将来推計人口 国立社会保障・人口問題研究所

⁴ 出典：2012 年 高齢者の健康に関する意識調査 内閣府

- 旧ガイドラインでは、人生の最終段階における医療のあり方を決定する際には、適切な情報提供と説明に基づいて本人が医療従事者と話し合い、本人による決定を基本とすることや、人生の最終段階の医療の内容は医師の独断ではなく、医療・ケアチームによって慎重に判断することなどが盛り込まれた。
- また、「終末期医療に関する意識調査等検討会報告書」（2014 年 3 月）の指摘を踏まえて、厚生労働省において、2014 年度から、旧ガイドラインに則した、本人の意向を尊重した意思決定のための研修会を開催し、人生の最終段階における医療において、本人の意思や大切なことをあらかじめ話し合い、深く理解し、相談に適切に対応できるよう、患者、家族等の意思決定に携わっている医療・ケアチームを対象に人材育成研修を行っている。
- 近年では、地方自治体の中で、将来の意思決定能力の低下に備えて、健康なときから、人生の最終段階をどのように過ごし、どのような医療・ケアを受けたいか考えていけるよう、市民向けパンフレットを作成し、保健所や医療機関等において、保健師等が市民一人一人に説明しながら配布するといった取組、看取りに関する市民向けの講演会、学童・生徒に対する課外授業等の取組が進められてきている。
- さらに、救急搬送において、本人の意思が、家族や医療機関等で十分に共有されていないことなどから、本人の意思が十分に考慮されない治療が行われるといった課題を認識し、在宅医療と救急医療、行政が連携して、救急や搬送先の医療機関で、在宅患者情報を共有するシステムを整備し、患者の意思を尊重するための仕組みを構築しようとする自治体も見られている。
- 一方、英米諸国においては、人生の最終段階における医療・ケアについて、事前に本人の意思を表明する方法や共有する方法として、DNAR (Do Not Attempt Resuscitation)⁵、リビング・ウィル (Living Will) や事前指示 (Advance Directive)⁶といった取組が進められてきた。しかしながら、

⁵ DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) とは、心停止又は呼吸停止に陥った患者に対して蘇生の処置を試みないよう記載した医師の指示書（『生命倫理百科事典』（2007.丸善出版）より一部改編）

⁶ 事前指示 (Advance Directive) とは、自身が医療・ケアの選択について判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいか（受けたくないか）や、自分の代わりに誰に判断してもらいたいかなどを予め記載しておく書面（「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」（2014.厚生労働省）より一部改編）

こうした取組では、文書が残されていても、本人の意思が家族等や医療・ケアチームと共有されていないこと等により、本人の意思を反映した医療・ケアが十分に提供されない場合があることが指摘されている。

- このため、近年、英米諸国では、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスを重視した「アドバンス・ケア・プランニング」(Advance Care Planning) (以下「ACP」という。)という取組が進められてきている。家族等や医療・ケアチームは、本人の意思や大切なことをあらかじめ話し合い、そのプロセスを共有することで、本人がどう考えているかについて深く理解することができるよう、本人が自らの意思を伝えられない状態になった場合に、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針の決定につながるとされている。
- なお、現段階では、医療・介護の現場において、ACPという言葉の認知度は低いものの、その概念については全く新しいものではない。これまで既に、医療・介護の現場で、人生の最終段階に至る前の段階から、価値観、人生観等も含めた十分なコミュニケーションを踏まえた医療・ケア内容の決定が行われてきた実態がある。今後、人生の最終段階における医療・ケアも含めて、このような取組を、より広く現場で実践していくためには、英米諸国の取組を参考に、我が国においても ACP の概念を盛り込んだ取組を普及していく必要がある。

3. 国民への普及・啓発

1) 普及・啓発の目的と必要性

- 人生の最終段階において、本人の意思に沿った医療・ケアが行われるようにするためには、人生の最終段階における医療・ケアについて繰り返し話し合う取組が、医療・介護現場だけではなく、国民一人一人の生活の中に、浸透することが必要である。
- しかしながら、現在、医療・介護現場における意思決定支援の実践や地方自治体における情報提供の取組は、十分に広まっておらず、例えば、救急搬送時に本人の意思が確認できず、治療方法の選択が困難となるといった課題が存在している。高齢化や近年の高齢者の救急搬送の増加などの状況を踏まえると、「生を全うする医療・ケアの質」を高めていくことが必要である。
- このため、国民全体が、人生の最終段階における医療・ケアについて、ACP等の概念を盛り込んだ意思決定及びその支援の取組の重要性をより深く理解できるよう、一層の普及・啓発が必要である。

- こうした取組が広く行われるような環境をつくっていくことで、全ての国民が、自分らしい暮らしを送りながら、人生の最終段階における医療・ケアを自ら選択し、本人と家族等が納得した上で、人生の最終段階を迎えられる状況が実現していくと考えられる。

2) 普及・啓発の方向性

- 人生の最終段階は、いつ訪れるかは分からず、多くの場面で自ら意思を決定することは困難であると指摘がされている。そのため、本人が希望する人生の最終段階における医療・ケアを受けるためには、全ての人が、人生の最終段階にあるか否かを問わず、あらかじめ考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、その意思を伝えておくことが重要である。

- また、普及・啓発の対象は、本人であるか、その支え手であるかといったことや、本人である場合には、様々な心身の状態、年齢、社会的背景を踏まえ、対象の属性ごとに行う必要がある。このため、普及・啓発は、①人生の最終段階における医療・ケアの在り方を自分ごととして考える時期にある方、②そうした方を身近で支える立場にある家族等、③本人や家族等を支える医療・ケアチームの3つの属性ごとに、提供する情報の内容や支援方法を分けて行うことが必要である。

- 上記3つの対象の属性に応じた普及・啓発に加えて、取組の必要性に気づいた段階から、話し合うことができる気運づくりが必要であることから、④国民全体に向けた普及・啓発について検討することも必要である。

(1) 普及・啓発の対象・時期

- ① 人生の最終段階における医療・ケアの在り方を自分ごととして考える時期にある方
- ② ①の方を身近で支える立場にある家族等⁷
- ③ 本人や家族等を支える医療・ケアチーム
- ④ 国民全体

(2) 普及・啓発の内容

- ① 人生の最終段階における医療・ケアの在り方を自分ごととして考える時期にある方
 - ア) 心身の状態に応じた医療・ケアの内容に関する事項

⁷ 家族等とは、今後、単身世帯が増えることも想定し、本人が信頼を寄せ、人生の最終段階の本人を支える存在であるという主旨であり、法的な意味での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）を含み、複数人存在することも考えられる。（新ガイドライン解説編）

- ・ 人生の最終段階において起こりうる心身の状態の変化
- ・ 人生の最終段階に行われる可能性がある医療・ケア方法（点滴や胃ろうなどの栄養・水分補給、疼痛緩和の方法、人工呼吸器の使用、心肺蘇生処置等）
- ・ 人生の最終段階に過ごす療養場所（医療機関、介護施設、在宅等における療養上の特徴等） 等

イ) 本人の意思の共有にあたり留意すべき事項

- ・ 家族等の信頼できる者や、かかりつけ医、看護師等の医療・ケアチームと、事前に繰り返し話し合うことが重要であること
- ・ 家族等の信頼できる者等と話し合うにあたっては、希望する医療・ケアの内容だけではなく、その背景や理由も伝えるとともに、人生観、価値観等も含めた十分なコミュニケーションが重要であること
- ・ 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるため、意思決定した内容は、繰り返し見直し変更しうるものであること
- ・ 変更した意思決定の内容は、家族等の信頼できる者や医療・ケアチームと共有することが重要であること 等

ウ) 家族等の信頼できる者について留意すべき事項

- ・ 家族等の範囲については、単身世帯の増加を踏まえ、親族関係のみならず、親しい友人等が含まれること、また複数人存在しても良いこと
- ・ 本人が自らの意思を伝えられない状況になった場合に備えて、特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めることも重要であること 等

エ) 本人の意思を文書にまとめるにあたり、留意すべき事項

- ・ 希望する医療・ケアの内容のみを示した文書では、その背景や理由を十分に把握することが難しいことから、文書を残すだけではなく、家族等の信頼できる者や医療・ケアチームとの意思の共有が重要であること
- ・ 心身の状態の変化等に応じて本人の意思は変化しうるものであることから、話し合いの都度、新しい情報に更新しておく必要があること
- ・ 本人の意思を推定する者を前もって決定している場合は、医療・ケアチームにその旨を伝えておくこと
- ・ 文書に記載する内容や様式に決まりはないが、人生の最終段階における医療・ケアの希望を記載する場合は、その背景や理由、作成日を記載することに加え、人生観や価値観に関する情報を含めておくこと

- ・文書の保管場所については、必要な時に文書を確認できるよう、家族等の信頼できる者と共有しておくことや、救急搬送されるような場合に備え、わかりやすい場所に保管しておくこと 等

オ) 相談支援の方法

- ・専門職（かかりつけ医、看護師等）の支援に関する役割
- ・相談が必要な場合の連絡方法 等

② ①の方を身近で支える立場にある家族等

ア) ①に掲げる事項

イ) 身近な方の人生の最終段階における医療・ケアの方針決定に関わるにあたり、留意すべき事項

- ・本人の心身の状態や病状の理解によっては、本人と家族等の双方にとって、不安や苦痛を生じる可能性があること
- ・コミュニケーションをとるにあたっては、本人が考えたくない、話したくないということも含めて本人の意思を尊重することが重要であること 等

ウ) 本人の意思の推定にあたり、留意すべき事項

- ・医療・ケアの方針決定は本人による意思決定が基本であること
- ・心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化するものであることを理解すること。また、支える家族等の意思や気持ちも変化するものであることを理解すること
- ・本人の意思の推定にあたっては、家族等は、本人が希望した医療・ケアの内容だけではなく、これまでの人生観や価値観についての情報も踏まえて、本人が何を望むか、本人にとって何が最善かを、改めて、医療・ケアチームとの間で話し合う必要があること 等

③ 本人や家族等を支える医療・ケアチーム

ア) 意思決定支援に必要な知識・技術に関する事項

- ・「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」（以下「新ガイドライン」という。）の内容等の普及
- ・人生の最終段階に行われる可能性がある治療方法や療養場所についての知識や説明の方法 等

イ) ①・②に掲げる事項を本人や家族等に伝達するにあたり、留意すべき事項

- ・本人が考えたくない、話したくないということも含めて本人の意思を汲み取ることがまず重要であること

- ・ 本人や支える家族等の意思や気持ちは変化しうることを理解すること
- ・ 医療・ケアチームと本人との関係が、上下関係のようにならないようにすること 等

④ 国民全体

- ・ 人生の最終段階における医療・ケアの方針決定においては、本人による意思決定が重要であり、自ら主体的に取り組む必要があること、また、本人の意思を尊重するために、意思決定支援の取組があること
- ・ 本人や身近な人のもしものときに備えて、日頃から考え、家族等の信頼できる者を決め、繰り返し話し合うことが重要であること
- ・ 話し合った内容は、共有しておくことが重要であること
- ・ 本人の希望は、いつでも変更して良いことを理解しておくこと
- ・ 具体的な心身の状態を踏まえて話し合いを行うことで、理解や考えが深まること 等

(3) 普及・啓発の方法

- ① 人生の最終段階における医療・ケアの在り方を自分ごととして考える時期にある方

- ② ①の方を身近で支える立場にある家族等

＜医療機関・介護施設＞

- ・ 直接本人や家族等に関わるかかりつけ医、看護師、介護支援専門員、介護福祉士等の医療・ケアチームは、医療・介護サービスの提供の機会を通じて、本人や家族の状態を判断しながら、医療や療養場所について具体的な情報提供を行う。

＜地方自治体＞

- ・ 医療や介護に係る行政の担当部局は、本人や家族等が在宅医療・介護に関する相談に訪れた機会を活用して、本人の意思決定やその支援の在り方に関するリーフレットの配布を行う。
- ・ 医療や介護に係る行政の担当部局は、医療や介護に関する事業において、本人の意思決定やその支援の在り方に関するリーフレットの配布や市民向けのセミナーの開催を行う。

- ③ 本人や家族等を支える医療・ケアチーム

＜国・地方自治体、医療・介護関係団体＞

- ・ 医療や介護に係る行政の担当部局や医療・介護関係の職能団体や学会は、新ガイドラインについてのホームページ等による普及や、新

ガイドラインに基づく研修会の開催による知識・技術の向上に努める。

- ・医療・介護従事者の養成課程等において、人生の最終段階における医療・ケアの意思決定支援に関する教育及び研修を行う。
- ・医療・介護関係の職能団体や学会は、ホームページ、学会誌、学術集会等において、意思決定支援に関する情報提供を行う。また、診療に関するガイドライン等の策定や改訂等を行う場合には、新ガイドラインを参考とする。

④ 国民全体

<国>

- ・人生の最終段階における医療について考える機会を設けるため、記念日の制定やこの日に合わせたイベントを開催する。
- ・ACP 等の概念を盛り込んだ意思決定支援や人生の最終段階において提供される医療・ケアに関連する情報のポータルサイトやeラーニング等の学習サイトを開設する。
- ・ACP について国民に馴染みやすい名称の検討等、メディアを意識した広報を行う。

<地方自治体>

- ・医療や介護に係る行政の担当部局は、本人や家族等が在宅医療・介護に関する相談に訪れた機会を活用して、本人の意思決定やその支援の在り方に関するリーフレットの配布を行う。
- ・医療や介護に係る行政の担当部局は、医療や介護に関する事業を活用して、本人の意思決定やその支援の在り方に関するリーフレットの配布や市民向けのセミナーの開催を行う。
- ・保険者による特定健康診査・保健指導の機会を通じた本人の意思決定やその支援の在り方に関するリーフレットの配布を行う。

<民間団体>

- ・結婚、出産、介護保険加入、介護休業、退職等のライフイベントに関連する手続きの機会等を通じ、社員等に対して、本人の意思決定やその支援の在り方に関するリーフレットの配布やセミナーの開催を行う。
- ・退職セミナー等の企業の福利厚生の機会等を通じ、社員等に対して本人の意思決定やその支援の在り方に関するリーフレットの配布やセミナーの開催等を行う。
- ・遺言や財産管理、不動産購入や生命保険加入の機会を通じ、顧客等に対して、本人の意思決定やその支援の在り方に関するリーフレットの配布やセミナーの開催を行う。

- ・保険者による特定健康診査・保健指導の機会を通じた本人の意思決定やその支援の在り方に関するリーフレットの配布やセミナーの開催を行う。
- ・企業においては、特に介護離職防止等の観点からもこのような周知等を通じ、社員及び家族等の状況を把握することが重要である。

＜教育機関＞

- ・文部科学省や教育委員会の協力を得て、小中学校・高校・大学における生命や医療・ケアに関する授業や講義の機会を通じ、人生の最終段階における医療・ケアに関して、本人の意思決定やその支援の在り方について教育を行う。

(4) 普及・啓発における留意事項

- ・日々の暮らしの中で、誰もが日常的に話し合える環境づくりを進めることが重要であること
- ・ACP等の概念を盛り込んだ意思決定支援の取組は、人生の最終段階に限定した取組ではなく、医療・介護現場で既に実施されている、人生観、価値観等も含めた十分なコミュニケーションを踏まえた医療・ケア内容の決定に向けた取組の延長線上にあること
- ・国民一人一人が、自分が希望する医療・ケアを受けながら人生の最終段階を迎えることができるようにするために行うものであり、決して医療費削減、営利目的等のために行うべきものではないこと
- ・あくまで個人の主体的な取組によって、人生の最終段階の医療・ケアの在り方について考え、決定されるものであり、対象者の心身の状態によっては、考えることが精神的不安につながり苦痛を伴うことがあるため、知りたくない、考えたくない、文書にまとめたくないという方への十分な配慮が必要であること
- ・人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発にあたって、本人の意思決定及びその支援の取組について、以下の点について伝えることが重要であること

ア)人生の最終段階の医療・ケアに関する考えを共有するに当たっては、人生観や価値観を含めた十分なコミュニケーションが必要であること

イ)本人の意思は時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて変化しうる可能性があることから、繰り返し見直し、変更することが可能であること。また、支える家族等の意思や気持ちも変化しうるものであること

ウ)そのため、本人の意思を文書にまとめておく場合であっても、その文書に書かれた内容が人生の最終段階の状況に当てはまらない場合があること

4. 「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」の改訂

1) 改訂の経緯

富山県射水市民病院の人工呼吸器取り外し事件を踏まえ、2007年に策定された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(2015年に「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」に名称変更)は、その策定から約10年が経過しており、

- ・高齢多死社会の進行に伴い、地域包括ケアシステムの構築に対応したものとする必要があること
- ・英米諸国を中心として、ACPの概念を踏まえた研究・取組が普及してきていること

を踏まえ、ガイドラインの見直しを行った。

2) 改訂概要

- ① 病院における延命治療への対応を想定した内容ではなく、在宅医療・介護の現場で活用できるよう、次のような見直しを実施した。
 - ・「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」に名称を変更
 - ・医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化
- ② 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、本人が家族等と医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うこと(=ACPの取組)の重要性を強調した。
- ③ 本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載した。
- ④ 今後、単身者が増えることを踏まえ、③の信頼できる者の対象を、家族から家族等(親しい友人等)に拡大した。
- ⑤ 繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性について記載した。

人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会審議経過

2017 年 8 月 3 日 第 1 回

- ① 人生の最終段階における医療の現状と課題について
- ② 平成 29 年度人生の最終段階における医療に関する意識調査の実施について
- ③ 今後の検討会の進め方について

2017 年 9 月 29 日 第 2 回

- ① 先進的な取組について（自治体、救急、地域連携、在宅及び地域からヒアリング）

2017 年 12 月 22 日 第 3 回

- ① 第 XV 次 日本医師会生命倫理懇談会答申について
- ② 「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」における最近の動向
- ③ 国民への普及・啓発について

2018 年 1 月 17 日 第 4 回

- ① 国民に対する普及・啓発の在り方について（平成 29 年度人生の最終段階における医療に関する意識調査の結果報告速報値）
- ② 「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」改訂について
- ③ 今後の検討会の進め方について

2018 年 2 月 23 日 第 5 回

- ① 「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」改訂について
- ② 国民に対する普及・啓発について

2018 年 3 月 23 日 第 6 回

- ① 「人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書（案）」について

人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会開催要綱

1. 目的

- 人生の最終段階における医療については、医療従事者から患者・家族に適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者本人による意思決定を基本として行われることが重要である。
- 本検討会は、人生の最終段階における医療に関する意思決定支援を図るために、国民に対する情報提供・普及・啓発の在り方等について検討することを目的に開催する。

2. 協議事項

- (1) 国民に対する情報提供・普及・啓発の在り方について
- (2) 国民、医療従事者等の意識調査結果を踏まえた今後の課題の整理について
- (3) 人生の最終段階における医療に関する意思決定支援に必要なその他の事項について

3. 構成員

- (1) 構成員は別紙のとおりとする。
- (2) 座長は、構成員の互選により選出する。座長は、座長代理を指名することができる。
- (3) 座長は、必要に応じ、構成員以外の関係者の出席を求めることができる。

4. 運営

- (1) 会議の議事は、特に非公開とする旨の申し合わせを行った場合を除き、公開とする。
- (2) 会議の庶務は、医政局地域医療計画課において行う。
- (3) この要綱に定めるもののほか、会議の運営に関し、必要な事項は、座長が定めることとする。

人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会構成員名簿

(50音順、敬称略、◎＝座長)

氏 名	所 属 ・ 役 職
岩田 太	上智大学法学部教授
内田 泰	共同通信社生活報道部編集委員
金子 稚子	ライフ・ターミナル・ネットワーク代表
川平 敬子	宮崎市健康管理部医療介護連携課長補佐
木澤 義之	神戸大学医学部附属病院緩和支援診療科特命教授
木村 厚	全日本病院協会常任理事
熊谷 雅美	日本看護協会常任理事
権丈 善一	慶應義塾大学商学部教授
齊藤 克子	医療法人真正会副理事長
斉藤 幸枝	日本難病・疾病団体協議会常務理事
佐伯 仁志	東京大学法学部教授
清水 哲郎	岩手保健医療大学学長
鈴木 美穂	NPO 法人マギーズ東京共同代表理事 日本テレビ放送網株式会社報道局社会部
瀬戸 雅嗣	全国老人福祉施設協議会統括幹事
高砂 裕子	南区医師会訪問看護ステーション管理者
早坂 由美子	北里大学病院トータルサポートセンターソーシャルワーカー
◎樋口 範雄	武蔵野大学法学部教授
紅谷 浩之	オレンジホームケアクリニック代表
松原 謙二	日本医師会副会長
横田 裕行	日本医科大学大学院医学研究科救急医学分野教授

過去の検討会の経緯

1) 「末期医療に関するケアの在り方の検討会」(昭和 62 年～平成元年度)

昭和 62 年 7 月に第 1 回を開催し、平成元年 6 月に報告書を取りまとめるまでに、計 14 回にわたり検討会を開催した。がんによる末期医療を中心課題として、①末期医療の現状、②末期医療のケア、③施設、在宅での末期医療、④一般国民の理解などについて検討した。

2) 「末期医療に関する国民の意識調査等検討会」(平成 5 年)

平成 5 年 2 月に第 1 回を開催し、平成 5 年 3 月に、末期医療に関する意識調査を実施した。平成 5 年 8 月に報告書を取りまとめるまでに、計 4 回にわたり検討会を開催した。主に、①末期医療に対する国民の関心、②苦痛を伴う末期状態における延命治療、③患者の意思の尊重とリビング・ウィル、④尊厳死と安楽死などについて検討した。

3) 「末期医療に関する意識調査等検討会」(平成 9 年～平成 10 年度)

平成 9 年 8 月に第 1 回を開催し、平成 10 年 1 月から 3 月にかけて、末期医療に関する意識調査を実施した。平成 10 年 6 月に報告書を取りまとめるまでに、計 5 回にわたり検討会を開催した。主に、①末期医療における国民の意識の変化、②国民と医療従事者との意識を通じて見た末期医療、③適切な末期医療の確保に必要な取り組みなどについて検討した。

4) 「終末期医療に関する調査等検討会」(平成 14 年～平成 16 年度)

平成 14 年 10 月に第 1 回を開催し、平成 15 年 2 月から 3 月にかけて、終末期医療に関する意識調査を実施した。平成 16 年 7 月に報告書を取りまとめるまでに、計 7 回にわたり検討会を開催した。主に、①患者に対する説明と終末期医療の在り方、②末期状態における療養の場所、③癌疼痛療法とその説明、④終末期医療体制の充実についてなどについて検討した。

5) 「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」(平成 19 年度)

平成 18 年 3 月に報道された、富山県射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件を契機として、「尊厳死」のルール化の議論が活発になったことから、コンセンサスの得られる範囲に限ったルール作りを進めることとなった。平成 19 年 1 月より 3 回にわたり「終末期医療の決定プロセスのあり方についての検討会」を開催し、同年 5 月に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」及び「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン解説編」を策定した。終末期のあり方を決定する際には、適切な情報提供と説明に基づいて患者が医療従事者と話し合い、患者本人による決定を基本と

することや、終末期医療の内容は医師の独断ではなく、医療・ケアチームによって慎重に判断することなどが盛り込まれた。

6)「終末期医療のあり方に関する懇談会」(平成20年～平成22年度)

平成20年1月に第1回「終末期医療に関する調査等検討会」を開催し、平成20年3月に終末期医療に関する意識調査を実施した後、平成20年10月からは厚生労働大臣主催の「終末期医療のあり方に関する懇談会」として開催し、平成22年12月に報告書を取りまとめるまでに、7回の検討会と懇談会、2回のワーキング・グループを開催した。意識調査の結果を踏まえ、主に①終末期のあり方を決定する際のプロセスの充実とリビング・ウィルについて、②終末期医療に関する患者・家族と医療福祉従事者間の情報格差、③終末期医療体制の整備と医療福祉従事者に対する知識の普及、④緩和ケアについて、⑤家族ケア・グリーフケアなどについて検討された。

7)「終末期医療に関する意識調査等検討会」(平成24年～平成26年度)

平成24年12月に第1回「終末期医療に関する意識調査等検討会」を開催し、平成25年3月に終末期医療に関する意識調査を実施した後、平成27年3月に報告書を取りまとめるまでに計4回にわたり検討会を開催した。人生の最期まで本人の生き方を尊重した医療やケアの提供が重要であることから、「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」と名称を変更することや、人生の最終段階における医療の提供体制の整備が必要であり、医療従事者等への研修の必要性について検討された。

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あり方に関する提言

<概要>

<目的>

- 人生の最終段階にある傷病者が心肺蘇生等を希望していない場合は119番通報をしないのが望ましいが、119番通報によって出動した救急隊が、現場ではじめて傷病者が心肺蘇生等を希望していないことを伝えられる事例が発生している。
- このような場合に、救急隊は傷病者の救命を優先し心肺蘇生等を実施すべきか、あるいは傷病者の意思に沿って中止すべきかについての判断を迫られるが、基づくべき指針はない。
- 本提言は、これらの現状を示したうえで、どのように対処すべきかについて基本的な対応手順等を示し、指針として取りまとめたものである。

<現状>

- 心肺蘇生等を希望しないという傷病者等の意思と、救命するという救急活動の原則との狭間で救急隊や消防本部が苦慮する状況が、各消防本部のみならず全国的な会議においても報告されている。
- 現状の対応について、政令指定都市を所管する消防本部を対象とした調査では、多くが「傷病者などの希望や医師の指示にかかわらず心肺蘇生等を実施する」とする一方で、およそ3割が「心肺蘇生等を中止するもしくは中止することを許容する」と回答した。

<基本的な対応手順>

- ①救急現場に到着した救急隊は、心肺蘇生等を希望しない旨が医師の指示書等の書面で提示されたとしても、まずは心肺蘇生等を開始する。
- ②心肺蘇生等を継続しつつ、救急隊はかかりつけ医に直接連絡して心肺停止の状況等について報告し、医師の指示書等の記載内容と心肺蘇生等の中止の是非について確認する。かかりつけ医に連絡がとれない場合には、オンラインメディカルコントロールを担う医師を代役として指示を求める。この間においても心肺蘇生等の継続を優先する。
- ③救急隊は、心肺蘇生等の中止の具体的指示をかかりつけ医等から直接確認できれば、その指示に基づいて心肺蘇生等を中止する。
- ④これら一連の手順は、本提言で例示した標準的活動プロトコールに基づいて都道府県メディカルコントロール協議会等が地域の実情にあわせて修正した地域の活動プロトコールに則して行う。

<留意点>

- 多くの心肺停止傷病者やその家族は、救急隊に救命を求めている。一刻を争う差し迫った状態では、すべての傷病者に一律に心肺蘇生等を実施するのはやむを得ない面もある。一方で、一律の対応では、人生の最終段階の過ごし方について傷病者が家族やかかりつけ医等とともに熟慮したうえで書面にしたためた意思に沿えない状況が生じる。本学会は、このように相反する状況に配慮し、傷病者全体の利益と傷病者個人の意思がともに尊重される体制となるように本提言を取りまとめた。
- 心肺蘇生等を望まないのであれば、119 番通報に至らないのが理想であろう。そのような社会の実現のために関係各位の取り組みが求められる。とくに、地域の医療や介護・福祉の関係者等への働きかけが重要となる。
- かかりつけ医と連絡がとれない場合の対応手順については、地域においてかかりつけ医等とメディカルコントロール協議会等との間で、事前の十分な話し合いにより合意が形成されている必要がある。
- 今後は、地域での取り組みとあわせて、国の行政においても、傷病者等の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方について、より広範な視点からの検討を望むところである。
- 本提言は、傷病者の意思に沿った心肺蘇生等のあり方について示すことを目的としており、救急隊員、救急医療関係者、地域の医療や介護・福祉の関係者の負担軽減や医療費の削減等を目的としたものではない。
- 本提言で例示した標準的活動プロトコールは、書面での提示があった場合を対象としたものである。書面の提示がない場合の対応について示したものではなく、したがって、そのような場合を対象とした地域の活動プロトコールでの対応や取り組みを何ら否定するものでもない。

平成 29 年 3 月 31 日

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あり方に関する提言

一般社団法人 日本臨床救急医学会

I. はじめに

人生の最終段階にある傷病者（患者）が、治療方針について自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいか、あるいは受けたくないかといった点についてあらかじめ書面等で示しておく取り組みが広がっている。その書面は、リビングウィル、事前指示書等と呼ばれている。

これらの取り組みを背景にすれば、人生の最終段階にある傷病者が心肺蘇生等を希望していない場合は 119 番通報をしないのが望ましい。しかしながら、そのような傷病者の心肺停止事例に対して 119 番通報がなされ、出動した救急隊に対し傷病者は心肺蘇生等の実施を希望していないことを家族や関係者から書面で提示されたり、口頭で伝えられたりする事例が発生している。

このような場合に、救急隊は傷病者の救命を優先し心肺蘇生等（※1）を実施すべきか、あるいは傷病者の意思に沿って中止すべきかについての判断を迫られるが、基づくべき指針は存在しない。このことは、近年、全国の救急業務の大きな課題として急速に浮上している。その背景には、リビングウィル、医師の指示書等に係る体制整備がなされておらず、傷病者個人、医療機関、関係団体等が、それぞれ独自に書面の様式を作成する等、全国でその対応が統一されていないことも一つの要因である。

こうしたなか、本学会は平成 27 年 4 月に「傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生のあり方に関する検討委員会」を立ち上げ、この課題について議論を開始した。本提言は、1 年余にわたる議論を踏まえた同委員会からの報告書を本学会会員に公開し、会員から寄せられた意見を反映したうえで、傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方について本学会として取りまとめたものである。

※1 本提言における「心肺蘇生等」とは、心肺停止の傷病者に対する胸骨圧迫と人工呼吸の組み合わせによる「心肺蘇生」、AED を用いた電気ショック、さらには薬剤投与や気管挿管等の二次救命処置を含めたものを意味する。

II. 現状

心肺停止事例において、救急隊に心肺蘇生等の実施を希望しない旨が示された事例の発生状況や、その対応等に関連する現状は次のとおりである。

1. 心肺蘇生等の実施を希望しない旨が示された事例の発生状況

全国的な発生状況については明らかになっていないが、一定期間（2,000 時間ないし 5 年間以上）の救急業務経験がある救急隊員を対象にした調査結果¹が報告されている。それによれば、295 名中 47 名（16%）が、傷病者本人が書面によって心肺蘇生等を希望しない意思を示していた事案に遭遇したことがあると回答している。

また、心肺蘇生等を希望しないという傷病者等の意思と救急活動の原則との狭間で救急隊

や消防本部が苦慮する状況が、一地域のみならず全国的な会議においても報告²されている。

2. 意思表示に関する国民の意識

厚生労働省の調査³（平成 25 年）では、一般国民のおよそ 70%が自分で判断できなくなった場合に備えてどのような治療を受けたいか等を記載した書面をあらかじめ作成しておくことについて「賛成である」と回答している。またその割合は調査年度を追うごとに増加している。現時点では書面等で意思表示している一般国民は全体の 3%に過ぎないものの、今後、救急隊に対して心肺蘇生等を希望しない旨が書面等で意思表示される事案は増加すると推測される。

3. 心肺蘇生等を希望しない場合の消防機関の対応の現況

厚生労働科学研究において、政令指定都市を所管する消防本部および東京消防庁の計 21 消防本部（人口カバー率 32%）を対象に調査⁴が行われている。これによると、心肺停止事例に対して救急隊が出動した際に心肺蘇生等を希望しない旨の提示があった場合の救急隊の対応について、5 消防本部(24%)が「文章で示したもの（救急活動基準等）がある」と回答している。このうち、「かかりつけ医から中止の指示があれば心肺蘇生を中止する、もしくは、中止することを許容する」としているのが 3 消防本部（※2）であった。残りの 2 消防本部は「傷病者等の希望や医師の指示にかかわらず心肺蘇生等を実施する」と回答している（※3）。

「文章で示したものはない」とした 16 消防本部のうち 13 消防本部では、「傷病者などの希望や医師の指示にかかわらず心肺蘇生等を実施する」と口頭で救急隊に対応方針を説明していると回答し、残る 3 消防本部では「かかりつけ医やオンラインメディカルコントロール医師の指示によって心肺蘇生等を中止する、もしくは中止することを許容する」と回答している。

したがって、「心肺蘇生等を中止するもしくは中止することを許容する」と回答している消防本部は合計 6 消防本部（29%）であった。

※2 具体的な文章例として、「蘇生術の施行がふさわしくない背景があつて（悪性腫瘍の末期など）、家族が蘇生術の施行を望まない場合も、プロトコール通りの CPR を開始する。並行して主治医と連絡をとるよう努め、患者のリビングウィル等により主治医から「CPR を行わない」旨の指示が取得されたならば、CPR を中止する」等があつた。

※3 具体的な文章例として、「救命処置の必要がないとの医師の指示があつた場合でも、医師に引き継ぐまでの間の心肺蘇生は必須である」、「119 番通報があつた時点で、救命の意思があるものとして、救命のため最善を尽くす」等があつた。

4. 心肺蘇生等のガイドラインの状況

米国心臓協会の「心肺蘇生と救急心血管治療のためのガイドライン」⁵では、「DNAR の指示がある場合のプロトコールを定めるべきである」とし、定めない場合には、「いわゆる“slow-codes”といわれる“やっている振り”の心肺蘇生等が実施されることになる」としている。具体的な対応として「オンラインでの医師からの助言やプロトコールに基づいて、心肺蘇生等を中止することもできる」ことを提案している。

一方、わが国の蘇生ガイドライン 2015⁶では、傷病者等が心肺蘇生等を希望しない場合についての項は設けられているものの、対応に係る指針は示されていない。

III. 心肺蘇生等を希望しない傷病者への対応に関する基本的なあり方

1. 心肺蘇生等の開始

救急隊は、心肺停止を確認した場合、心肺蘇生等の実施を希望しない旨の意思表示を受け、心肺蘇生等をまずは開始するのが原則（※4）である。心肺停止の傷病者を救命しようとするれば、一刻も早い心肺蘇生等の開始が重要となる。そのため、心肺蘇生等を希望しないことの確認が不十分な段階でそれを取りやめ、あとになってその誤りが判明した場合には、その間の心肺蘇生等の遅れが傷病者の転帰を悪化させる原因となり得るからである。心肺蘇生等を希望しない旨が適切に確認できるまでは、それを行う必要がある。

※4 ただし、傷病者が明らかに死亡している場合はその例外となる。明らかに死亡していると救急隊が判断すれば、心肺蘇生等を開始する必要はない。すでに心肺蘇生等を開始したあとに、明らかに死亡していることが判明した場合も、その時点で中止する。なお、判断に迷う場合は心肺蘇生等を開始しつつ、オンラインメディカルコントロールを担う医師の助言を求める等で対応するのが望ましい。

2. 傷病者の自律尊重

前述のとおり、近年、わが国でも、治療に関する自己決定、つまり、自らの意思をあらかじめ書面等で示しておくことが受け入れられつつある。このような傷病者の「自己決定」に基づく対応がもっとも重要であることを示しているのが、「医療倫理の四原則」の一つ、「自律尊重の原則」である。この原則に基づけば、人生の最終段階にある傷病者の心肺蘇生等を希望しない意思も尊重される必要がある（※5）。とりわけ傷病者の意思（家族等による傷病者の推定意思も含む）を踏まえて、かかりつけ医を含む多職種の関係者によって傷病者にとって最善の医療を行うために形成された合意の結果として、「心肺蘇生等を受けない」ことについての指示書等の書面がある場合は、より尊重される必要がある（※6）。ただし、例えば、外傷等の外因による心肺停止が疑われる状況等、心肺停止の状況がかかりつけ医の想定した範囲を逸脱する場合は、傷病者の意思等にかかわらず心肺蘇生等を継続する必要がある。

※5 現場で心肺蘇生等を希望しない旨が示された場合であっても、119番通報がなされたことを根拠に、傷病者等が心肺蘇生等を望んでいると解釈し、救急隊がそれを実施する理由としてきた地域もある。しかしながら、通常、通報するのは傷病者本人ではない。通報者と傷病者が異なるなかで、通報があったことのみを根拠に、傷病者等が心肺蘇生等を望んでいると解釈するのは適切とはいえない。

※6 専門的な医学的検討に基づいて、傷病者と多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームとによって十分な話し合いが行われたあとに傷病者が行う意思決定についての合意内容であることが前提となる。また、傷病者の意思が確認できない場合は、家族等との十分な話し合いのうえで傷病者にとっての最善の治療方針をとることが基本とされている。傷病者やその家族等との話し合いを経たうえで医師が診療を補助する者に出す指示として「生命維持治療に関する医師の指示書（POLST: Physician Orders for Life Sustaining Treatment）」と呼ばれることもある。指示を受ける者として救急隊員が想定される場合は、かかりつけ医と連絡がとれない場合の対応手順等について、地域においてかかりつけ医等とメディカルコントロール協議会や各消防本部との間で、事前の十分な話し合いによる合意の形成が必要となる。

3. 傷病者の意思の確認と心肺蘇生等の中止の判断

救急現場で救急隊が家族や関係者からリビングウィルや医師の指示書等の書面の提示を受けた場合、指示書等の内容を適切に評価することが不可欠である。とはいえ、心肺停止という切迫した状況のなかで、救急隊のみでそれを短時間に適切に評価することは困難である。また、その内容を適切に評価し得たとしても、救急隊が単独で生死に直結する心肺蘇生等の中止の是非を判断することはできない。その判断は医学的に行われるべきであり、医師の介在が必要である。

介在する医師としてもっともふさわしいのは、指示書等を記載した「かかりつけ医」である。かかりつけ医は、人生の最終段階に至る傷病者の病歴、生活状況、家族との関係等をもっとも理解していると考えられるからである。かかりつけ医が、傷病者や家族の状況、その時点での標準的な医療水準、さらには、心肺停止の状況がかかりつけ医の想定した範囲の事象であるか等を総合的に考慮し、心肺蘇生等の中止の是非を判断する。そして、その判断に沿って救急隊が活動するのがもっとも妥当である。

かかりつけ医と連絡がとれない場合には、すでに全国に整備されているオンラインメディカルコントロールを担う医師（以下「オンラインMC医」とする）に判断を求めるのもやむを得ない。ただし、オンラインMC医は、指示書等を記載した「かかりつけ医」に比べ、傷病者の心肺停止前の状況を十分には把握していないため、傷病者の意思等の確認や心肺蘇生等の中止の是非についての判断は、より慎重に行う必要がある。

4. 標準的な指針や地域の基準に沿った対応

心肺蘇生等の中止が傷病者の意思に基づいていたとしても、中止したことについて、事後に救急隊や指示を出した医師が責を問われる状況が想定される。それを恐れ、心肺蘇生等を継続したとしても、「傷病者の意思を尊重しなかった」として責を問われることも想定される。このように、いずれにしても責を問われる可能性があるからこそ、全国的、標準的な活動プロトコールが必要である。この標準的な活動プロトコールを都道府県メディカルコントロール協議会または地域メディカルコントロール協議会等の協議会（以下「都道府県MC協議会等」とする）が各地域の実情にあわせて修正して地域の活動プロトコール（以下「地域プロトコール」とする）を策定し活用することが適切である。さらにはそれが広く地域住民に受け入れられることも必要である。

5. 以上を踏まえた基本的な対応の手順

上記の1～4を踏まえた心肺蘇生等を希望しない旨が示された場合の基本的な対応手順は次のとおりである。

- ① 救急現場に到着した救急隊は、心肺蘇生等を希望しない旨が医師の指示書等の書面で提示されたとしても、まずは心肺蘇生等を開始する。
- ② 心肺蘇生等を継続しつつ、救急隊はかかりつけ医に直接連絡して心肺停止の状況等について報告し、医師の指示書等の記載内容と心肺蘇生等の中止の是非について確認する。かかりつけ医に連絡がとれない場合には、オンラインMC医を代役として指示を求める。この間においても心肺蘇生等の継続を優先する。
- ③ 救急隊は、心肺蘇生等の中止の具体的指示をかかりつけ医等から直接確認できれば、その指示に基づいて心肺蘇生等を中止する。
- ④ これら一連の手順は、標準的活動プロトコールに基づいて都道府県MC協議会等が地域の実情にあわせて修正した地域の活動プロトコールに則して行う。

IV. 標準的活動プロトコール

前項の「心肺蘇生等を希望しない傷病者への対応に関する基本的なあり方」を踏まえて、より具体化した救急隊の標準的活動プロトコールを**図表 1**に例示する。

1. 心肺停止の確認と心肺蘇生等の開始

救急隊は、救急現場到着後、意識、呼吸、循環を確認する。心肺停止を確認した場合は、直ちに心肺蘇生等を開始する。

2. 医師の指示書等の書面の確認

心肺蘇生等を希望しない旨が医師の指示書等の書面で提示された場合は、「提示あり」として次のステップに進む。口頭で伝えられた場合には、書面にて提示するように求める。オンラインMC医等から要請があった場合を除き、救急隊側から積極的に傷病者の意思等を確認する必要はない。

3. 傷病者と心肺停止の状況の確認

救急隊は、心肺蘇生等を実施しながら、①傷病者の状況と、②心肺停止の状況について確認する（**図表 2**）。書面の提示前にすでに情報を得ていれば、その情報でよい。この確認の過程で、外因性心肺停止（交通事故や自傷、他害等）を疑う状況があれば、心肺蘇生等を継続し医療機関に搬送する。また、心肺蘇生等の継続を強く求める家族や関係者がいる場合も、書面の提示の有無にかかわらず心肺蘇生等を継続し医療機関に搬送する。

4. 提示された書面の内容の確認

提示された書面について、①傷病者等の記載に関すること、②かかりつけ医の記載に関することを確認する（**図表 3**）。書面の確認は、心肺蘇生等を中止することなく行う。医師の指示書は、すみやかに記載事項の確認ができ、直ちにかかりつけ医の連絡先がわかる書面が望ましい。医師の指示書様式の例を**図表 4**に示す。

5. かかりつけ医等への連絡

救急隊は、ここまでの過程で心肺蘇生等を中止することが適切であると判断した場合には指示書等に記載のあるかかりつけ医に連絡をとる。そして、傷病者と心肺停止の状況や、指示書等の書面の内容について伝える。連絡を受けたかかりつけ医は、心肺蘇生等の中止の是非を判断し、救急隊にその指示を伝える。

かかりつけ医等へ連絡がつかない場合には、都道府県MC協議会等の取り決めにに基づきオンラインMC医に連絡をとる。オンラインMC医は、傷病者と心肺停止の状況（**図表 2**）等の報告を受けたうえで、人生の最終段階に至る原因となった病態による心肺停止であることが十分に推測される等、心肺蘇生等の中止が不適切な状況でないと判断できた場合であって、かつ、提示された書面の内容の確認（**図表 3**）で、ア～キまでのすべての記載が確認できた場合には心肺蘇生等の中止を指示することを考慮する。

なお、医師の心肺蘇生等の中止の指示は、死亡診断を意味するものではない。

6. 医師の指示に基づく心肺蘇生等の中止

かかりつけ医、もしくはオンラインMC医より心肺蘇生等の中止の指示があった場合は、救急隊は、家族や関係者に医師から指示があったことを伝え、心肺蘇生等を中止する。明確な指示がなければ、心肺蘇生等を継続し医療機関に搬送する。

心肺蘇生等の中止後も、医師によって死亡診断されるまでは命ある身体として傷病者に対応すべきである。

7. 心肺蘇生等の中止後の対応

心肺蘇生等を中止したあとに医師による死亡診断をどのように行うか等の対応については、都道府県MC協議会等においてあらかじめ定めておく。救急隊はそのあらかじめ定められた対応に沿って活動する。

8. 救急活動記録票等への必要事項の記載と事後検証

医師の指示に基づいて心肺蘇生等を中止したか、もしくはそれを検討した際には、**図表 5**の項目等について救急活動記録票等に記載する。そして、そのような事例については、都道府県MC協議会等において事後検証を行う。検証結果は、地域プロトコルの修正、救急隊やオンラインMC医等の対応の改善や研修に反映させる。

図表 1 標準的活動プロトコール

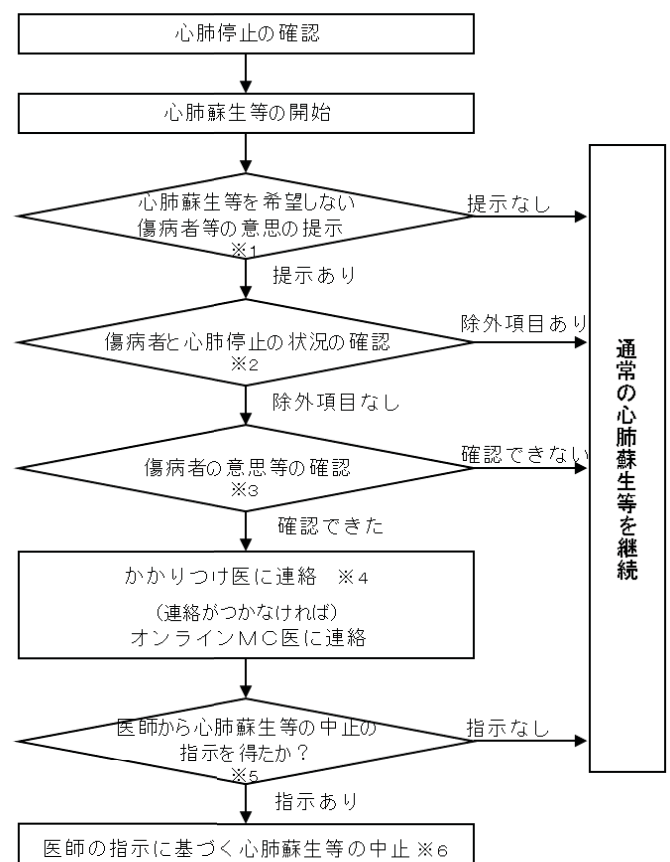
人生の最終段階にあり心肺蘇生等を希望しない意思を示した
心肺停止事例に対する救急隊の標準的活動プロトコール

○基本的な事項

- ・ 傷病者が明らかに死亡している場合はプロトコールの対象外である
- ・ 心肺停止を確認したら、心肺蘇生等を希望しない旨の提示の有無にかかわらず、心肺蘇生等を開始する
- ・ 判断に迷うことがあれば心肺蘇生等の継続を優先する
- ・ 心肺蘇生等の中止は、「処置の中止」であり、「死亡診断」を意味するものではない

○備考

- ※1・救急隊側から積極的に傷病者の意思等を確認する必要はない
 - ・ 原則として書面の提示をもって傷病者等の意思の提示とし、口頭で伝えられた場合は書面の有無を尋ねる
- ※2・心肺蘇生等を継続しつつ除外項目の有無を確認する
- ※3・心肺蘇生等を継続しつつ意思表示の書面を確認する
- ※4・書面等に記載のある「かかりつけ医」に連絡する
 - ・ かかりつけ医に連絡がつかない場合は、オンラインMC医に連絡する
 - ・ ※2、3で確認した状況を医師に伝え、判断を求める
- ※5・連絡を受けた医師は、現場からの情報などから心肺蘇生等の中止の是非を判断し、指示する
 - ・ 医師の中止の指示は、死亡診断を意味するものではない
- ※6・心肺蘇生等の中止後も、医師による死亡診断までは、命ある身体として傷病者に対応する
 - ・ 心肺蘇生等の中止後の対応については、都道府県MC協議会等であらかじめ定めておく



※人生の最終段階にある傷病者が心肺蘇生等を希望していない場合は119番通報をしないのが望ましいが、それでもなお119番通報がなされた場合にこの活動プロトコールを適用する

図表 2 傷病者および心肺停止の状況の確認

① 傷病者の状況
ア 年齢と性別 イ 散瞳の有無（5mm 以上）、対光反射の有無 ウ 皮膚の冷感の有無 エ 肘、膝関節の硬直の有無 オ 体幹、四肢下面の皮膚変色の有無 カ 心電図モニターの波形 ※医師による心肺蘇生等の中止の指示があるまでは、適応波形には電気ショックを行う。
② 心肺停止の状況
キ 心肺停止に至った状況 ク 心肺停止の目撃の有無 ケ 家族や関係者による心肺蘇生の実施の有無 コ 家族や関係者の心肺蘇生等の希望の状況 サ 心肺停止に至るまでの既往歴、生活歴
除外項目
以下に該当すれば心肺蘇生等を継続する
・ 外因性心肺停止を疑う状況（交通事故、自傷、他害等） ・ 心肺蘇生等の継続を強く求める家族や関係者がいる場合

※「① 傷病者の状況」については、消防庁通知「救急活動時における適正な観察の実施について」（消防救第 36 号 平成 26 年 2 月 24 日）を参照

図表 3 提示された書面の確認

① 傷病者等の記載に関すること
ア 心肺蘇生等を希望しない旨の表示 イ 傷病者または代諾者による署名（もしくは記名と捺印） ※書面に記載の氏名と心肺停止傷病者とが一致することを家族、関係者に確認する ウ 傷病者または代諾者が署名（もしくは捺印）した年月日
② かかりつけ医等の記載に関すること
エ かかりつけ医等による心肺蘇生等を実施しない旨の指示 オ かかりつけ医等の署名（もしくは記名と捺印） カ かかりつけ医等の署名（もしくは記名と捺印）した年月日 キ かかりつけ医等の連絡先

図表 4 心肺蘇生等に関する医師の指示書（様式の例）

心肺蘇生等に関する医師の指示書（例）

当該患者が心肺停止となった場合、患者（あるいは代諾者）の自発的な意思に基づいて行われた「心肺蘇生等を受けない」決定を尊重し、心肺蘇生等を実施しないでください¹。指示にあたっては標準的な医療水準等を考慮し、患者（代諾者）と多専門職の医療従事者間において十分な話し合いを行ったうえで、意思決定についての合意が形成されています。

患者氏名： _____ 生年月日： _____ 年 月 日
 連絡先電話番号： _____ - _____
 住所： _____ 県 _____ 市 _____ 町
 病状の概要：（終末期の状況など）

医師署名欄： _____ 平成 _____ 年 月 日
 医療機関の名称： _____
 所在地 _____ 県 _____ 市 _____ 町
 連絡先電話番号 _____ - _____
 もしくは _____ - _____ （時間外など）

<患者（代諾者）記入欄>

私は、何者にも強制されず、治療についての判断ができる状態で「心肺蘇生等を受けない」決定をしました。心肺蘇生等を受けなければ命が失われることを理解したうえで、上記の指示内容についてかかりつけ医等と十分に話し合い、ここに同意いたします。^{2,3}

患者署名欄⁴： _____ 平成 _____ 年 月 日
 （代筆した場合、代筆者の氏名： _____ 患者との関係： _____）
 代諾者署名欄⁵： _____ 患者との関係： _____

¹ かかりつけ医等の心肺蘇生等の非実施の指示

² 心肺蘇生等を希望しない旨について、かかりつけ医等と話し合ったうえで同意するという意思表示。患者が署名する場合、かかりつけ医等は、患者が健やかな精神状態にあり、治療方針に同意する能力があることを確認する。代諾者が署名する場合、代諾者は、患者の事前の意思、信念、価値観などを考慮して署名する。かかりつけ医等は、代諾者による同意が患者の事前の意思や信念等を反映したもので、標準的な医療水準等を考慮した合理的な判断であることを確認し、代諾者の連絡先と合わせて患者のカルテに記録する。

³ かかりつけ医等は、患者もしくは代諾者と指示内容について話し合った日付を患者のカルテに記録する。

⁴ 手が不自由など、患者が自分で署名することができない場合は代筆可。その場合はカッコ内に代筆者の氏名、患者との関係を記載する。

⁵ 患者が自分で判断できない場合は、代諾者（家族等）が署名する。ここで言う代諾とは、患者本人に十分な判断能力が備わっていない場合、患者の代わりに同意・承諾することを指す。

図表 5 救急活動記録票への記載項目

① 医師の指示書等の書面に関すること
ア 書面を確認した時刻 イ 傷病者等の記載に関すること（図表 3 参照） ウ かかりつけ医等の記載に関すること（図表 3 参照） エ 書面の患者名と傷病者が同一人であることを確認した方法 オ 書面等を確認した者の氏名
② 傷病者と心肺停止の状況に関すること
カ 傷病者の状況（図表 2 参照）と確認した時刻 キ 心肺停止の状況（図表 2 参照）と確認した時刻
③ かかりつけ医との連絡に関すること
ク かかりつけ医への連絡の有無、その時刻 ケ かかりつけ医の所属医療機関の名称、医師の氏名 コ かかりつけ医からの指示、指導・助言内容
④ オンラインMC医との連絡に関すること
サ オンラインMC医への連絡の有無、その時刻 シ オンラインMC医の所属医療機関の名称、医師氏名 ス オンラインMC医からの指示、指導・助言内容
⑤ 救急隊の活動内容に関すること
セ 救急隊の処置内容とその時刻（中止した処置も含めて記載） ソ 家族、関係者への説明内容（かかりつけ医やオンラインMC医からの指示、指導・助言の内容、搬送予定医療機関の名称等）

V. 都道府県メディカルコントロール協議会等で必要な事前調整、準備

医師の指示に基づいて心肺蘇生等を中止することを実際に運用する際には、都道府県MC協議会等で十分な準備が必要となる。具体的には、①「標準的活動プロトコール」を参考とした地域プロトコールの策定、②地域プロトコールに基づく指示、指導・助言体制、③救急隊員やオンラインMC医を対象とした研修、④活動が適切に実施されたかを検証する事後検証体制の整備等である。これらは都道府県MC協議会等のみならず地域の医師会、介護・福祉施設の関係者等も含めた合意の形成が必要となる。体制の整備について、とくに留意が必要な点を次に示す。

1. 心肺蘇生等の中止に係るプロトコールの策定

「標準的活動プロトコール」は心肺蘇生等を中止したあとの対応については触れていない。したがって、「標準的活動プロトコール」を参考とした地域プロトコールを策定する際には、実際の運用に先んじて中止後の対応についても手順を定めておく必要がある。心肺蘇生等の中止後に、かかりつけ医がすみやかに救急現場に駆けつけることで、救急隊はその医師に傷病者を引き継ぎ、救急車による搬送の対象とはしない手順とするのが望ましい。いずれにしても救急隊の役割を踏まえたうえで、地域の実情に合わせた対応を事前に決めておく。

2. オンラインMC医による心肺蘇生等の中止の判断基準の策定

先に述べたとおり、オンラインMC医は傷病者の心肺停止前の状況を事前に把握していないため、心肺停止の状況がかかりつけ医の想定した範囲の事象であるか等の判断は難しい。そのため傷病者の意思等の確認や心肺蘇生等の中止の判断は、かかりつけ医に比べより慎重に行う必要がある。そのような判断の仕方を含め、連絡がとれない場合の対応手順を都道府県MC協議会等において取り決め、かかりつけ医とオンラインMC医との間で共有する。地域の必要性に応じて、傷病者の全身状態や心電図波形等の詳細な基準を策定してもよい。

3. 医療機関や関係機関への周知と調整

救急隊が円滑に活動するためには、医師の指示に基づいて心肺蘇生等中止する場合があることについて、地域の医師会、介護・福祉施設の関係者等と十分な協議を重ねて合意を形成しておくことが不可欠である。さらに、心肺蘇生等を希望しない傷病者等の意思表示を記した書面の様式、記載事項、連絡等についても十分に理解を得ておく必要がある。

また、消防本部、医療機関、介護・福祉施設の関係者等のみならず、地域の住民の理解が必要不可欠であり、十分な広報が望まれる。とくに、リビングウィルや事前指示書等の取り組みが広がりつつある高齢者施設等に対しては、どのような場合に119番通報を行うかも含めて、周知と調整が必要である。

VI. おわりに

多くの心肺停止傷病者やその家族は、救急隊に救命を求めている。一刻を争う差し迫った状態では、すべての傷病者に対して、一律に心肺蘇生等を実施するのもやむを得ない面もある。一方で、一律の対応では、人生の最終段階の過ごし方について傷病者が家族やかかりつけ医等とともに熟慮したうえで書面にしたためた意思に添えない状況が生じる。このように相反する状況に配慮し、傷病者全体の利益と傷病者個人の意思がともに尊重される体制となるように本提言を取りまとめた。本提言をもとに、そのような体制の整備が、各都道府県MC協議会等の取り組みによって着実に進むことを期待する。

過日に成立した「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」では、医療提供体制等の構築にあたって「政府は、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重され、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境の整備を行うよう努めるもの」（第四条5）とされている。今後は、地域での取り組みとあわせて、消防庁や厚生労働省等の国の行政においても、傷病者等の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方について、より広範な視点から検討を望むところである。

なお、人生の最終段階にある傷病者が心肺蘇生等を望まないのであれば、119番通報に至らないのが理想であろう（※7）。そのような社会の実現のために関係各位の取り組みが求められる。とくに、医療関係者のみでなく、介護・福祉施設の関係者や地域住民等の参加が重要となる。

※7 心肺停止の傷病者を救命するためには、一刻も早い119番通報が必要となる。その傷病者が心肺蘇生等を望むか否かを確認してから通報するのでは遅い。そのため、119番通報がなされたあとで、心肺蘇生等を望まないことが明らかになる事例の発生はやむを得ない面がある。

参考文献

- 1 平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)「救急医療体制の推進に関する研究」救急業務における心肺蘇生の開始、中止に関わる現状に関するアンケート調査(研究分担者 田邊晴山)
- 2 平成 26 年度 全国消防長会救急委員会秋季常任委員会資料
- 3 平成 26 年 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書(平成 26 年 3 月) 厚生労働省
- 4 平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)「救急医療体制の推進に関する研究」(研究代表者 山本保博)消防本部における傷病者等が救命処置を希望しない場合の心肺蘇生の実施についての状況調査報告書
- 5 American Heart Association 2015 「Guidelines for CPR & ECC」
- 6 日本蘇生協議会 2016 「JRC 蘇生ガイドライン 2015」 医学書院