

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」

研究代表者 山本保博 日本私立学校振興・共済事業団東京臨海病院 病院長

分担研究報告書
救急救命士等の心肺蘇生の中止に関する研究

研究分担者 田邊晴山 一般財団法人救急振興財団 救急救命東京研修所 教授
近藤久禎 国立病院機構災害医療センター 政策医療企画研究室長

研究協力者 橋本雄太郎 杏林大学総合政策学部 教授
畑中哲生 一般財団法人救急振興財団 救急救命九州研修所 教授
丸川征四郎 医療法人医誠会 医誠会病院 病院長

要旨

（目的）傷病者が心肺蘇生の実施を希望していない場合や、医療機関までに悪路を長時間搬送する必要があり蘇生の可能性が絶望的な場合などを対象に、救急救命士等が適切に心肺蘇生を中止するための標準的な指針の策定を望む声がある。本研究は、今後の指針の作成をみすえ、まずは心肺蘇生の中止に関する現状等を把握することを目的とする。

（方法）心肺蘇生の中止に関する、関係者の意識や指針等の整備の状況について、アンケート調査や既存の資料調査を行った。

（結果）アンケート調査において、救急隊員の 17%が、傷病者本人がリビングウィルなどの書面によって心肺蘇生を希望しない意思を示した心肺停止事例を経験したことがあり、これに対して、傷病者の意思にかかわらず心肺蘇生を継続したものが 70%であった。救急隊員の 90%が活動基準の策定を希望した。既存の資料の調査によって、地域では先進的な取り組みや検討が始まりつつあり、主治医の判断の下に、心肺蘇生の中止を可能としているところがあることがわかった。

（考察）救急救命士等は、多くの場合、心肺蘇生を行い医療機関に搬送することを選択していることが本アンケート調査で裏付けられた。この背景には、どのような心肺停止傷病者に対しても、自己心拍の再開をめざし、胸骨圧迫などの心肺蘇生を実施することを原則としてきたことがあげられる。傷病者の救命を第一に活動してきた救急救命士等が、救命を希望する多くの傷病者への迅速な対応が損なわれないことを優先すれば当然の対応であろう。一方で、傷病者ごとの個別対応を考えたとき、人生の最終段階の過ごし方について、傷病者が、熟慮し、選択し、書面に書き記した希望が叶えられない場合が生じる。このことは実際に現場対応を迫られる救急救命士等にとっても、大きな課題となっている。これが心肺蘇生を希望しない意思を示していた心肺停止事例に対する標準的な指針の策定を望む声につながっていると考えられる。

（結論）傷病者が心肺蘇生の実施を希望していない場合や、医療機関までに悪路を長時間搬送する必要があり蘇生の可能性が絶望的な場合などを対象に、心肺停止事例に対する標準的な指針の策定について議論を深めることが望まれる。

A. 背景・目的

院外で心肺停止となった者に対して 119 番通報がなされた場合、傷病者がリビングウィルなどによって心肺蘇生を希望していないことを示している場合であっても、消防機関の救急救命士、救急隊員（以下、「救急救命士等」と略す）は、多くの場合、心肺蘇生を行い医療機関に搬送する。しかしながら、傷病者の自己決定権を尊重するならば、119 番通報による出動(*1)であっても傷病者の意思等に基づいて心肺蘇生を中止する体制が望まれる。

*1 傷病者が心肺蘇生の実施を希望していない場合には、「119 番通報をしない」のが望ましいのであろうが、現時点では、本人以外の者により 119 番通報がなされる現実があるとされる。

また、山岳地帯や遠洋で心肺停止となった者の救助事例等では医療機関まで悪路の中を長時間搬送する必要があるが、生存の可能性が絶望的な場合には、搬送に要する時間や救助者側の安全の確保などを考えると、現場において心肺蘇生を断念せざるをえない状況がある。

しかしながら、これまで心肺蘇生の中止の判断は、死が明らかな場合(*2)を除いて原則として医師のみが行うという考えが一般的で、上記のような状況で救急救命士等が心肺蘇生を中止するための手順は明らかになっていない。

*2 例えば、頭部轢断など非可逆的な死の徴候を示している場合は、医師でなくても死亡と判断してよいとされている。¹

今後、傷病者の自己決定権の尊重がより重要となる中で、また、高齢登山者等の増加が進む中で、傷病者が心肺蘇生の実施を希望していない場合や、医療機関までに悪路を長時間搬送する必要があり、かつ蘇生の可能性が絶望的な場合などを対象に、救急救命士等が適切に心肺蘇生を中止するための標準的な指針の策定を望む声がある。

本研究は、今後の指針の作成をみすえ、まずは心肺蘇生の中止に関する現状等を把握することを

目的とする。

B. 方法

心肺蘇生の中止に関する、関係者の意識や指針等の整備の状況について、アンケート調査や既存の資料調査を行った。具体的調査内容については、次のとおりである。

- (1) 救急隊員を対象にした救急業務における心肺停止の中止に関するアンケート調査
- (2) 地域における心肺蘇生の中止に関する活動基準に関する調査
- (3) 現在のガイドラインでの記載内容についての調査

C. 結果

(1) 救急隊員を対象にした救急業務における心肺停止の中止に関するアンケート調査の結果 全国の救急隊員 295 名に対して、アンケート調査を実施した。その結果の要約は次のとおりであった。（詳細は、(資料 A) を参照）

- ・救急隊員の 17%が、傷病者本人がリビングウィルなどの書面によって心肺蘇生を希望しない意思を示した心肺停止事例を経験したことがある。
- ・これに対して、傷病者の意思に従い心肺蘇生を中止したのが 25%で、心肺蘇生を継続したものが 70%であった。
- ・心肺蘇生を中止した場合、47%は活動基準に基いたものではない（活動基準が定められていない場合も含む）が、42%は活動基準に基いて中止されていた。
- ・書面によって意思を示した傷病者に対する活動基準が定められているのはおよそ 20%であり、およそ 80%は決めていなかった（不明を除く）。
- ・決めていない地域の救急隊員の 90%が活動基準の策定を希望した。
- ・書面以外の方法で希望しない意思を示した事例

については47%の隊員が経験したことがある。

・救急隊員の17%が、山岳地帯や遠洋で発生した心肺停止事例など悪路のため適切な治療が継続できず傷病者の予後が絶望的と判断される心肺停止事例を経験したことがある。

・これに対して、心肺蘇生を中止したのが20%で、心肺蘇生をできる場面だけでも継続したものが73%であった。

・心肺蘇生を中止した場合、61%は活動基準に基いたものではない（活動基準が定められていない場合も含む）が、28%は活動基準に基いて中止されていた。

・山岳地帯や遠洋で発生した心肺停止事例など悪路のため適切な治療が継続できず傷病者の予後が絶望的と判断される傷病者に対する活動基準が定められているのはおよそ6%であり、およそ94%は定めていなかった（不明を除く）。

・定めていない地域の救急隊員の72%が活動基準の策定を希望した。

(2) 地域における心肺蘇生の中止に関する活動基準に関する調査の結果（具体的な例）

①岐阜県の救急活動プロトコール（資料B）

心肺蘇生を希望しない意思表示がされている場合は、心肺蘇生を実施しながら、並行して主治医に連絡を取り、主治医から「心肺蘇生を行わない」旨の指示が得られれば、心肺蘇生を中止する活動基準が定められている。

②浜松市の医療機関による取り組み（資料C）

浜松市内の在宅療養を受けている終末期傷病者で、心肺蘇生を希望しないことを明示しており、主治医も同意している傷病者が、救急隊を要請した場合に、傷病者の意思表示に従った心肺蘇生をメディカルコントロール医師の指示のもとに行う体制の提案を行っている。

③山梨県 MC 協議会の定めた富士山における心停止対応ルール（資料D）

山梨県 MC 協議会において、「富士山における心停止対応ルール」として、「15分以上蘇生術を施行しても心拍再開しない場合、または AED を使用してもショック適応外と判断された場合は蘇生術を中止してよい」としたルールを採択している。

(3) 現在のガイドラインでの位置づけ

①わが国における心肺蘇生のガイドライン（救急蘇生法の指針2010）（資料E）

わが国における心肺蘇生のガイドラインでは、「医師以外の者が死亡診断を行うことは法的に禁止されていることから、実質的に死亡の診断が前提となる蘇生行為の不着手・不搬送を決定することはできない」と記載があるという記載がある一方で、倫理に関する原則として、「蘇生行為が傷病者にとって明らかに無益、あるいは傷病者が希望しない意思が明確な場合は、蘇生を開始するべきでない。」とも記載しているⁱⁱ。

②米国における心肺蘇生のガイドライン（AHA 2010）（資料F）

「オンラインによるリアルタイムでの医師の指示によって、心肺蘇生を中止することも可能であろう」と報告し、心肺蘇生を中止するプロトコールがなければ、“pseudo resuscitation”（偽りの心肺蘇生：しているふりをした心肺蘇生）が行われることも報告しているⁱⁱⁱ。

D. 考察

（現状）

「人生の最終段階における医療に関する意識調査」（平成26年、厚生労働省）によると、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など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」と回答した一般国民の割合は、およそ70%に達している。

このような国民意識を背景に、各地域において「できるだけ救命してほしい」、「なるべく自然な状態で見守ってほしい」などと記載した書面を各自に配布する取り組みが進められている。(資料 G: 八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会資料) これらの取り組みに伴い、119 番通報によって出動した救急救命士等が、傷病者本人が書面によって心肺蘇生を希望しない意思を示している心肺停止事例に遭遇する事例が増加している。本研究のアンケート調査においても救急隊員のおよそ 20%がそのような経験していることが確認できた。

このような事例に対して、救急救命士等は、多くの場合、心肺蘇生を行い医療機関に搬送することを選択していることも本アンケート調査で裏付けられた。この背景には、どのような心肺停止傷病者に対しても(ただし、頭部轢断など非可逆的な死の徴候を示している場合を除く)、自己心拍の再開をめざし、胸骨圧迫などの心肺蘇生を実施することを原則としてきたことがあげられる。傷病者の救命を第一に活動してきた救急救命士等が、救命を希望する多くの傷病者への迅速な対応が損なわれないことを優先すれば当然の対応であろう。そのため、本アンケート調査において明らかになったとおり、心肺蘇生を希望しない意思を示していた心肺停止事例への活動基準は多くの地域で定められていなかった。

しかし、一方で、傷病者ごとの個別対応を考えたとき、人生の最終段階の過ごし方について、傷病者が、熟慮し、選択し、書面に書き記した希望が叶えられない場合が生じる。人生の最終段階を穏やかに過ごすという傷病者の意思に叶えられないのである。このことは実際の事例に対応を迫られる救急救命士等にとっても、大きな課題となっている^{iv}。これが、本アンケートで明らかになった心肺蘇生を希望しない意思を示していた心肺停止事例に対する標準的な指針の策定を望む声につながっていると考えられる。

もとより心肺蘇生を希望していないのであれば、

119 番通報をせずにかかりつけ医などに連絡するのが本来の対応であり、そのような社会を目指していく必要がある。しかしながら、現実として、そのような状態でも傷病者の家族などが 119 番通報をしてしまう状況を 20%近くのもの救急救命士が経験しているなかで、標準的な活動基準の策定望まれているのだろう。

(これまでの取り組み)

幾つかの地域では、先進的な取り組みや検討が始まっている。(資料 B) では、主治医の判断の下に、心肺蘇生の中止を可能としている。これにより傷病者の意思に沿った心肺蘇生の中止が行われている。ただ、主治医に連絡が取れない場合の対応について課題が残る。(資料 C) では、メディカルコントロール医師の指示のもとに対応する仕組みについて提案している。主治医にいつでも連絡が付く状態では必ずしもなく、また、現場に出動した救急救命士等の判断のみはその救急救命士に過剰な負担ともなりかねない状況で、メディカルコントロール医師が、現場の救急救命士からの報告に基づいて心肺蘇生の中止を判断する仕組みである。米国のガイドラインにおいては、(資料 F) のとおりの記載があり、実際に、メディカルコントロール医師の指示のもとに心肺蘇生を停止する仕組みが整備されている^v。

(今後の対応)

これまでの取り組みを踏まえて、(資料 H) のとおり、メディカルコントロール医師等の指示に基づいた、心肺蘇生を希望しない意思を示した心肺停止事例に対する標準的な活動基準の素案を作成した。また、この素案を策定するにあたり生じた論点を(資料 I) のとおりまとめた。

今後は、指針の策定についての議論を深めるために、この素案をより具体的なものとして、その実現性について評価を試みる。併せて、医療機関までに悪路を長時間搬送する必要があり、かつ蘇

生の可能性が絶望的な場合などを対象とした活動基準の素案の作成を試みる。

救急の現場では、救急救命士が得ることのできる情報や時間は、著しく限られている。傷病者の状況、その場に居合わせた家族等との関係などが必ずしも十分に把握できる状況ではない。救命を希望する多くの心肺停止傷病者への迅速な心肺蘇生が損なわれることなく、心肺蘇生を希望しない傷病者にも適切に対応することは現実的には困難かもしれない。しかしながら、「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とする」(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第四条五)ことは国の責務とされている。心肺蘇生を希望しない傷病者にも適切に対応できる体制について、少なくとも議論を深めていく必要はあるのではないか。

E. 結論

傷病者が心肺蘇生の実施を希望していない場合や、医療機関までに悪路を長時間搬送する必要がある蘇生の可能性が絶望的な場合などを対象に、心肺停止事例に対する標準的な指針の策定について議論を深めることが望まれる。

F. 参考文献

- i 救急救助問題研究会(2013年). 例解 救急救助業務 東京法令出版
- ii 日本救急医療財団(2012) 救急蘇生法の指針2010 へるす出版
- iii Morrison et al, Part 3: Ethics 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Circulation. 2010;S667
- iv 橋本雄太郎(2014年) 救急活動をめぐる喫

緊の法律問題 東京法令出版株式会社
v HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY,
NEW/REVISED 2009 EMERGENCY MEDICAL SERVICES
TREATMENT PROTOCOLS/POLICIES. 2009:S414

G. 研究発表

1. 論文発表(著者氏名・発表論文・学協会誌名・発表年(西暦)・巻号(最初と最後のページ))

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他(研究課題の実施を通じた政策提言(寄与した指針又はガイドライン等))

なし

