

補遺 救命処置に関する倫理と法

日本蘇生協議会（JRC）蘇生ガイドライン 2025

普及・教育のための方策（EIT）作業部会員（五十音順）

石上 雄一郎	麻生飯塚病院連携医療緩和ケア科
金澤 健司	加古川中央市民病院総合内科
木口 雄之	大阪急性期・総合医療センター・診療科
小林 正直	市立豊中病院救急科
齊藤 紀彦	日本赤十字社事業局救護・福祉部
佐久間 あゆみ	東京都済生会向島病院看護部
田島 典夫	小牧市消防本部
土屋 翼	日本医科大学武蔵小杉病院救命救急科
船越 拓	東京ベイ・浦安市川医療センター救命救急センター
本間 洋輔	千葉市立海浜病院救急科

共同座長（五十音順）

武田 聡	東京慈恵会医科大学救急医学講座
名知 祥	岐阜県厚生農業協同組合連合会中濃厚生病院救命救急センター

担当編集委員（五十音順）

松山 匡	京都府立医科大学救急医療学教室
------	-----------------

顧問

石見 拓	京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻予防医療学分野
------	------------------------------

目次

1.	救命処置に関する倫理と法（独自）	3
2.	用語や考え方の変化	3
3.	POLST	5
4.	わが国の人生の最終段階における医療・ケアの倫理的な課題	6
5.	バイスタンダーの参加に関する議論と法の整備と世論	8

1. 救命処置に関する倫理と法（独自）

ILCOR の CoSTR をもとに作成した JRC 蘇生ガイドライン 2010 において、「アドバンス・ディレクティブの存在が救命処置行為に与える影響」について以下のように述べた。「無益な救命処置行為を減少させ、患者の希望を尊重することを目的に、生命維持処置の実施を制限するアドバンス・ディレクティブ〔リビングウィルや DNAR 指示, Physician Orders for Life Sustaining Treatment (POLST) など〕の適用が考慮されることが妥当である。アドバンス・ディレクティブの記述は明確かつ詳細で、さまざまな医療現場において共有でき、容易に理解できなければならない。医療従事者が行う救命処置に関して、患者の希望が尊重されるような社会を実現していくためには、その社会的規範や法に許容される範囲内で、救命処置の実施を制限するにあたって必要な手続きを示すプロトコルを策定するなどの体制整備を行うことが妥当である。」

ILCOR は以後、倫理に関するトピックを設けていないが、JRC 蘇生ガイドライン 2025 では、倫理に関して、この 15 年間のわが国での新たな動向やトピックを記述することとした。なお生命倫理に関する基本的な事項については、JRC 蘇生ガイドライン 2015 を再度参照いただきたい。2010 年以降に発表された主要な提言・勧告・指針・報告・ガイドラインは下記のとおりである。

2014 年 救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3 学会合同からの提言～

2015 年 日本版 POLST (DNAR 指示を含む) 作成指針 (日本臨床倫理学会)

2016 年 DNAR 指示のあり方についての勧告 (日本集中治療医学会)

2017 年 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 (日本臨床救急学会)

2018 年 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)

2019 年 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 (総務省消防庁)

2020 年 人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドライン (日本医師会)

2024 年 高齢者救急問題の現状とその対応策についての提言

高齢者救急に関する用語の統一概念

2025 年 救急集中治療における生命維持治療/差し控えに関するコンセンサスガイドライン (2025 年完成予定)

2. 用語や考え方の変化

近年、厚生労働省や日本医師会は「終末期医療」や「ターミナル・ケア」の代わりに、「人生の最終段階における医療・ケア」(後述参照)と表現している。これに伴い、「終末期の状態」をエンドオブライフ (End Of Life : EOL), 「ターミナル・ケア」を EOL ケアと表現することもある。本章では引用元で「終末期医療」と記載されている場合、用語を「人生の最終段階における医療・ケア」と置き換えて表現することとした。

また最近、医療・ケアの決定に際しては、アドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning : ACP) という概念が強調されるようになっている。

救急領域では ACP, AD (Advance Directive), DNAR (Do not Attempt Resuscitation) が混同されていることがよくあるのでまず用語の整理をする。

DNAR 指示

患者本人または患者の意思を推定できる者の CPR を受けないという意思決定に沿って医師が出す指示。DNAR 指示とは DNAR はあくまで心停止中に CPR をしないことであり、DNAR 指示は「人生の最終段階における医療・ケア」と同義ではない。日本集中治療医学会倫理委員会では、DNAR 指示に関して散見される誤解と誤用を指摘している。例えば、DNAR 指示で CPR 以外の治療不開始、差し控え・中止が多いこと、DNAR の協議過程が記されていないこと、人生の最終段階における医療・ケアと DNAR が混同され両者の理解が不十分であること、などである。

DNAR 指示が出ている患者が心停止でない場合に治療の不開始、差し控え、中止を行う場合は、改めて「人生の最終段階における医療・ケア」実践のための合意形成が必要である。DNAR は心停止の時に CPR を開始しないという限定的な指示であり、ILCOR や英国のガイドラインでは用語の誤解・誤用を少なくするために、DNAR とは呼ばずに DNACPR と表現されている。

リビングウィル

リビングウィルとは自分がどのような医療やケアを受けたいか、あるいは受けたくないか、どのような場所で最期を迎えたいか（自宅、病院など）などをあらかじめ自分の意思として書面（事前指示書）に残しておくもので、死亡後も続く自分の尊重されるべき意思である。

医療代理人

医療代理人とは、意思表示ができなくなった時に自分の代わりに意思を医療機関に伝える役割を担う人である。患者自身が、意思能力があるうちに代理人を指名し、配偶者、親族、親しい友人など、患者本人の意思や価値観を深く理解している人が選ばれることが一般的である。欧米ではリビングウィルに医療代理人の指定を含まれておらず、医療代理人指定書とリビングウィルの二本立てになっている。わが国ではリビングウィルに医療代理人の指定を含めてもよいが、法的効力はない。

アドバンス・ディレクティブ (AD)

アドバンス・ディレクティブ (AD) は、リビングウィルと医療代理人が合わさったより広範な概念であり、意思決定能力を失った際の医療行為に関して、あらかじめ自らの希望を示しておく具体的な指示である。

しかし 1995 年の SUPPORT 研究などを経て、AD のみでは必ずしも患者の価値観に合った治療が現場では提供できないことがわかった。書類よりもプロセスを重視して複雑な状況に対応することが必要となってきたため ACP が登場した。

アドバンス・ケア・プランニング (ACP)

厚生労働省は ACP を「人生の最終段階の医療・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」と定義している。デルファイ法を用いた日本の専門家のコンセンサスによる ACP の定義（2022 年）では、「必要に応じて信頼関係のある医

療・ケアチーム等の支援を受けながら、本人が現在の健康状態や今後の生き方、さらには今後受けたい医療・ケアについて考え（将来の心づもりをし）、家族等と話し合うこと」としている。

すなわち、ACP とは「もしもの時に備えて前もって最期に向けて本人にとって大切なことを話し合うプロセス」である。大切なことは「前もって話し合うこと」であり「何かを決めることが目標ではない」ということである。

本人の意思の確認ができない場合も多いが、その場合の進め方や考え方についても具体的に示されている。意思決定のプロセスとしては、原則として①→②→③の順番で進める。

- ① 本人の意思確認ができる場合は本人の意思を尊重する
- ② 本人の意思確認ができない場合は家族等から本人の推定意思を聴取する
- ③ 家族等が不在で本人の意思が確認できない場合は医療チームで最善のケアを考える

エンドオブライフディスカッション（EOLd）

その他にはエンドオブライフディスカッションという言葉はあるが、もう少し広い概念で終末期に関することを話し合うという意味で、医療上のこと（人工呼吸器など）医療と関係ないこと（葬儀、遺産、事業継承）なども含まれる。

また、意思決定スタイルは変遷しており、共同意思決定（Shared Decision Making）が必要となっている。医療者の情報と患者の価値観を合わせて、医療者と患者で一緒に意思決定を行う方法である。

用語の詳しい解説用語については、「高齢者救急に関する用語の統一概念」も参照してほしい。

3. POLST

2015 年に日本臨床倫理学会は、DNAR 指示によって CPR 以外の他の治療に対して差し控え・中止が行われている現状を鑑み、「生命を脅かす疾患」に直面している患者においては、他の医療処置の内容についても、具体的に十分に考慮する必要があるという観点から、「日本版 POLST（DNAR 指示を含む）」を公開した。

元来、POLST は米国で提唱された概念であり、その対象は深刻な生命を脅かす病状を持つ患者または進行したフレイルの患者とされた。

例として、医療者が 1 年以内に死亡しても驚かない患者（Surprised Question）、救急処置を要する可能性が高い患者、CPR・人工呼吸・集中治療についての治療方針を明らかにしておきたい患者、過去 12 か月間に複数回の予定外の入院があり、フレイルの進行、ADL の低下、進行性の体重減少を伴っている患者等が当たる。

POLST は、CPR についてだけでなく、他のどのような医療的処置をするのか、しないのかを話し合っておき、緊急時の判断を円滑に行うことを主眼に作られている。

(a) 苦痛緩和を最優先とする医療処置に留めるもの、(b) 緩和的処置に加え非侵襲的な医療行為（モニタリングおよび薬物投与）だけを行うもの、(c) 集中治療等の侵襲的医療も全て行うものという 3 段階に分けた指示を決めておくものである。

加えて事前指示の有無や、その他の医療処置として、人工栄養、抗菌薬や血液製剤の投与、透析、搬送するかなどを実施するかどうか含まれる。

しかし、人工栄養などについては、状況によって変わることであり、事前に決める必要は

ないのではないかと、緊急時に必要なことは、心肺蘇生や人工呼吸器であるという理由で、POLST から項目として削除されるところもある。

また POLST のような事前指示があれば、コミュニケーションをしなくていいわけではない。患者本人、家族等の関係者、医療ケアチームにおけるコミュニケーションが最も重要であり、倫理的に適切な意思決定プロセスを踏んで作成された POLST は携帯することができ、病院外で使用することができる。JRC は、JRC 蘇生ガイドライン 2015 から、患者の意思と尊厳を最重要視しつつ、家族らと医療チームの共通の理解のもとで本人にとって最適な医療を選択するための手段として、POLST を用いることは妥当であるとしてきた。

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

2017 年 3 月 31 日に日本臨床救急医学会から「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」が発出された。この提言が発出されるまでは、救急現場において規範となる指針は全く存在していなかった。

心肺蘇生等の処置・治療を希望していない人生の最終段階にある傷病者の状態悪化に際して、気が動転した家族などにより 119 番通報される事例は少なくない。このような事例に対して、救命を前提に出動した救急隊は、救命処置を継続せざるを得ず、苦慮することも多かった。本提言により、医師の指示書等の書面の提示があれば、救急隊は救命処置をしないことが許容されることが示された。

しかし、実際に書面等で意思表示をしている国民は全体の 8.1%に過ぎない。

CPR を望まない傷病者に関わる救急出動件数は 2019 年に 5,359 件あり、うち、かかりつけ医に連絡がとれたのは 2,814 件 (52.5%) で、CPR の中止は 884 件 (16.5%)、不搬送は 602 件 (全 11.2%) であったと報告されており、依然として CPR されながら搬送される事例が大多数というのが現状であった。一方で、2025 年に報告された「救急救命体制の整備・充実に関する調査」および「メディカルコントロール体制等の実態に関する調査」結果では、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事案について、対応方針を定めている消防本部が 72.2%と増加傾向であった。対応方針を定めている消防本部では、「家族等から傷病者本人の心肺蘇生を拒否する意思表示が伝えられた場合、医師からの指示など一定の条件のもとに、心肺蘇生を実施しない、または中断することができる」が最多で 62.1%、「家族等から傷病者本人の心肺蘇生を拒否する意思表示が伝えられても、心肺蘇生を実施しながら医療機関に搬送する」が 32.9%であった。徐々に、心肺蘇生を希望しないという意向に対応する消防本部は増えてきている。

本提言が示された 2017 年の時点では「心肺蘇生の実施を望まない意思」の確認は書面によるものが原則であったが、現在では書面に限らず口頭の情報提供も含めてよいという運用に拡大されているところも出ている。ただし、伝えられる方法によらず、「心肺蘇生の実施を望まない意思」の確認は必ずかかりつけ医等に行う必要がある。

4. わが国の人生の最終段階における医療・ケアの倫理的な課題

わが国のエンドオブライフケアの倫理的な問題点は、主に前述の日本集中治療医学会倫理委員会が指摘したとおりである。生命倫理が熟成しない要因は、国民的合意ができていないだけでなく、われわれ医療従事者の理解の浅薄さや対応の遅れにも問題がある。

人生の最終段階にある患者に対して希望があれば、主治医が前述のようなプロセスを経て、正式な DNAR 指示を書面で発効させておくことが期待されるが、その実施率は高くない（未実施率は病院で 49.0%，診療所で 76.6%，介護老人保健施設で 49.3%）。これは主に医療・介護機関側が中心となり解決していくべき課題であろう。各地域が地域包括ケアシステムや ACP に関する議論の場を設け、情報共有や意見交換などを積極的に行っていくこと、DNAR 事案に対応した具体的な件数を集計し、MC 協議会において事後検証することなどの対策の進展にも期待したい。

JRC は、倫理的な問題は救命処置に留まらないものの、救命処置教育コースを通じてわが国に生命倫理を熟成させていく努力が必要であると考え、これらのエンドオブライフケア、ACP に関するさまざまな倫理的な議論を従来の救命処置教育プログラムに組み込むことを提案したい。今後、どのような内容が参加する医療従事者あるいは市民にとって有用かといった議論が必要である。

ACP を補完するコミュニケーションスキル

一方で、ACP だけでは実際の現場でうまくいかないことも指摘されている。2018 年に行われた 80 の SysRev でも ACP が意思決定の質を上げたり、QOL の認識を改善するというエビデンスはなかった。Respecting choice という ACP のプログラムをもとにした RCT でも QOL に差がなかったという結果が出ている。

あらかじめ未来のことを話し合う ACP よりも、今の治療方針について患者家族とどう話すか？ のコミュニケーションにシフトしたほうがよいのではないかという意見が出ている。

その理由として Morrison は 5 つの理由を挙げている。

- ① ケアのゴールの話し合いには、転帰や病状に対する深い知識が必要である。
- ② 万が一の時の話は、リアルタイムな意思決定の複雑さ・感情・人間関係を反映していない。
- ③ 患者は先々のことや嫌なことを考えたくないし話したくない。
- ④ 重篤な疾患についての話し合いは簡単ではなく、コミュニケーションスキルの修練が必要である。
- ⑤ 医療が利益を追求していて、経済的な動機が意思決定に影響を及ぼす限り、本当の意味でのケアのゴールに一致したケアは提供できない。

すなわち、ACP が完璧に行われたとしても、現場での意思決定がうまくいくとは限らない。その結果、未来のことを話し合う ACP だけではなく、救急の現場で繰り返し話し合いながら合意形成をめざすコミュニケーションが必要となったっており、わが国では「緊急 ACP」とも呼ばれている。また、serious illness communication（重い病傷病をもつ患者とのコミュニケーション）が重要視されてきている。

コミュニケーションスキルの修練としては、米国のバイタルトークのトレーニングプログラムに基づいた日本語での研修「かんわとーく」や SICG という米国のアリアドネラボが出したコミュニケーショントレーニングプログラムコミュニケーションガイドなどがある。話す際に相手の感情に対応しながら、ケアのゴールにあわせたおすすめの治療法を医師が提示するという点が ACP とは大きく異なる。

救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン改訂

2014 年 11 月に集中治療医学会・救急医学会・循環器医学会の 3 学会で作成した「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3 学会からの提言～」の発表から、10 年が経過した。2014 年ガイドラインの示す終末期の定義に限定されない終末期像も指摘されるようになった。また、生命維持治療の終了や差し控えを判断した後に行うべき緩和ケアを盛り込む必要が出てきた。このため、従来の 3 学会に日本緩和医療学会が加わり、改訂されることになった。内容については、救急・集中治療領域で行われるべき基本的緩和ケアや生命維持治療終了の実際・症状緩和・家族ケアについても記載される予定であり、現場で実装していくことが期待される。

5. バイスタンダーの参加に関する議論と法の整備と世論

わが国には救護者が善意に基づいて実施した行為に対する免責、すなわち救護者を保護する法律はない。現行法上、民法第 698 条「緊急事務管理」の解釈により救護者保護に対応可能であるとする 1994 年の行政判断があるものの、免責される範囲が不明確で、責任を問われることは「まずない」という曖昧な表現にとどまっているため、生存率向上のための救命行為の促進にとって障害となることが懸念されてきた。

近年、SNS 上では、特に女性に対する救護活動において、救助行為がわいせつ行為やセクシュアルハラスメントと誤解され、刑事責任や民事責任を問われるのではないかと懸念が話題となっている。現行法の解釈に照らせば、正当な救護活動において刑事責任や民事責任を問われる可能性は極めて低いとされているが、救助者を明確に保護する法的枠組みが存在しない現状においては、市民が救護に踏み出すことに対する心理的な不安があることは容易に想像できる。

AED の普及や救急需要の増大によって市民を含む救護者による救命活動の機会が増加しており、救護者を保護する法整備を求める動きがあったが、まだ法制化されていない。

2023 年、日本賠償科学会と日本救急医学会により設置された「救護者保護に関わる合同検討委員会」により「救護者保護に関わる法的整理（法制化）についての提言」が公開された。この提言では、最終的には「社会を構成する市民全体における相互の救護」に関わる法制化の実現を見据え、まずは「医療従事者」によって善意に基づき、良識的、誠実に行われた救命行為の結果について責任を問わないという理念の下に法整備を行うことが求められている。

今後、市民や医療従事者が本来実施できるはずの善意の救護が、法的な不安によって躊躇することがないように、環境の変化に対応した法制化の議論が進んでいくことが望まれる。

バイスタンダー CPR における性別の格差については、本章の「救命に影響するシステムの要因 院外心停止の社会復帰率を高めるための方策 格差に対する配慮」、バイスタンダーへの精神的影響については、本章の「救助者への有害事象 精神的な影響」もそれぞれ参照されたい。