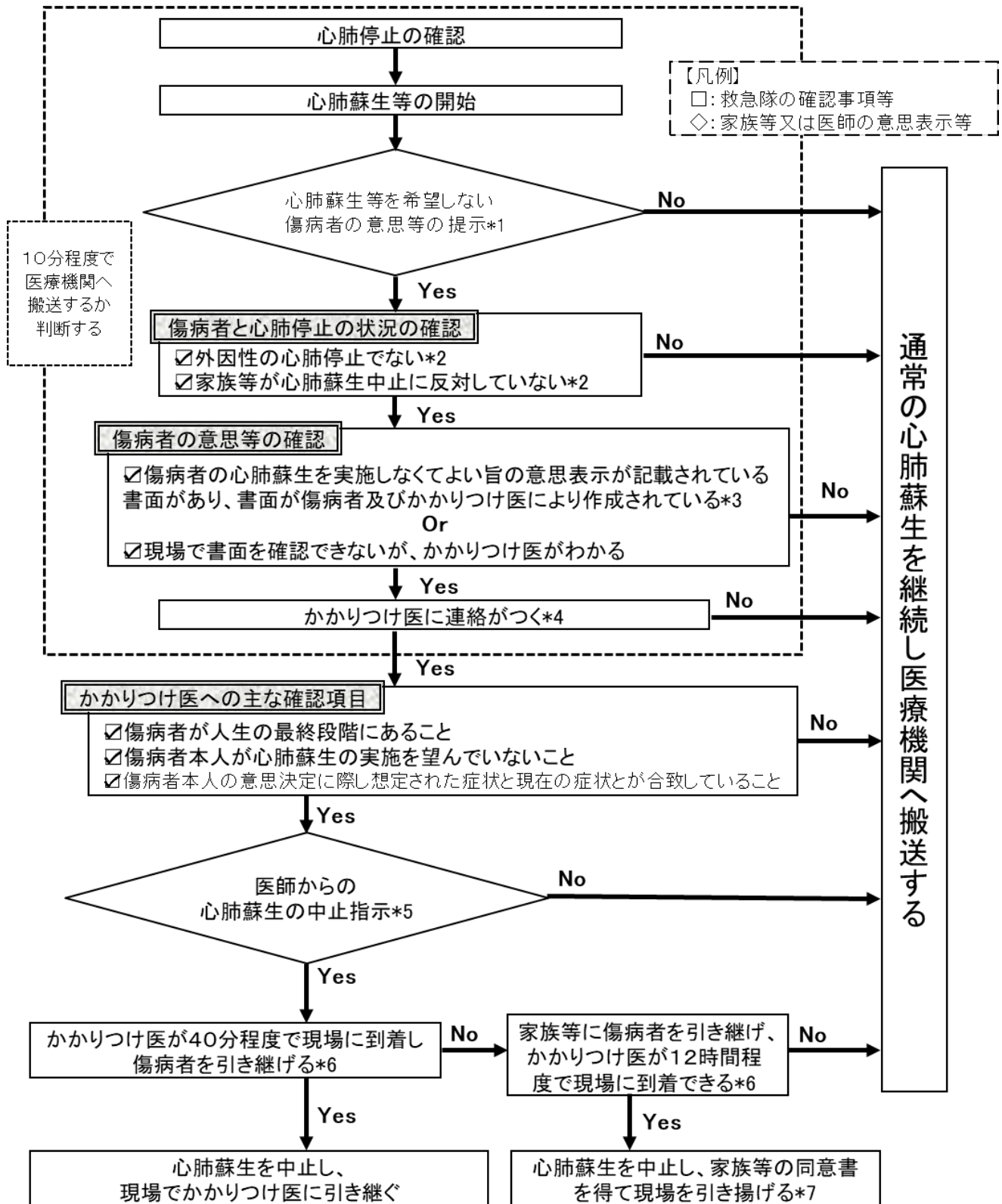


**人生の最終段階にあり
心肺蘇生を望まない心肺停止傷病者への
救急隊の基本的な活動ガイドライン**

尾張東部地区メディカルコントロール協議会

令和4年8月10日

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) 書面については、当協議会が定める様式(別記様式1)に準じた記載内容であれば、有効な書面とみなす。

*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、愛知県救急業務高度化推進協議会が示す同ガイドラインに表記されている時間を参考に算定。

*7:(家族等の同意書)

- 1) 当協議会が定める「医療機関への不搬送等同意書」(別記様式2)を使用する。

心肺蘇生等に関する医師の指示書

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：_____	市・郡	町		
症状の概要：（終末期の状況など）				

医師署名欄：_____ 年 月 日

医療機関の名称：

所在地 市・郡 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い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：_____ 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は、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載する。

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:

以上の記入日時: 年 月 日 時 分

【救急隊記入欄】

救急隊名	消防本部	救急隊
引き揚げ日時	年 月 日()	時 分
出勤場所		
救急隊長名		
備考		

※原本は消防本部が保管し、必要に応じて関係者へ写しを交付する。