

令和5年11月

医療機関 各位

一般社団法人焼津市医師会

平素より、本会事業運営に格別なご高配を賜り厚く御礼申し上げます。  
静岡県中部保健所より、心肺蘇生を望まない傷病者（DNAR）への救急隊の対応について、下記のとおり通知がありましたのでご連絡申し上げます。

添付資料の心肺蘇生等に関する医師の指示書（Excel シート）につきましては、本通知にも添付いたしますが、焼津市医師会 HP 上でも掲載いたします。

写

志榛M C 号外  
令和5年10月30日

志太榛原地域郡市医師会長様

志太榛原地域メディカルコントロール協議会長

心肺蘇生を望まない傷病者（DNAR）への救急隊の対応について（依頼）

日頃から、志太榛原地域メディカルコントロール協議会の運営に御協力いただき、厚く御礼申し上げます。

このことについて、令和5年9月28日付け志榛MC第16号で通知いたしました。

運用にあたり、会員の皆様が御記入する「心肺蘇生に関する医師の指示書」等  
下記の資料の配布について、御協力をよろしくお願いいたします。

なお、配布方法の例として、各医師会のホームページへ掲示し、ダウンロードにより指示書等  
を取得する方法、紙資料による配布等を御検討いただければ幸いです。

記

#### 1 配布資料

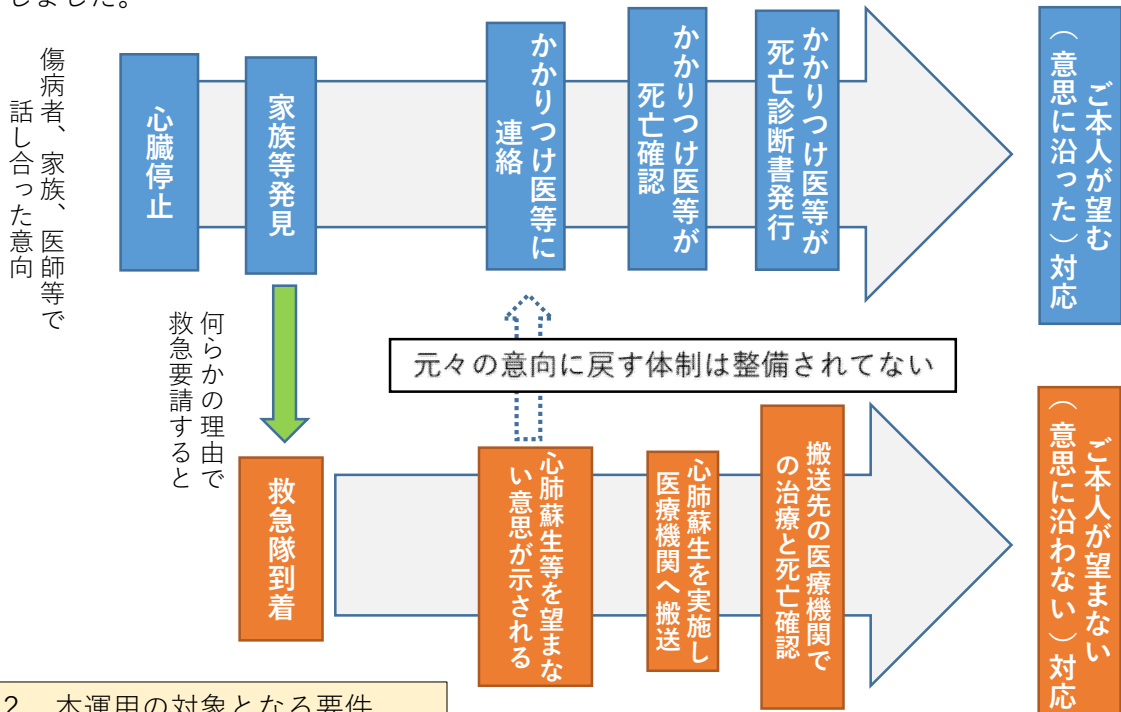
- (1) 心肺蘇生等に関する医師の指示書
- (2) 人生の最終段階にあたり心肺蘇生等を希望しない意思を示した  
心肺停止事例に対する救急隊の標準的活動プロトコール
- (3) 医療機関向け資料

担 当 中部保健所地域医療課原田  
電話番号 054-644-9273  
メー ル kfchuubu-iryuu@pref.shizuoka.lg.jp

## 心肺蘇生を望まない傷病者への対応について

### 1 背景

- 人生の最終段階にある傷病者の中には、家族等や医療・ケアチームとのACP（人生会議）により、自分が心肺停止となったときに「心肺蘇生等を希望しない意思」を持つ方がいます。
- 心肺停止時には、家族等がかかりつけ医に連絡して、御自宅でお看取りをすることが話し合われていれば、本来なら救急隊が介入することはありません。
- 実際には、慌ててしまった家族等関係者が救急要請する場合があります。
- 現行の制度では、救急隊は心肺蘇生等を実施して医療機関に搬送することとなります。
- こうした状況を踏まえて、可能な限り傷病者の意思を尊重できるように体制を整理しました。



### 2 本運用の対象となる要件

#### ① ACPが行われている成人で心肺停止状態であること

ACPが行われていない場合は含まれません。  
未成年や心肺停止前の傷病者は含まれません。

#### ② 傷病者が人生の最終段階にあること

回復不可能な疾病の末期、例えば悪性腫瘍の末期にある傷病者が対象です。

#### ③ 傷病者本人に「心肺蘇生等を希望しない意思」があること

家族等の意志ではなく、あくまでACPに基づく傷病者本人の意思があった場合が対象となります。

#### ④ 傷病者本人の意思決定に際し想定された症状と現症が合致していること

外因性（交通事故、自傷、他害等）が疑われる心肺停止は対象となりません。

○救急隊は、これらの項目を確認後、「かかりつけ医」の指示により心肺蘇生等中止し、「かかりつけ医」又は「家族等」に傷病者を引き継ぐこととしました。

### 3 運用の詳細

#### ① 心肺停止の確認

○心肺停止を確認した場合は、速やかに心肺蘇生を開始します。

(解説)

- ・救急隊の使命である救命を主眼においた活動を行います。
- ・傷病者本人に「心肺蘇生等を希望しない」意思があると示された場合には、意思表示の書面（医師の指示書等）を確認し、かかりつけ医に連絡します。
- ・明らかに死亡している場合（死後硬直や死斑が見られる場合）でも、かかりつけ医に連絡し、助言を求めます。

#### ② 意思確認の方法

○意思表示の書面（医師の指示書等）により対応します。

(解説)

- ・家族等から口頭で伝えられた場合は、書面（医師の指示書等）の提示を求めます。

#### ③ かかりつけ医への確認項目

○救急隊から、書面（医師の指示書等）に記載の電話番号へ連絡を入れます。

○救急隊は、傷病者の自宅電話又は携帯電話をお借りして電話します。

※電話連絡は10コール2回

○救急隊から、かかりつけ医に救急現場の状況を説明し、次の項目を確認します。

- ・傷病者が人生の最終段階にあること
- ・傷病者本人に「心肺蘇生等を希望しない」意思があること
- ・傷病者本人の意思決定に際し、想定された病状と現症が合致していること
- ・心肺蘇生等の中止の是非に関すること

(解説)

救急隊からの報告内容のみでは、上記項目を判断できない場合には、必要な情報を救急隊から聴取してください。

#### ④ かかりつけ医又は家族等への引継ぎ

○おおよそ45分以内にかかりつけ医が到着できる場合

医師の到着を待ち、直接引き継ぎます。

○おおよそ12時間以内にかかりつけ医が到着できる場合

家族等に引き継ぎます。

(解説)

○45分という時間は、在宅医の往診料が保険診療と認められる距離から算出しました。

○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しました。

### 4 留意事項

○かかりつけ医に連絡がつかない場合や、家族等又はかかりつけ医に傷病者を引き継げない場合は、心肺蘇生等を継続し2次医療機関に搬送します。

○心肺蘇生等を実施しない、死亡確認や死亡診断のための搬送は、総務省消防庁から「救急搬送に該当しないと考えられる」との見解が示されているため、医療機関に搬送することはできません。

○心肺蘇生等の中止は医師が直接行った指示に従います。医師以外の医療従事者（看護師、介護福祉施設職員等）からの指示や、伝達による指示には対応できません。

○救急隊は、「救急搬送辞退申出書」（静岡市消防局）もしくは「不搬送記録票」（志太消防本部）の記載を、かかりつけ医又は家族等に依頼します。

# 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<sup>1</sup>。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：

病状の概要（終末期の状況など）：

医師署名欄： \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_\_ 年 月 日

医療機関の名称：

所在地：

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。<sup>2,3</sup>

患者署名欄<sup>4</sup>： \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_\_ 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<sup>5</sup>： \_\_\_\_\_ 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。

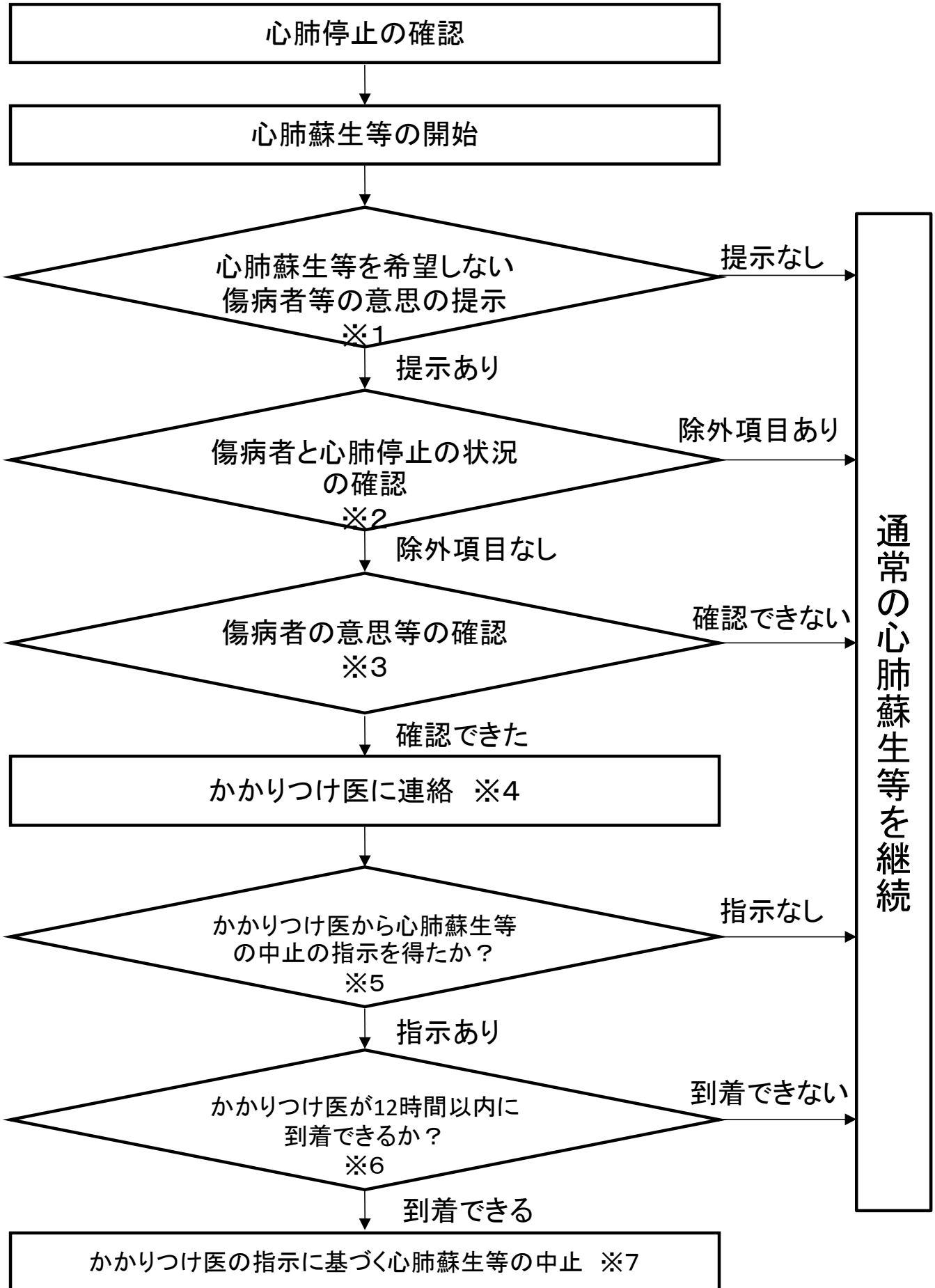
3 かかりつけ医等は、患者もしくは代諾者と指示内容について話し合った日付を患者のカルテに記録する。

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。

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

志太榛原地域



## ○ 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、心肺蘇生法を開始する
- ・ 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
  - 除外項目とは(別紙図表1)
  - 「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」
- ※3 ・心肺蘇生等を継続しつつ意思表示の書面を確認する(別紙図表2)
- ※4 ・書面等に記載のある「かかりつけ医」に連絡する
  - ・ ※2、3で確認した状況をかかりつけ医に伝え、判断を求める
  - 「かかりつけ医へ連絡する場合は傷病者宅の固定電話又は携帯電話を借用すること」
  - 「電話連絡は10コール2回までとすること」
- ※5 ・連絡を受けたかかりつけ医は、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、かかりつけ医の到着までの時間を確認する
  - ・ おおよそ45分以内にかかりつけ医が到着できる場合は、救急隊は待機し直接引き継ぐ
  - ・ おおよそ12時間以内にかかりつけ医が到着できる場合は、家族等に引き継ぎ、救急隊は引き揚げる
  - ・ おおよそ12時間以上かかる場合は、心肺蘇生等を継続して医療機関に搬送する
  - 「医師、家族等に引き継ぐ場合は、「救急搬送辞退申出書」(静岡市消防局)もしくは「不搬送記録票」(志太消防本部)の記載を依頼する」
- ※7 ・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

※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

**傷病者及び心肺停止の状況確認（図表 1）**

<b>① 傷病者の状況</b>
<p>ア 年齢と性別</p> <p>イ 散眼の有無（5 mm以上）、対光反射の有無</p> <p>ウ 皮膚の冷感の有無</p> <p>エ 肘、膝関節の硬直の有無</p> <p>オ 体幹、四肢下面の皮膚変色の有無</p> <p>カ 心電図モニターの波形</p> <p>※ 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。</p>
<b>② 心肺停止の状況</b>
<p>キ 心肺停止に至った理由</p> <p>ク 心肺停止の目撃の有無</p> <p>ケ 家族や関係者による心肺蘇生の実施の有無</p> <p>コ 家族や関係者の心肺蘇生等の希望の状況</p> <p>サ 心肺停止に至るまでの既往歴、生活歴</p>
<b>除外項目（以下に該当すれば心肺蘇生等を継続する）</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外因性心肺停止を疑う状況（交通事故、自傷、他害等）</li> <li>・ 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</li> </ul>

**提示された書面の確認（図表 2）**

<b>① 傷病者等の記載に関すること</b>
<p>ア 心肺蘇生等を希望しない旨の表示</p> <p>イ 傷病者または代諾者による署名（もしくは記名と捺印）</p> <p>※ 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</p> <p>ウ 傷病者または代諾者が署名（もしくは捺印）した年月日</p>
<b>② かかりつけ医等の記載に関すること</b>
<p>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</p> <p>オ かかりつけ医等の署名（もしくは記名と捺印）</p> <p>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</p> <p>キ かかりつけ医等の連絡先</p>

### 救急活動記録票への記載項目（図表3）

<b>① 医師の指示書等の書面に関すること</b>
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2参照） ウ かかりつけ医等の記載に関すること（図表2参照） 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名前
<b>② 傷病者と心肺停止の状況に関すること</b>
カ 傷病者の状況（図表1参照）と確認した時刻 キ 心肺停止の状況（図表1参照）と確認した時刻
<b>③ かかりつけ医との連絡に関すること</b>
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
<b>④ 救急隊の活動内容に関すること</b>
サ 救急隊の処置内容とその時刻（中止した場合も含めて記載） シ 家族、関係者への説明内容 （かかりつけ医からの指示、指導・助言の内容、搬送予定医療機関の名称等）