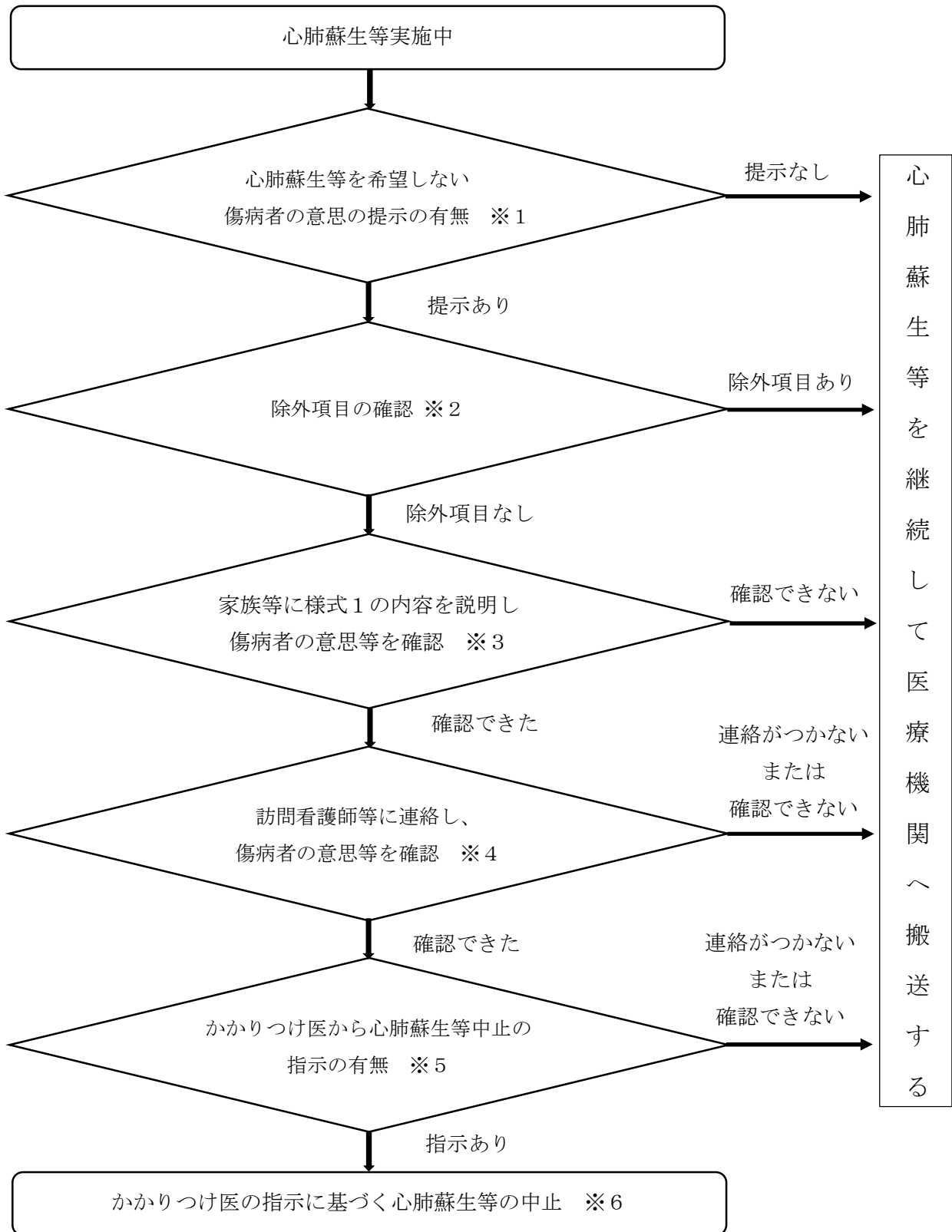


人生の最終段階にあり心肺蘇生等を望まない心肺停止傷病者への
救急隊の標準的活動ガイドライン(案)



○基本的な事項

- ・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。
- ・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。
- ・このガイドラインでの「かかりつけ医」とは、傷病者とACPを通して傷病者の意思を共有している医師を指す。
- ・家族等とは、ACPを通して傷病者の意思を共有している親族、訪問看護師などの医療ケアチーム等の職員、高齢者施設等の職員を指す。
- ・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。
- ・判断に迷うことや、家族等が救急搬送を希望する場合は、フローチャートの進行段階にかかわらず、心肺蘇生等を継続し医療機関へ搬送する。
- ・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。
 - ・書面の提示をもって傷病者等の意思の提示とする。
 - ・書面の様式は問わない。
 - ・書面に心肺蘇生等を希望しない旨の記載があることを確認する。
 - ※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等に確認すること。
- ※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)
 - ・外因性心肺停止を疑う状況（交通事故、自傷、他害、窒息、溺水等）。
- ※3 ・家族等へ様式1の内容を説明し、理解した上で心肺蘇生等をやめることに同意しているか確認する。
- ※4 ・原則、傷病者を担当する訪問看護師等へ状況を伝え、かかりつけ医を含めたACPで傷病者本人が心肺蘇生等を望まない意思があるか確認し、該当する場合はかかりつけ医へつないでもらうよう依頼する。
 - ※訪問看護師等に連絡が取れない場合や、家族等がかかりつけ医に直接連絡するように言われている場合は、書面等に記載のあるかかりつけ医へ連絡する。
- ※5 ・かかりつけ医へ状況を伝え、傷病者の意思等の確認を行い、心肺蘇生の中止の是非及び中止後の対応について指示を受ける。なお、訪問看護師等を経由した伝聞による指示については認めないものとする。
(確認項目)
 - (1) 傷病者が人生の最終段階にあること。
 - (2) 傷病者本人の意思決定に際し想定された症状と現在の症状が合致していること。
- ※6 ・心肺蘇生等中止時に家族等から様式1及び様式2への署名を得る。必要に応じて副本を交付するものとする。
 - ・おおむね45分以内にかかりつけ医が到着できる場合は、かかりつけ医へ直接引き継ぐものとする。
 - ・医師の到着がおおむね45分以上かかる場合は、かかりつけ医の指示及び家族等の同意を得て、家族等に引き継ぐものとする。
 - ・心肺蘇生等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。

「心肺蘇生等中止すること」についての説明書

ご本人の氏名： _____ 様

【ご本人の状態について】

- ご本人の心臓と呼吸は止まっています（心肺機能停止状態）。
- 心肺蘇生等（胸骨圧迫、人工呼吸、A E Dによる電気ショック等）を続け、病院に搬送する対象となります。

【意思表示による救急隊の対応について】

- ご本人の心肺機能が停止した時に「心肺蘇生等を望まない」ことが書かれた書類が作成されており、救急隊に提示されました。そのため、救急隊はかかりつけ医に ACPを通して、ご本人が心肺蘇生等の実施を望んでいないことなどを確認し、かかりつけ医の指示を受け対応します。

【同意の自由について】

- 書面が作成された時からご本人の気持ちが変わった場合、心肺蘇生等を続けて病院に搬送します。
 - 現時点ではご本人は意思表示できないため、「心肺蘇生等を続けて病院に搬送する」のか「心肺蘇生等中止する」のかについて、書面が作成された時からご本人の気持ちが変わっていないとして、家族等が最終決定できます。
- ※家族等とは、ACPを通してご本人の意思を共有している親族、訪問看護師などの医療ケアチーム等の職員、高齢者施設等の職員を指します。

-
- 上記の内容について説明を受け、理解しました。

説明を受けた人の氏名： _____ 様

説明日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 説明者： _____

心肺蘇生等の中止・医療機関への不搬送同意書

枚方寝屋川消防組合 消防長 様

この度私は、救急隊からの説明を受け、家族等の総意として次の内容について同意しました。

心肺蘇生等を中止することに同意します。

かかりつけ医の指示に従い、救急隊が引き揚げることに同意します。

年 月 日 時 分

傷病者氏名

家族等代表者署名

氏名

※家族等とは、ACPを通してご本人の意思を共有している親族、訪問看護師などの医療ケアチーム等の職員、高齢者施設等の職員を指す。

【救急隊記入欄】

救急隊名	救急担当
救急隊長名	氏名：
かかりつけ医氏名	氏名：
かかりつけ医所属医療機関名	
かかりつけ医療機関電話番号	

※原本は救急隊が保管し、必要に応じて写しを交付すること。