

(ベストインタレスト) という観点から十分に話し合った結果であること、②患者が終末期であることの判断や意思決定は医師1名が単独で行うのではなく、看護師など関係している複数の医療ケアチームで行うこと、③苦痛緩和の治療や精神的社会的資源の利用などを最大限行うことを保証すること、である。

したがって、これらの条件が満たされるならば、心肺蘇生を行わないという希望のある患者に関して、在宅医療においても心肺蘇生を行わない体制を保証することは倫理的法的にも妥当であると考えた。

〈目的〉

浜松市内の在宅療養している終末期患者で、「心肺蘇生を希望しない」希望を明示しており、主治医も同意している患者が、救急隊・救急部に受診した場合に、患者の意思表示に従った心肺蘇生術をメディカルコントロール医師の指示のもとに対応できること

〈対象となる患者〉

以下の条件をすべて満たす場合に検討する。

1. 在宅療養している成人の終末期患者。
2. 患者の意思、または、十分に推測できる患者の意思に基づいた家族の意思に基づき、あらかじめ心肺蘇生に関する希望を明示した「救急搬送に伴う蘇生術に関する要望書」を所持している。
3. 患者の意思を了解した主治医の「救急搬送に伴う蘇生術に関する主治医の承諾書」を所持している。

〈対象となる状況〉

1. 当該患者が在宅療養中に病院への搬送を希望する場合、以下の2つの状況が考えられる。

① 心肺蘇生は希望しないが、なんらかの苦痛があり、その緩和のための投薬・処置や看護ケア（酸素投与、吸引などの処置、医療用麻薬や鎮静薬の投与、胸水や腹水ドレナージなど）を希望している場合

② 苦痛はないが、心肺停止に準じる状態であり、死亡の確認をする医師が病院にしかない場合

〈前提とされる条件〉

1. 在宅療養を希望する患者では往診医師をあらかじめ確保し、自宅での容態の変化に備えて往診できる体制を確保することを原則とする。
2. 切迫した苦痛がない場合は、対応を主治医にまず確認し、指示に従って自家用車などを利用し受診する（救急隊に連絡しない）ことを原則とする。それに対応できない場合（往診医師に連絡がつかない、患者・家族の希望で往診医師に紹介されておらず病院医師が主治医のうちに容態が変わった、心肺蘇生は希望しないが投薬・処置や看護ケアのために病院への搬送を希望するなど）に、救急車を要請する。

〈方法〉

1. 家族が救急隊に「救急搬送に伴う蘇生術に関する要望書」と「救急搬送に伴う蘇生術に関する主治医の承諾書」を提示する。
2. 救急隊は、メディカルコントロール医師と連絡をとり、状態を報告したうえで、「救急搬送に伴う蘇生術に関する要望書」および「救急搬送に伴う蘇生術に関する主治医の承諾書」があることを説明する。
3. **メディカルコントロール医師は、救急隊員の報告にもとづき、適切な指示または助言を行う。「救急搬送に伴う蘇生術に関する要望書」や「救急搬送に伴う蘇生術に関する主治医の承諾書」は患者・家族の状況を見て総合的な判断の一助とするものであり、それらがあるからと言って自動的になんらかの判断を行うものではない。**
4. 搬送後の病院にて、主治医に連絡する。

文献・資料

- 1) 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン。厚生労働省、2007年5月
- 2) グランドデザイン2009—終末期医療のガイドライン2009。日本医師会、2009年2月
- 3) 救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）。日本救急医学会、2007年10月
- 4) 終末期医療のあり方について—亜急性期の終末期について。日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会、2008年2月

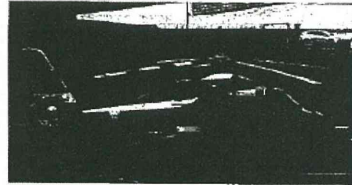


図4 長野県警救難ヘリ

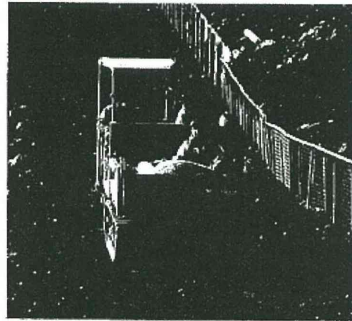


図5 キャタピラつき搬送車(クローラー)

領分となっているのだが、北アルプスのような一部の地域でのみ救助隊が常駐しているにすぎない。遭難者からの救助要請はその時々によって警察に行くこともあれば、消防に行くこともあり、あるいは山小屋に通報されることもある。通報先が一義的に対応し、状況に応じて警察や消防に応援要請をかけて対応しているのが実情であろう。山岳地域のほとんどは公的救急サービスのエリア外で、ボランティアによる救助に頼っていることを認識すべきである。

そもそも心停止は都市部においても後命される率は高い。ましてや山岳部では不利な条件が満載であり、心停止からの救命は奇跡的な状況といえる。山中で心停止になればまず助からないと考えるべきであり、CPRをしながら搬送するなど救助者の疲労や危険性を鑑みればあり得ない状況である。しかし、現実には蘇生中止の判断がなされず、蘇生処置をしながら搬送されているケースがある。埼玉県秩父市における救難ヘリの墜落事故²⁰⁾も起こっており、蘇生中止基準の設定、検視・検案体制の確立が必要である。富士山では2012年より蘇生中止基準を設定した(表2)。[2010 AHA Guidelines for CPR

表2 富士山における心停止対応ルール(2012年)

1. 現場での蘇生を試みる。蘇生に成功した場合のみ安全確保しながら搬送する
2. 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
3. 救護所、または山梨県立中央病院救命センター医師に連絡をとり、状況を報告する
4. 安全指導センターに連絡をして、遺体として搬送する
5. 富士吉田警察において検視検案を行い、正式な検案書を発行する

and ECCJによるBLS中止基準¹¹⁾に則って作成し、山梨県メディカルコントロール協議会で検討採択した。さらに当該基準は日本登山医学会にも諮問し、登山医学会のガイドライン作成を期待するものである。

おわりに

山中で心停止が起こった場合、救命は困難を極める。中高年の登山に際しては突然死が起こり得ることを啓蒙し関心を高めることにより、心停止前に救助を求めることができれば救命されるケースも増えてくると思われる。同時に蘇生の限界についても論議し、とくにボランティアで対応している救助者の安全対策について確立するべきである。

【文 献】

- 1) 高山守正：登山医学の視点から登山者・市民を守る医療へ。登山医 29：1-7, 2009.
- 2) 南田宜包、櫻本温：救命し得た富士山8合目(海

救急医学 2013年

特集●救急医療に必要!

資料 E

救急蘇生法の指針 2010（抜粋）

化によって異なる。さらに、蘇生行為を開始、継続、あるいは中止するか否かは、患者、家族および医療従事者に対するリスク、メリットあるいは負担を考慮して決定されている。

蘇生行為が患者にとって明らかに無益、あるいは患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はない。しかし、わが国では蘇生の適応、開始、中止についての国民的なコンセンサスは曖昧で、医療界での議論も十分といえず、今後の重要な課題である。

② 院外における蘇生の開始と中止に関連する諸問題 ……………

1. 病院前救護における蘇生の開始と中止

わが国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、救急救命士等は社会通念に照らして「死が明らかな場合」を除いては、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。「死が明らかな場合」であっても、家族等が蘇生行為の不着手・不搬送を受け入れ難い場合には蘇生をしながら搬送せざるを得ない。

同様に、心拍再開が困難であっても蘇生行為の中止を決定することは、医師以外には許されていない。ただし、救助者自身に危険が迫っている場合や体力的に限界となった場合の中止・中断は許容される。

「死が明らかな場合」で蘇生行為の不着手・不搬送が妥当と考えられる事例、およびその判断が困難な事例については、オンラインMCを活用して医師の助言を求めることや、MC協議会で事後検証を行うことが望ましい。

2. 高齢者施設などにおけるアドバンスディレクティブ

近年、わが国では各種高齢者施設などからの救急搬送事例が増加していて、東京都では平成19（2007）年には全救急搬送の約2.7%を占め、平成10（1998）年に比べて4.5倍になった。これらのなかには、救急医療機関で治療開始後に家族から「蘇生を希望していなかった」との意思表示がなされる心停止傷病者も含まれており、

資料 F

米国における心肺蘇生のガイドライン (AHA 2010) (抜粋)

DNAR Orders in OHCA

Out-of-hospital DNAR protocols must be clearly written and easily implemented for all involved (all members of the health-care team, patients, family members, and loved ones). DNAR documentation can take many forms (eg, written bedside orders, wallet identification cards, identification bracelets, or predefined paper documents approved by the local emergency medical services [EMS] authority). The ideal out-of-hospital DNAR documentation is portable and can be carried on the person.¹⁶

Delayed or token efforts such as so-called “slow-codes” (knowingly providing ineffective resuscitative efforts) are inappropriate. This practice compromises the ethical integrity of healthcare providers, uses deception to create a false impression, and may undermine the provider-patient relationship. The practice of “pseudo resuscitation” was self-reported by paramedics to occur in 27% of cardiac arrests in a community where a prehospital DNAR and termination-of-resuscitation protocols were not in place.²⁰

Some EMS systems have extended the DNAR protocol to include verbal DNAR requests from family members as grounds to withhold therapy.^{21,22} Paramedics withheld care to patients in cardiac arrest with a history of a terminal illness, who were under the care of a physician, and when at the time of the cardiac arrest the family requested that resuscitation not be attempted. The numbers of patients for whom resuscitation was withheld doubled after implementation (from 45 to 99 a year). This is an important first step in expanding the clinical decision rule pertaining to when to start resuscitation in OHCA, however there is insufficient evidence to support this approach without further validation.

Advance Directives in OHCA

Advance directives do not have to include a DNAR order, and a

obtain clear information about the victim’s wishes, they should not hesitate to start resuscitation. Sometimes within a few minutes of starting resuscitation, relatives or other medical personnel will arrive and confirm that the victim had clearly expressed a wish that resuscitation not be attempted. CPR or other life-support measures may be discontinued by following local directives or protocols, which may include real-time consultation with medical direction.

Terminating Resuscitative Efforts in OHCA

Terminating Resuscitative Efforts in Neonatal or Pediatric OHCA

No predictors of neonatal or pediatric (infant or child) out-of-hospital resuscitation success or failure have been established. No validated clinical decision rules have been derived and evaluated. Further research in this area is needed.

In the absence of clinical decision rules for the neonatal or pediatric OHCA victim, the responsible prehospital provider should follow BLS pediatric and advanced cardiovascular life support protocols and consult with real-time medical direction or transport the victim to the most appropriate facility per local directives.

Terminating Resuscitative Efforts in Adult OHCA

Terminating Resuscitative Efforts in a BLS Out-of-Hospital System

Rescuers who start BLS should continue resuscitation until one of the following occurs:

- Restoration of effective, spontaneous circulation
- Care is transferred to a team providing advanced life support
- The rescuer is unable to continue because of exhaustion, the presence of dangerous environmental hazards, or be-

資料 G

八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会資料

(八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会)

住所	八王子市 元本郷 町 三丁目 24番 1号	
ふりがな	はちおうじ ななお	年齢 70歳
氏名	八王子 七男	(平成24年 8月 10日現在)
生年月日	明治・大正・昭和 17年 1月 1日	
性別	男・女	
連絡先 電話番号	042-626-0000 (自宅) 090-0000-0000 (冬の携帯)	同居のご家族が いらっしゃる場合 ご記入ください。

◇医療情報

現在治療中の病気	高血圧・糖尿病・心臓病・脳卒中・その他 (血圧 (185/110))	
過去に医師から 言われた病気	・高脂血症	救急対応をする際に重要な 情報ですので、ある場合 は必ず最新の情報をご記 入ください。
服用している薬	カルベジロール錠剤 10mg フロココール錠剤 10mg	
かかりつけの病院	病 院 名：八王子消防病院 ※おおむね1年以内に受診歴のある病院 住 所：八王子 市・区 大横町●-● 電話番号：	

もしもの時に医師に伝えたい事があれば「□」の中にチェックして下さい

- できるだけ救命、延命をしてほしい
- 苦痛をやわらげる処置なら希望する
- なるべく自然な状態で見守ってほしい
- その他 ()

伝えたいことがある方は、
該当するものを○するか、
その他欄に希望することを
ご記入ください。

なるべく複数の連絡先をご記入
いただき、電話は連絡がつきや

◇緊急連絡先

氏名	続柄	住所	電話番号
八王子 六男	子	八王子市●●●町1-1-1	080-1111-●●●●
日野 五子	子	日野市●●●町1-2-3	090-0000-●●●●

作成日	平成 24年 8月 10日	更新日①	平成 24年 9月 1日
更新日②	平成 年 月 日	更新日③	平成 年 月 日
更新日④	平成 年 月 日	更新日⑤	平成 年 月 日

◇地域包括支援センター

地域包括名称	電話番号
担 当 者 名	

八王子市ホームページより抜粋

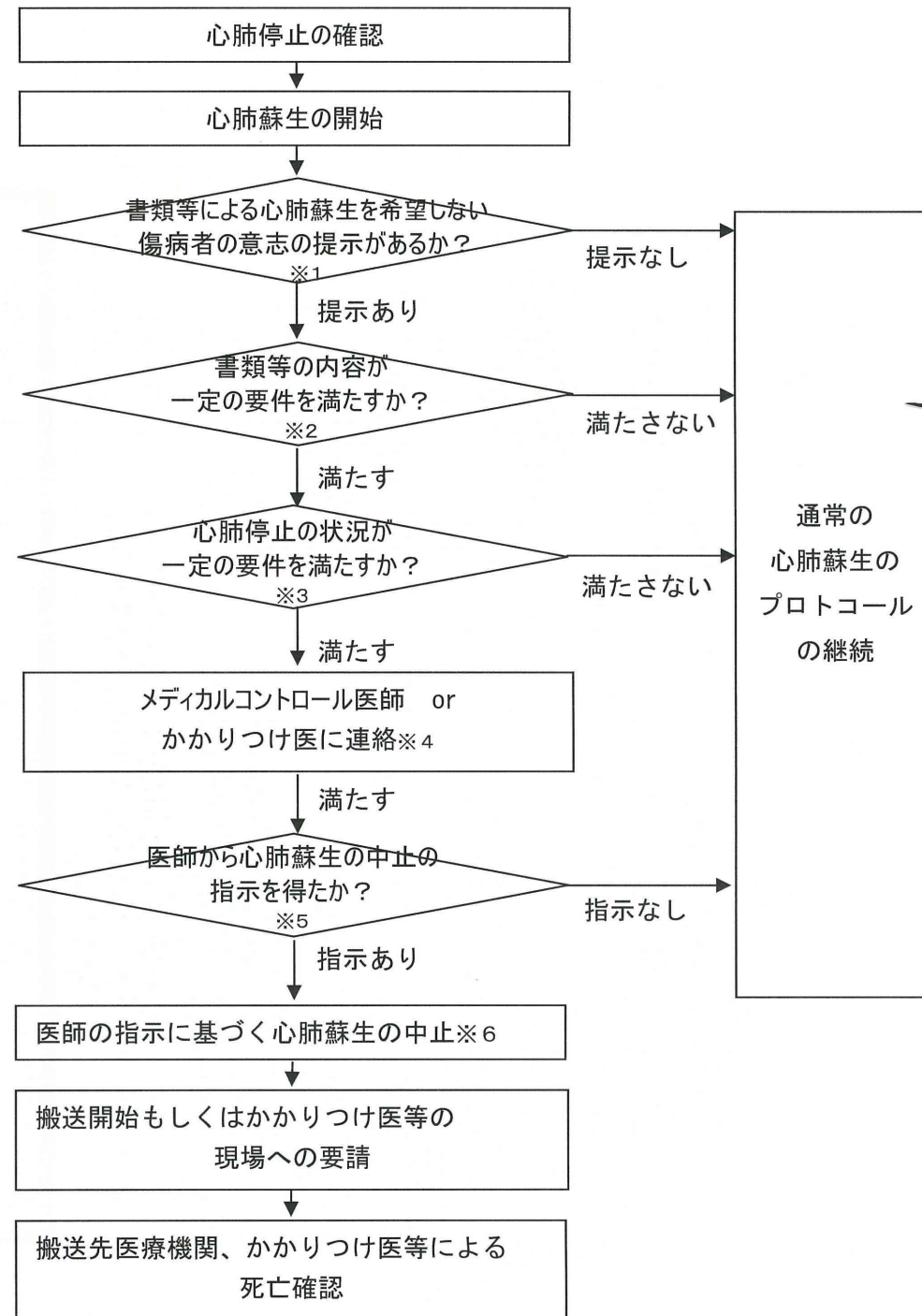
メディカルコントロール医師等の指示に基づいた
心肺蘇生を希望しない意志を示した心肺停止事例に対する
活動基準 (素案)

○基本的な事項

- ・心肺蘇生を確認したら、心肺蘇生を希望しない意思表示の提示の有無にかかわらず、明らかな死亡の場合を除き心肺蘇生を開始する。
- ・書類等の内容、心停止の状況に、不自然な点や不明確なことがあれば心肺蘇生の継続を優先する。
- ・医師の指示が得られるまでは心肺蘇生を継続する。
- ・心肺蘇生の中止は、あくまで処置の中止であって死亡診断ではない。

○留意点

- ※1 心肺蘇生を継続しつつ、確認する。
(家族等の承諾書への署名を得る。)
- ※2 書類等の記載内容の一定の要件の一例(詳細な検討が必要)
 - ①氏名の記載と、傷病者との一致の確認
 - ②日付の記載と、その日付が●月以内であること
 - ③心肺蘇生を希望しないことの意味表示
 - ④かかりつけ医の捺印または署名
など
- ※3 心肺停止の状況の一定の要件の一例(詳細な検討が必要)
 - ①外傷などの外因性の心肺停止が疑われる状況ではないこと
 - ②事件、事故による心肺停止が疑われる状況ではないこと
 - ③(バイスタンダー-CPRがないこと)
 - ④(初回心電図波形が除細動の適応波形でないこと)
 - ⑤(傷病者が●歳未満でないこと)
 - ⑥(家族等が蘇生の実施を強く希望していないこと)
など
- ※4 直ちに応答できるオンライン MC 体制が必須である。
- ※5 MC 医師には心肺蘇生についての豊富な臨床経験が求められる。
MC 医師がオンラインで判断する指針の整備が求められる。
死亡診断をするものではない。
- ※6 心肺蘇生の中止であり、死亡診断を意味するものではない。
傷病者には生体として対応する。



資料 I

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志を示した心肺停止事例に対する活動基準の論点（未定稿）

- (1) 心肺蘇生を希望していないことを示した書面を所持していても、119 番通報をしているのであるから、消防機関の救急救命士としては、心肺蘇生を希望していると判断して対応するのがよいのではないか？

多くの場合、119 番通報をしたのは患者本人以外の者である。その場合、119 番通報による対応であっても、119 番通報をした者よりも、本人の意志を尊重して対応すべきではないか？

- (2) 本人が書面によって心肺蘇生を希望しない意志を示していた場合であっても、後になって家族などから蘇生を試みなかったことに対し、責任を問われる場合があるのではないか？

確かのその可能性はあるが、一方で、本人の希望に沿わずに心肺蘇生を実施した場合には、家族などから「尊厳を傷つけた」などとして責任を問われる可能性も想定される。そうであれば、家族等より本人の希望を優先すべきでないか？

いずれにしても、責任を問われる可能性のある事項であるからこそ、指針の策定が必要ではないか？ そして、その指針は、現場で対応にあたる救急救命士等や、メディカルコントロール医師（MC 医）の責任をできるだけ低減させるものである必要がある。そのために、現場の救急救命士は MC 医の判断に基づいて対応にあたり、MC 医は地域のメディカルコントロール協議会で策定された地域の指針に基づいて判断し、地域のメディカルコントロール協議会は全国の標準的な指針に基づいて地域の指針を定めるのがよいのではないか？

そのためにも、国や学会等が策定した全国の標準的な指針が策定されることが望ましいのではないか？

- (3) 医師法第 20 条は、無診察治療を禁止しているが、その場にはいない医師が、蘇生の中止を判断し、救急救命士に指示することは、医師法第 20 条が禁止している「無診察治療」に該当するのではないか？

全国の救急救命士が実施している気管挿管などの特定行為は、救急救命士法で規定に基いて、その場にはいない医師からのオンラインでの指示の下に実施されている。これと同様に考えれば、その場にはいない医師が、蘇生の中止を判断し、救急救命士に指示することは、医師法第20条が禁止している「無診察治療」に該当しないと考えてよいのではないか？

- (4) そもそも、救急救命士は、医師の指示に基づいて蘇生を中止することが法的に可能か？

患者の自己決定権に基づいたものであり、医師の指示があれば、むしろ中止すべきではないか？

- (5) 救急隊は患者に処置を行わないで救急搬送してよいのか？

救急業務による救急搬送は、必ずしも処置を必須とはしていないので、処置をしないまま搬送することは可能ではないか？ 実際には、例えば、軽症患者では、観察のみで処置を実施しないで搬送する場合も多い。

- (6) 蘇生を中止した場合は、死亡診断を意味するのか？

あくまで医師による蘇生の中止の判断とそれに基づいた救急救命士の蘇生の中止であり、死亡確認は、医療機関搬送後、もしくはかかりつけ医の到着後に、医師によって行われるのがよいのではないか？

- (7) 蘇生を中止した場合は、死亡診断を意味するのか？

あくまで医師による蘇生の中止の判断とそれに基づいた救急救命士の蘇生の中止であり、死亡確認は、医療機関搬送後、もしくはかかりつけ医の到着後に、医師によって行われるのがよいのではないか？

- (8) 傷病者は、遺体として搬送するのか？

あくまで医師による蘇生の中止の判断とそれに基づいた救急救命士の蘇生の中止であり、死亡確認は行われていないと考えれば、生体として搬送するとするのがよいのではないか？

- (9) 蘇生を中止した傷病者を死亡確認のために搬送するとして、受け入れる病院が円滑に確保できるのか？

地域で実際に実施する際には、救急搬送の受入れ搬送の実施基準に定めるなどして、そのような場合に円滑に受入れが可能な医療機関について調整をしておく必要があるのではないか？そのような場合の死亡確認等に要する診療報酬上の整理も必要ではないか？

- (10) 医療機関に搬送された場合、死因究明や、警察への報告などについてはどうすればよいか？

(心肺蘇生を希望し、心肺蘇生を実施した) 通常の傷病者の病院での死亡確認後の対応と同様の対応をとるのがよいのではないか？

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) 研究報告書

救急医療体制の推進に関する研究

平成 25 年度 総合研究報告書

発行 平成 26 年 3 月 31 日

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

東京都江戸川区臨海町 1-4-2 TEL 03 (5605) 8811 (代表)

制作 株式会社へるす出版事業部

〒164-0001 東京都中野区中野 2-2-3 TEL 03-3384-8177

印刷・製本 株式会社メイク 〒162-0801 東京都新宿区山吹町 350

