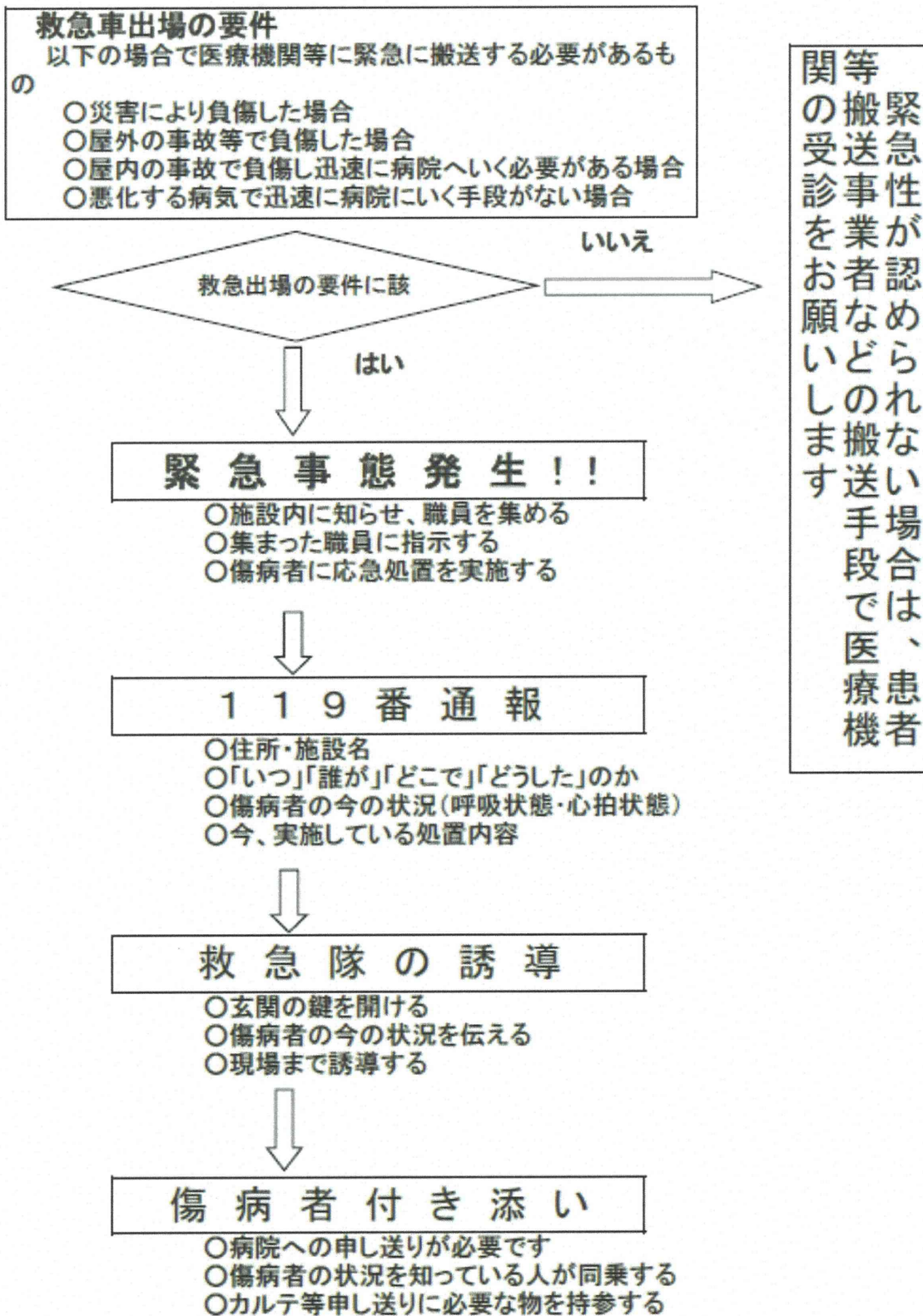


大医会誌 2013;9:129-134

20. 唐澤幸彦他:地域中核病院における高齢者施設からの救急搬送症例の現状と課題:全国自治体病院協議会雑誌 2013;52:523-526
21. 井藤英喜他:高齢者救急医療の流れ:日本臨床 2013;71 944-950
22. 村上典章他、高齢者福祉施設 CPA 症例における特別救急隊運用の現状と今後の課題 日臨救医誌 2014;17:680-686
23. 豊崎光信他:高齢者救急医療とセーフティネット 救急医学 2014;38:1032-1037
24. 皆川幸洋:最近10年間の当救命救急センターにおける高齢者医療の現状 日本救命医療学会雑誌 2014;28:45-51
25. 八幡真由子他:地方の高齢者救急医療の抱える課題 地域に根ざした体制作りをめざして 日本救命医療学会雑誌 2014;28:29-35
26. 光定誠他:高齢者施設における適正な救急搬送のための訪問診療医による救急トリアージ基準の考案 日臨救医誌2014;17:56-61

## 高齢者福祉施設における救急要請時対応マニュアル



## 《高齢者福祉施設における救急要請ガイドライン》

救 急 要 請 ガ イ ド ラ イ ン	
1 救急搬送の要件	<p>以下の場合で医療機関等へ緊急に搬送する必要があるもの</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○災害により負傷した場合</li> <li>○屋外の事故等で負傷した場合</li> <li>○屋内の事故で負傷し、迅速に病院へ行く必要がある場合</li> <li>○悪化する病気で迅速に病院へ行く手段がない場合</li> </ul> <p style="text-align: center;">※救急車の台数は限られています！ 救急車の正しい利用に、ご協力をお願いします</p>
2 協力病院への連絡と搬送先病院の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>○協力病院へ連絡する</li> <li>○予め搬送先医療機関を交渉・確保されている場合は、当該医療機関へ搬送します</li> </ul>
3 施設内の対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>○緊急事態が発生したことを施設内職員に知らせる</li> <li>○緊急事態が起こった場所に職員を集める</li> <li>○集まった職員の役割分担をする               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 119番通報、関係者への連絡をする</li> <li>・ 施設出入り口で救急車の誘導</li> <li>・ 傷病者に対する処置をする</li> </ul> </li> <li>○救急隊を傷病者のところへ案内する</li> <li>○救急隊に何が起こったのか説明する</li> </ul>
4 施設職員の救急車同乗	<ul style="list-style-type: none"> <li>○医療機関への申し送りが必要です (看護記録・介護記録・カルテ等を持参する)</li> </ul>
5 患者等搬送事業者などの利用	<ul style="list-style-type: none"> <li>○患者等搬送事業者などの利用を考えていただきたい場合               <ul style="list-style-type: none"> <li>①寝たきりである・人手が無いなどが理由の場合</li> <li>②寝台車を利用すれば病院へ行ける場合</li> <li>③末期治療のためのものなど緊急性が認められない場合</li> </ul> </li> </ul>
6 その他	<p>患者や家族から蘇生処置拒否(DNAR)の意思表示(書面等)が有る場合は、救急車を呼ぶ前に協力病院やかかり付け医師に相談してください</p> <p style="text-align: center;">※救急隊は、蘇生処置を実施し医療機関へ搬送します ※救急活動に、ご理解とご協力をお願いします</p>

(高齢者福祉施設における救急要請マニュアル・ガイドライン高槻市消防本部(H25.4改訂版)

## 搬送の流れ

### (かかりつけ医)

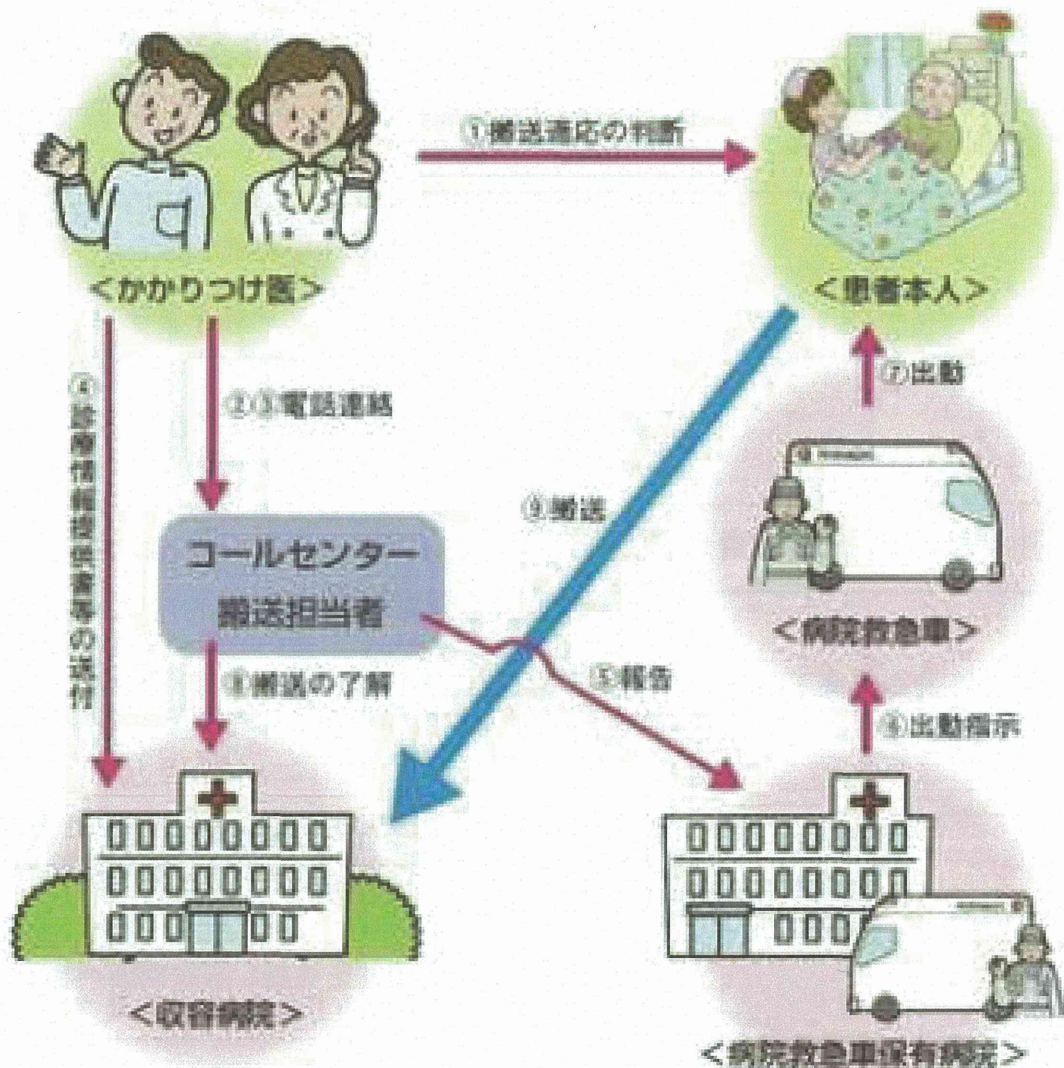
1. 搬送適応の判断
2. 病院救急車コールセンターへ搬送依頼の電話をする。
3. 搬送担当者に対象者の状態及び収容希望病院を伝える。
4. 収容病院に診療情報提供書等を送付する。

### (病院救急車保有病院)

5. 搬送担当者は、所属する病院の担当医師に搬送依頼を報告する。
6. 搬送担当者が所属する病院の担当医師は、搬送担当者に患者宅への出動を指示する。
7. 病院救急車の出動
8. 搬送担当者は、収容希望病院に搬送の了解を得て、収容病院を決定する。
9. 患者を収容し、収容病院へ搬送する。

### (収容病院)

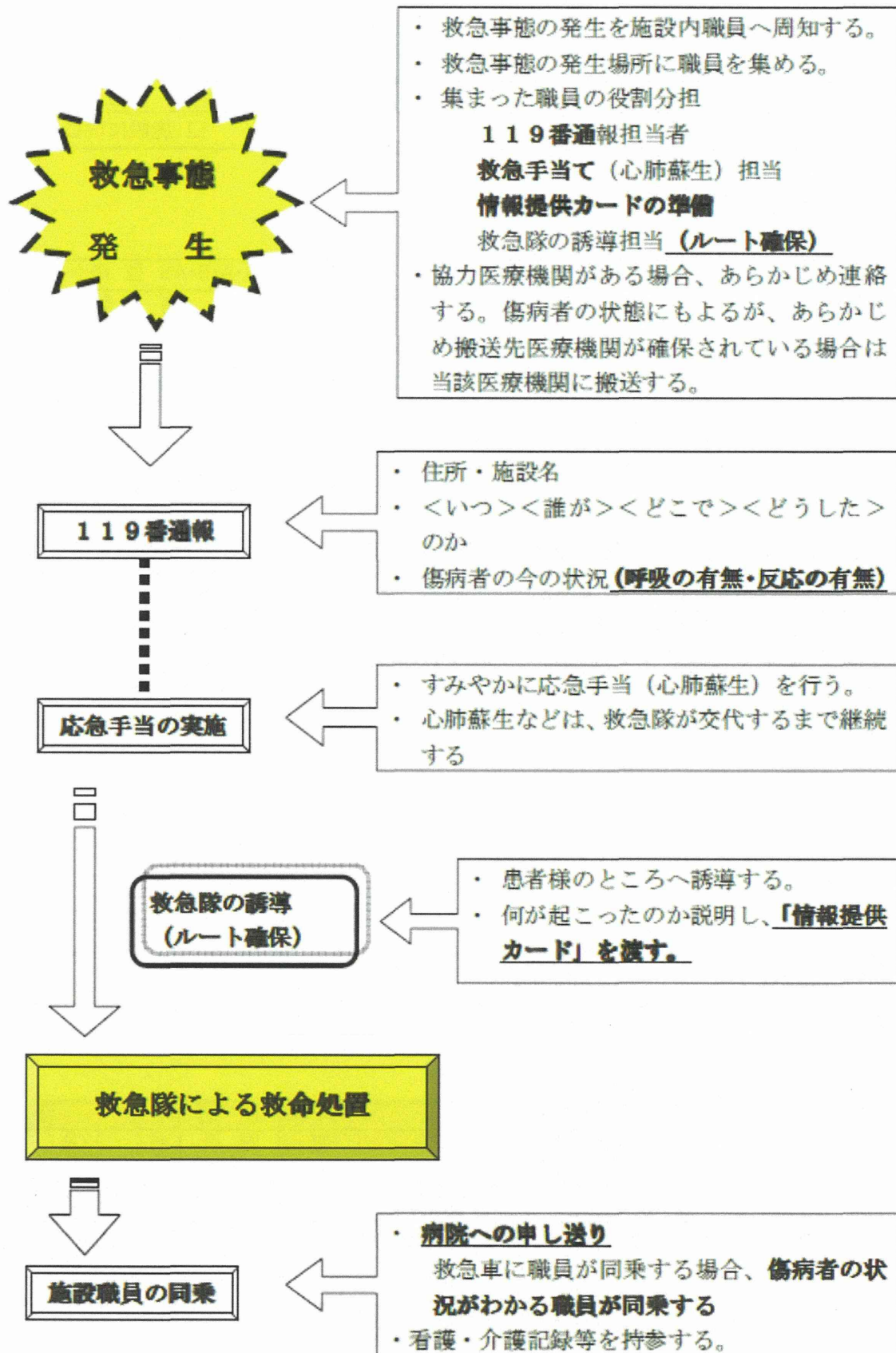
10. 患者を収容し加療する。



< 葛飾区医師会ホームページより >

かつしか在宅医療サポート搬送 (H25.6)

## 救急時の対応フロー



救急隊への情報提供カード 以上については、年 月 日現在の情報です。

【事前記載事項】：ご利用者ごとに事前に記載しておいてください。

施設名 フリガナ	確認の有無		有・無	確認日	/ /	説明を聞いた人 ( )	
氏名	年齢		歳	性別	男・女		
Tel	生年月日		M・T・S・H	年 月 日			
住所						<input type="checkbox"/> :施設に同じ	
病歴等	現在治療中の病気・ケガ (感染症 有・無 病名 )			既往歴			
常用服用薬	注射	有・無		血液型	O・A・B・AB 型 RH(+・-)		
				アレルギー	有・無 ( )		
かかりつけ病院名	(電話 )		ADL	歩行(全介助・一部介助・見守り・自立) 食事(全介助・一部介助・見守り・自立) 排泄(全介助・一部介助・見守り・自立)			
緊急連絡先 (家族等)	氏名	続柄	Tel	救急発生時の連絡確認欄			連絡 済・未
	住所						

【119番通報時の記載事項】：本日救急搬送を要請するに至った理由などを記載してください。

発症(受傷)を目撃しましたか?	はい( 日 時 分頃)・いいえ					
普段の状態を最後に確認したのはいつですか?	日 時 分頃					
日常生活	会話	可能・一部可能・不可		歩行	全介助・一部介助・見守り・自立	
発症または発見時の状況、主な訴えや症状など				<input type="checkbox"/> :顔面蒼白 <input type="checkbox"/> :嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> :頭痛 <input type="checkbox"/> :胸痛 <input type="checkbox"/> :発熱 <input type="checkbox"/> :冷や汗 <input type="checkbox"/> :けいれん <input type="checkbox"/> :失禁 <input type="checkbox"/> :呼吸苦 <input type="checkbox"/> :イビキ呼吸 <input type="checkbox"/> :上手くしゃべれない <input type="checkbox"/> :麻痺 ( )		
最後の食事: 時 分頃						
病院手配 1件目	病院名	選定理由	結果	受入可	不可理由 ( )	
病院手配 2件目	病院名	選定理由	結果	受入可	不可理由 ( )	

観察状況及び応急処置が分かる範囲で記入

意識レベル	有	無	呼吸回数	回/分	脈拍	回/分
血圧	/ mmHg		体温	度	瞳孔	右( )・左( )
Spo2	酸素投与前	%	酸素投与	ℓ →	SPO2	%
救命処置	心肺蘇生・胸骨圧迫のみ・人工呼吸のみ			開始時刻	時 分	
AEDの使用	開始時刻	時 分	ショックの実施	有・無 ( 回)	時 分	
その他の処置	固定	時 分	実施	止血	時 分	開始
	冷却	時 分	開始	静脈路	時 分	実施

記載していただいた事項は、救急業務以外には使用いたしません。

鹿屋市保健福祉部高齢福祉課 (H25.1)

救急搬送時の情報提供書					
氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
住所					
施設名		入所年月日		年 月 日	
かかりつけ医療機関名		主治医氏名			
治療中の病気					
既往歴					
常用薬					
緊急連絡先	1	氏名		本人との関係	
		住所		電話番号	
	2	氏名		本人との関係	
		住所		電話番号	

山形県村山総合支庁 「看取りに関する手引き」(H25.1)

## 救急隊への情報提供表

【事前記載事項】：ご利用者ごとに事前に記載しておいてください。

フリガナ 氏名		年齢	歳	性別	男・女
Tel		生年月日	M・T・S・H	年	月 日
住所					<input type="checkbox"/> ：施設に同じ
病歴等	現在治療中の病気・ケガ		既往歴		
常用服用薬			アレルギー	有・無 ( )	
かかりつけ病院名			担当医師名		
緊急連絡先 (家族等)	氏名		Tel		
	住所			続柄	

以上については、 年 月 日現在の情報です。

【119番通報時の記載事項】：本日救急搬送を要請するに至った理由などを記載してください。

発症(受傷)を目撃しましたか？	はい( 日 時 分頃) ・ いいえ														
普段の状態を最後に確認したのはいつですか？	日 時 分頃														
DNR(蘇生拒否)に関する意思表示などはありますか？ <small>※搬送先医師に情報提供し、救命処置の参考とさせていただきます。</small>	有(本人・家族等関係者) ・ 無														
日常生活	会話	可能・一部可能・不可	歩行	可能・一部可能・不可											
発症または発見時の状況、主な訴えや症状など															
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/>：顔面蒼白</td> <td><input type="checkbox"/>：嘔気・嘔吐</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>：頭痛</td> <td><input type="checkbox"/>：胸痛</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>：発熱</td> <td><input type="checkbox"/>：冷や汗</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>：けいれん</td> <td><input type="checkbox"/>：失禁</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>：呼吸苦</td> <td><input type="checkbox"/>：イビキ呼吸</td> </tr> </table> </div>						<input type="checkbox"/> ：顔面蒼白	<input type="checkbox"/> ：嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/> ：頭痛	<input type="checkbox"/> ：胸痛	<input type="checkbox"/> ：発熱	<input type="checkbox"/> ：冷や汗	<input type="checkbox"/> ：けいれん	<input type="checkbox"/> ：失禁	<input type="checkbox"/> ：呼吸苦	<input type="checkbox"/> ：イビキ呼吸
<input type="checkbox"/> ：顔面蒼白	<input type="checkbox"/> ：嘔気・嘔吐														
<input type="checkbox"/> ：頭痛	<input type="checkbox"/> ：胸痛														
<input type="checkbox"/> ：発熱	<input type="checkbox"/> ：冷や汗														
<input type="checkbox"/> ：けいれん	<input type="checkbox"/> ：失禁														
<input type="checkbox"/> ：呼吸苦	<input type="checkbox"/> ：イビキ呼吸														
最後の食事： 時 分頃															

【お願い事項】

1. 正常な呼吸が無い場合は、**応急手当(心肺蘇生)**を行ってください。
2. すみやかな処置の実施のため、**玄関の開錠**・患者様の居場所への**誘導**をお願いします。
3. 救急搬送の際の**付き添い**(事情がよく分る方)をお願いします。

記載していただいた事項は、救急業務以外には使用いたしません。

**名古屋市消防局**

名古屋市消防局(H24)119番通報における救急要請の手引き



八高連作成の「救急医療情報シート」について

様式 【表面】

【裏面】

注：書式の変更を致します 救急医療情報

(八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会)

住所	八王子市 町 丁目 番 号
フリガナ	年齢 歳
氏名	(平成 年 月 日現在)
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
性別	男・女
連絡先	042-
電話番号	-

○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 ( )

通院に医師から 言われた病気

服用している薬

かかりつけの病院 施設名: ※お住いの市区内に医療機関がある場合、住所: 市・区 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 ( )

○家族連絡先

氏名	続柄	住所	電話番号

作成日 平成 年 月 日 更新日① 平成 年 月 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

注：書式の変更を致します

救急隊への申し送り事項

(救急隊要請時に施設職員等が記入して下さい)

○発生状況

要請時間	
要請場所	
概要	
状態手当	

○連絡医療機関

医療機関名	担当者名	(Dr・Ns・事務員)
医療機関名	担当者名	(Dr・Ns・事務員)
医療機関名	担当者名	(Dr・Ns・事務員)
医療機関名	担当者名	(Dr・Ns・事務員)

○緊急連絡先

氏・済	名前(続柄)	( )	電話番号
氏・済	名前(続柄)	( )	電話番号
氏・済	名前(続柄)	( )	電話番号

注意事項

1 救急医療情報について

- 救急医療情報は、事前の意思表明に基づき、ご自身の救急情報を届け付けた救急隊に、迅速的確に提供することを目的としています。
- 救急医療情報は、救急隊等へ提供することについて同意できる場合は、ご自身もしくはご家族で記載いたします。
- 記載内容に変更があった場合には、その都度、新しい情報を記載してください。
- 救急医療情報は個人情報ですので、ご自身の判断と責任において管理し、紛失に注意してください。

2 緊急連絡先について

救急隊等が、緊急連絡先に記載されている方に対し電話連絡をする場合がありますので、ご自身もしくはご家族で事前に説明し、同意を得ておいてください。

問合せ先

①八王子消防署 警防課 救急課  
電話番号 042-625-0119 内線 300  
23124の 車庫前、富士通ビル前、元八王子出陣、小室公園前、西三軒宮前、北野山公園前、マリア病院前

②八王子市役所 健康福祉部 地域医療推進課  
電話番号 042-626-3111 内線 3013

『たとえ1秒でも時間を短縮できる内容とすること！』を基本的なコンセプトとして本様式を作成した。

【外せない事項】

- 1 医療従事者、救急隊にとって必要な情報を可能な限りコンパクトにまとめること。
  - 2 常に問題となる、救命、延命の意思確認ができる項目を入れること。
- ※ 網掛け部分
- 3 市内すべての医療機関の医師等が、必要情報を瞬時に把握することができるよう、フォーマットを統一すること。但し、既存の様式は否定しないこと
- ※ 類似様式が多くなると、全ての項目を一つずつ確認する為、時間がかかることから。
- 4 記入者の負担を考慮し、必要最小限の情報かつ書き易さを考慮すること。

静岡県：イーツー（医一2）ネット医療連携協議会（H10）

- ・一人の患者を二人の主治医が担当
- ・3枚のカード：

グリーンカード（在宅医療支援看取りシステム：万が一主治医に連絡が取れなくても医師会在宅当番医が往診するシステム）

イエローカード（急変時に病院搬送を希望される患者を公的5病院で対応）

シルバーカード（急変時に往診を希望される患者に発行される）

平成 26 年度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）

「救急医療体制の推進に関する研究」

研究代表者 一般財団法人救急振興財団 山本保博

分担研究報告書

傷病者の意思に基づいた救急隊による心肺蘇生の実施についての研究

研究分担者 田邊晴山 一般財団法人救急振興財団 救急救命東京研修所 教授  
近藤久禎 国立病院機構災害医療センター 政策医療企画研究室長  
研究協力者 丸川征四郎 医療法人医誠会 医誠会病院 病院長

要旨

（背景）本人は心肺蘇生を希望していなくても、救急隊員は、医療機関に搬送するまで心肺蘇生を実施している。自己決定権を尊重するならば傷病者の希望に基づいて心肺蘇生を中止することが望ましいが、救急隊が適切に心肺蘇生を中止するための手順は明らかになっておらず、現場の救急隊員等が対応に苦慮する事案が発生している。自己決定権の尊重がより重要となる中で、傷病者が心肺蘇生を希望していない場合に対する救急隊の標準的な活動基準の策定が望まれる。

（目的）心肺停止の傷病者が心肺蘇生を希望していない場合の救急隊の活動に関する現状を把握し、活動基準の素案を作成することを目的とする。

（方法）既存の資料等の調査、整理を行い、活動基準の素案の作成、改善を試みた。

（結果）救急隊員を対象にした救急業務における心肺停止の中止に関するアンケート調査、地域における心肺蘇生の中止に関する活動基準に関する調査、現在のガイドラインでの位置づけ、厚生労働省「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」などの状況を確認し、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救急隊の活動基準（素案）と素案に対する Q and A を作成した。

（考察）今後は、この素案をより具体的なものとして、その実現性について評価していく必要があるが、その見通しは決して明るくない。救急の現場では、救急救命士が得ることのできる情報や時間は、著しく限られている。救命を希望する多くの心肺停止傷病者への迅速な心肺蘇生が損なわれることなく、心肺蘇生を希望しない傷病者にも適切に対応することは現実的には困難かもしれない。しかしながら、社会からの心肺蘇生を希望しない傷病者への適切な対応を求める声は高まりつつある。心肺蘇生を希望しない傷病者にも適切に対応できる体制について、少なくとも議論を深めていく必要はある。傷病者の自己決定権を尊重するならば、119 番通報による出動であっても傷病者の意思等に基づいて心肺蘇生を中止する体制が望まれる。

（結論）心肺停止の傷病者が心肺蘇生を希望していない場合の救急隊の活動に関する現状を把握し、活動基準の素案等を作成した。

A. 背景・目的

（背景）本人は心肺蘇生を希望していなくても、

本人以外の 119 番通報によって救急隊が心肺停止

事例に出動した場合、救急隊員は、医療機関に搬

送するまで心肺蘇生を実施している。しかし、自己決定権を尊重するならば傷病者の希望に基づいて心肺蘇生を中止することが望ましい。

しかしながら、上記のような状況で救急隊が適切に心肺蘇生を中止するための手順は明らかになっておらず、そのために現場の救急隊員等が対応に苦慮する事案が発生している。

今後、傷病者の自己決定権の尊重がより重要となる中で、傷病者が心肺蘇生を希望していない場合に対する救急隊の標準的な活動基準の策定が望まれる。

(目的) 今後の指針の作成をみすえ、心肺停止の傷病者が心肺蘇生を希望していない場合の救急隊の活動に関する現状を把握し、活動基準の素案を作成することを目的とする。

## B. 方法

平成 25 年度厚生労働科学研究 分担研究「救急救命士等の心肺蘇生の中止に関する研究」(25 年度研究) に引き続いて、傷病者が心肺蘇生を希望していない場合の心肺蘇生の中止に関する関係者の意識や指針等の整備の状況について、改めて、既存の資料等の調査、整理を行った。また、25 年度研究において作成した活動基準の素案等について、現場の消防本部(東京消防庁、神戸市消防局、小樽市消防本部等)、学会発表等(G. 研究発表参照)において意見交換を行い、修正、改善を試み、さらに詳細な検討が必要な事項等を整理した。

## C. 結果

### 1. 既存の資料等の調査

既存の資料の調査、現在のガイドラインでの記載内容等の主なものは次の通りであった。

(1) 救急隊員を対象にした救急業務における心肺停止の中止に関するアンケート調査<sup>i</sup>

全国の救急隊員 295 名に対して、アンケート調

査において、次の点を明らかにしている。

- ・救急隊員の 17%が、傷病者本人がリビングウィルなどの書面によって心肺蘇生を希望しない意思を示した心肺停止事例を経験したことがある。

- ・これに対して、傷病者の意思に従い心肺蘇生を中止したのが 25%で、心肺蘇生を継続したものが 70%であった。

- ・心肺蘇生を中止した場合、47%は活動基準に基づいたものではない(活動基準が定められていない場合も含む)が、42%は活動基準に基づいて中止されていた。

- ・書面によって意思を示した傷病者に対する活動基準が定められているのはおよそ 20%であり、およそ 80%は定めていなかった(不明を除く)。

- ・定めていない地域の救急隊員の 90%が活動基準の策定を希望した。

- ・書面以外の方法で希望しない意思を示した事例については 47%の隊員が経験したことがある。

(2) 地域における心肺蘇生の中止に関する活動基準に関する調査の結果(具体的な例)

岐阜県の救急活動基準(資料 1)

心肺蘇生を希望しない意思表示がされている場合は、心肺蘇生を実施しながら、並行して主治医に連絡を取り、主治医から「心肺蘇生を行わない」旨の指示が得られれば、心肺蘇生を中止する活動基準が定められている。

(3) 現在のガイドラインでの位置づけ

①わが国における心肺蘇生のガイドライン(救急蘇生法の指針 2010)<sup>ii</sup>(資料 2)

わが国における心肺蘇生のガイドラインでは、「倫理的問題と法的問題」において、倫理に関する原則として、「傷病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ない」と示しつつ、「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はいえず、今後の重要な課題である」と

している。また、病院前救護における蘇生の開始と中止について「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、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」と記載があり、内容は必ずしも明確でない。

## ②米国における心肺蘇生のガイドライン（AHA 2010）<sup>iii</sup>（資料3）

“Out-of-hospital DNAR protocols must be clearly written and easily implemented for all involved”として、院外でのDNARを示した事例に対するプロトコルの必要性について示し、そのようなプロトコルがなければ、“pseudo resuscitation”（偽りの心肺蘇生：しているふりをした心肺蘇生）が行われると記載している。対処方法として、「オンラインによるリアルタイムでの医師の指示によって、心肺蘇生を中止すること」をあげている。

### （4）厚生労働省 人生の最終段階における医療に関する意識調査 報告書（資料4）

厚生労働省は、5カ年ごとに人生の最終段階における医療に関する意識の調査を実施し、その結果を公表している。この中で、「あなたは、自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいか、あるいは受けたくないかなどを記載した書面をあらかじめ作成しておくことについてどう思いますか。」という質問に対して、一般国民の69.7%が意思表示の書面をあらかじめ作成しておくという考え方に賛成しており、その割合は、5年前の相似した質問の調査に比べ7%程度上昇していることが示されている。また、賛成者のうち3.2%が実際に書面を作成していることが明らかにされている。

### （5）地域での本人の意思を明らかにするための試み

地域による高齢者への救急医療体制の構築の好事例として広く知られている<sup>iv</sup>八王子市高齢者救急医療体制広域連合会の「救急医療情報」には、「もしもの時に医師に伝えたい事」について、チェック方式にて、高齢者の意思の確認を行う取り組みを進めている。選択肢の中には、「なるべく自然な状態で見守ってほしい」という選択がある。（資料5）

## 2. 活動基準の素案の作成

心肺停止の傷病者が心肺蘇生を希望していない場合の救急隊の活動基準の素案等を作成した。

（1）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救急隊の活動基準（素案）（資料6）

（2）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救急隊の活動基準（素案）に対するQ and A（資料7）

## D. 考察 （現状）

結果（4）のとおり、自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいかなどを記載した書面をあらかじめ作成しておくことについて、「賛成である」と回答した一般国民の割合は、およそ70%に達している。このような国民意識を背景に、各地域において「できるだけ救命してほしい」、「なるべく自然な状態で見守ってほしい」などと記載した書面を各自に配布する取り組みが進められており、その一例が、結果（5）で取り上げた八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会のものである。これらにより実際に3.2%の国民が自分の意思を示した書面を作成している。

このような状況から、119番通報によって出動した救急隊が、傷病者本人が書面によって心肺蘇生を希望しない意思を示している心肺停止事例に遭遇している。結果（1）の調査においても救急

隊員のおよそ 20%がそのような経験していることが確認できた。

救急隊がどのように対応すべきかについては、結果（3）のとおり明確になっていない。そのため、救急の現場でその実際の対応に苦慮する事案が発生しており、救急業務の一つの大きな課題として浮上しつつある（資料8）。これが、結果（1）のとおり、心肺蘇生を希望しない意思を示した心肺停止事例に対する標準的な指針の策定を望む声につながっていると考えられる。

#### （これまでの取り組み）

幾つかの地域では、先進的な取り組みや検討が始まっている。結果（2）では、主治医の判断の下に、心肺蘇生の中止を可能としている。米国のガイドラインにおいては、結果（3）①のとおり記載があり、実際に、メディカルコントロール医師の指示のもとに心肺蘇生を停止する仕組みが整備されている<sup>v</sup>。

#### （今後の対応）

これまでの取り組みを踏まえて、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思を示した心肺停止事例に対する標準的な活動基準（素案）を作成し、これをいくつかの消防本部や専門家間での意見交換を踏まえて修正し、（資料6）を作成した。この活動基準の詳細について、今後、整理する必要がある事項をとりまとめたものが（資料9）である。また、活動基準（素案）を理解するための資料として、「心肺蘇生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活動基準（素案）に対する Q and A」（資料7）を作成した。活動基準の素案は、傷病者の意思を確認した現場の救急隊員が、オンラインで医師に判断を求め、医師の判断と指示に基づいて救急隊員が心肺蘇生の中止を行うことを基本的な流れとしている。このようにして、傷病者が心肺蘇生を希望していないという意思の確認とそ

れに基づく心肺蘇生の中止を、現場の救急隊員の判断だけでなく、医師の判断によっても裏付ける形をとっている。

心肺蘇生を中止した場合、それが本人の希望であったとしても、後になって家族等から心肺蘇生の中止について責任を問われる懸念がある。一方で、本人の希望に反し心肺蘇生を実施した場合でも「尊厳を傷つけた」として責任を問われることも想定される。いずれにしても責任を問われる可能性があるからこそ、標準的な活動基準が必要であり、そしてその活動基準は、本人の意志をできるだけ尊重したものとする必要があるだろう。今後は、この活動基準の素案をより具体的なものとして、その実現性について評価を試みる。とはいえ、救急の現場では、救急救命士が得ることのできる情報や時間は、著しく限られている。傷病者の状況、その場に居合わせた家族等との関係などが必ずしも十分に把握できる状況ではない。救命を希望する多くの心肺停止傷病者への迅速な心肺蘇生が損なわれることなく、心肺蘇生を希望しない傷病者にも適切に対応することは現実的には困難かもしれない。しかしながら、日本臨床倫理学会が、POLST（DNAR 指示を含む）作成指針の中で、「生命を脅かす疾患」に直面している患者の医療処置（蘇生処置を含む）に関する医師による指示書において、救急隊への対応を求める（資料10）など、社会からの心肺蘇生を希望しない傷病者への適切な対応を求める声は高まりつつある。また、「個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重され、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境の整備を行うよう努めるものとする」（持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律 第四条五）ことは国の責務とされている。心肺蘇生を希望しない傷病者にも適切に対応できる体制について、少なくとも議論を深めていく必要はある。今回、2年にわたる厚生労働科学研究において研究、議論を進め、たたき台としての具体的な活動基準の素案を作成し

た。次の段階として、これらたたき台を元に、病院前救急医療に関わる学会等が議論の中心となるとよいのではないか。傷病者の自己決定権を尊重するならば、119 番通報による出動であっても傷病者の意思等に基づいて心肺蘇生を中止する体制が望まれる。

#### E. 結論

傷病者の自己決定権を尊重するならば、119 番通報による出動であっても傷病者の意思等に基づいて心肺蘇生を中止する体制が望まれる。心肺停止の傷病者が心肺蘇生を希望していない場合の救急隊の活動に関する現状を把握し、活動基準の素案等を作成した。

※本研究は、平成 25 年度厚生労働科学研究 分担研究報告書「救急救命士等の心肺蘇生の中止に関する研究」に引き続いて実施したものである。

#### F. 参考文献

ページ末に記載

#### G. 研究発表

1. 論文発表（著者氏名・発表論文・学協会誌名・発表年（西暦）・巻号（最初と最後のページ））

なし

2. 学会発表

・田邊晴山、他 第17回日本臨床救急医学会総会・学術集会（平成26年6月1日）救急救命士が使用する「食道閉鎖式エアウェイ」「ラリングアルマスク」の添付文書の課題について

・田邊晴山、他 第42回 日本救急医学会総会・学術集会（平成26年10月29日）救急救命士等の心肺蘇生の中止に関する研究

・田邊晴山、他 日本蘇生学会第33回大会（平成26年12月5日）病院前において蘇生を希望しない意志を示した心肺停止事例への対応について

・田邊晴山 第12回山形県メディカルコントロール指導医セミナー 救急救命士とメディカルコントロール（平成27年2月25日）

・田邊晴山 秋田県救急隊員セミナー 救急救命士の処置の拡大～今とこれから～（平成26年9月27日）

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他（研究課題の実施を通じた政策提言（寄与した指針又はガイドライン等）

なし

- 
- i 平成 25 年度厚生労働科学研究「救急医療体制の推進に関する研究」（研究代表者 山本保博 分担研究報告書「救急救命士等の心肺蘇生の中止に関する研究」田邊晴山
  - ii 日本救急医療財団 救急蘇生法の指針 2010 へるす出版
  - iii Morrison et al, Part 3: Ethics 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Circulation. 2010;S667
  - iv 厚生労働省第 1 回 救急医療体制等のあり方に関する検討会（平成 25 年 2 月 6 日）資料
  - v HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY, NEW/REVISED 2009 EMERGENCY MEDICAL SERVICES TREATMENT PROTOCOLS/POLICIES. 2009;S414

# 岐阜県 救急隊（消防隊） 活動プロトコール

平成16年10月 5日策定  
平成17年11月28日改定  
平成18年11月14日改定  
平成19年11月27日改定  
平成21年 1月20日改定  
平成21年12月14日改定  
平成24年 4月 1日改定

監修：岐阜県メディカルコントロール協議会



# 1 心肺蘇生プロトコール運用について注意する点

---

## 【全体について】

- 1 本プロトコールの運用にあたり、電話や無線等によるオンラインの医師の指示がある場合は、それを優先する。さらに現場にて、直接医師の指示がある場合は、それに従うことを最優先とする。
- 2 CPAを疑わせる事案に対する出動では、救急隊以外にポンプ隊（あるいは応援救急隊、工作車隊、指揮車隊でも可）の出動が求められている。現に火災出動しているなどで連携できない場合などを除き連携出動をするよう特命等により指令されたい。G2010に対応した活動には3名の隊員では実施困難なことが多く、3名による活動を行わざるを得なかった場合には、その理由を詳細に活動記録に残し事後検証を受ける。
- 3 本プロトコールは「明らかに死亡している」事案には適用しない。「明らかな死亡」とは、接触時、頸部離断（広範な脳脱出を含む）、体幹部離断、腐敗など一見して死亡が明かである場合である。  
また、目撃のないCPAで接触時心電図心静止であり、且つ早期死体現象（大関節の硬直、死斑の出現）がある場合も「明らかな死亡」である。
- 4 「明らかに死亡している」と判断され、本判断基準を引用しながら状況を十分説明したにもかかわらず家族等が蘇生術の施行、医療機関への搬送を望む場合には、家族等の心情を考慮して自治体の行政サービスとして死亡者の搬送を否定するものではない。この場合、本プロトコールに準拠する活動を行わなくても良い。
- 5 救急救命士、消防職員の蘇生術（除細動を含む）に関するインフォームドコンセントは、家族に救命処置行為を説示するものである。しかし、家族が明確に拒否した場合は、特定行為や電氣的除細動を実施せず、状況に応じCPRを施行しながら、搬送に移る。  
また、CPRを行いながら、蘇生術の施行がふさわしくない状況が判明した場合（悪性腫瘍末期や蘇生を受けない旨の意思表示がされているなど）にはCPRに並行して主治医と連絡を取るよう努め、主治医から「CPRを行わない」旨の指示（DNAR）が取得されたならばCPRを中止する。
- 6 狭隘部等の移動の際、胸骨圧迫中断10秒以内での移動が困難な場合であっても、最大30秒を越えないように努力する。
- 7 声門上気道デバイスを用いて気道確保を実施した上でCPRを行うときには、「適切な換気が可能」である場合に限り、換気と胸骨圧迫は非同期で行う。その際の胸骨圧迫の回数は1分間に少なくとも100回、換気は1分間に10回である。胸骨圧迫のために換気がうまく出来ない場合には胸骨圧迫と換気は同期させ30:2で行う。

Ⅷ章 倫理的問題と法的問題

倫理的問題と法的問題

① 倫理に関する原則とわが国の現状

蘇生は、公正、善意、非犯罪性、および自主性に基づく行為であることが根本的な理念として国際的に受け入れられているが、その優先順位や概念は国・地域の文化によって異なる。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

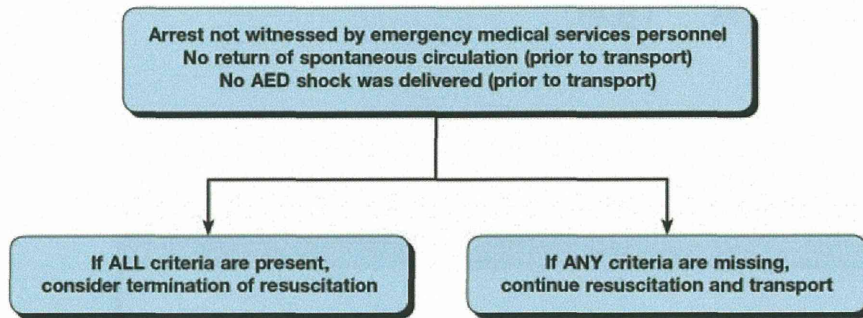
わが国では医師以外の者が死亡診断を行うことは法的に禁止されていることから、救急救命士等は社会通念に照らして「死が明らかな場合」を除いては、実質的に死亡の診断が前提となる蘇生行為の不着手・不搬送を決定することはできない。「死が明らかな場合」であっても、家族等が蘇生行為の不着手・不搬送を受け入れ難い場合には蘇生をしながら搬送せざるを得ない。

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45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、アドバンスディレクティブ(リビングウィルやDNAR\*指示、POLST\*\*など)を明示し、これを尊重した高齢者施設などにおける医療体制の構築が望まれる。高齢者施設におけるアドバンスディレクティブのあり方については十分な国民的議論が必要である。



© 2010 American Heart Association

Figure 1. BLS termination-of-resuscitation rule for adult OHCA.<sup>23</sup>

### 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.<sup>16</sup>

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.<sup>20</sup>

Some EMS systems have extended the DNAR protocol to include verbal DNAR requests from family members as grounds to withhold therapy.<sup>21,22</sup> 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 DNAR order is valid without an advance directive. A significant number of cardiac arrest victims for whom EMS is summoned have a terminal illness, and many have written advance directives. Laws detailing the actions of a prehospital provider in response to an out-of-hospital DNAR order vary across jurisdictions. In general, EMS professionals should initiate CPR and advanced life support if there is reasonable doubt about the validity of a DNAR order, if there is concern that the victim may have had a change of mind, or if there is a question about whether the patient intended the advance directive to be applied under the actual conditions for which EMS has been called.

The DNAR order should be shown to EMS responders as soon as they arrive on the scene. If the EMS professional cannot

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 because continuation of the resuscitative efforts places others in jeopardy
- Reliable and valid criteria indicating irreversible death are met, criteria of obvious death are identified, or criteria for termination of resuscitation are met.

One set of reliable and valid criteria for termination of resuscitation is termed the “BLS termination of resuscitation rule” (see Figure 1).<sup>23</sup> All 3 of the following criteria must be present before moving to the ambulance for transport, to consider terminating BLS resuscitative attempts for adult victims of out-of-hospital cardiac arrest: (1) arrest was not witnessed by EMS provider or first responder; (2) no return of spontaneous

# 人生の最終段階における医療に関する意識調査 報告書

平成26年3月

終末期医療に関する意識調査等検討会