

「人生の最終段階にある患者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生」 に関する救急隊の標準的活動指針と活動プロトコール

熊本県メディカルコントロール協議会

2024 年（令和 6 年） 12 月 第 1 版

「人生の最終段階にある患者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生」
に関する救急隊の標準的活動指針と活動プロトコール 第1版
(2024年12月)

編集

熊本県メディカルコントロール協議会 救急業務高度化推進部会

編集委員長

済生会熊本病院 救命救急センター 救命救急センター長 前原 潤一

編集委員

熊本大学病院 救急部	教授 入江 弘基
熊本大学病院 緩和ケアセンター	教授 吉武 淳
熊本市消防局警防部救急課	課長 丸山 修

熊本市消防局

山鹿市消防本部

人吉下球磨消防組合消防本部

上益城消防組合消防本部

上球磨消防組合消防本部

八代広域行政事務組合消防本部

阿蘇広域行政事務組合消防本部

有明広域行政事務組合消防本部

水俣芦北広域行政事務組合消防本部

宇城広域連合消防本部

菊池広域連合消防本部

天草広域連合消防本部

熊本県消防保安課・医療政策課

編集協力 心じき法律事務所 弁護士 藤木 美才

沿革

令和6年（2024年）12月第1版 令和7年（2025年）4月1日 施行

■はじめに

熊本県メディカルコントロール協議会では、**人生の最終段階**^{*1}にある患者が、治療方針について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といった点についてあらかじめ「**意思表示の書面**」^{*2}等で示しておく取り組みなどについて、議論を重ねてきた。この指針ならびにプロトコルは、患者の意思に沿った熊本県における救急現場での心肺蘇生のあり方について具体的にまとめたものである。

■心肺蘇生を希望しない患者への対応に関する基本的なあり方

1) 本指針とプロトコルの対象者は、「人生の最終段階にある患者」とする。

2) 心肺蘇生の開始

救急隊は、救急要請を受け患者接触後に心肺停止を確認した場合、心肺蘇生の実施を希望しない旨の意思表示を口頭や書面で受けても、患者が明らかに死亡している場合（社会死 6 項目^{*3}）を除き、医師による心肺蘇生処置の中止指示をプロトコルに則って確認するまで、まず心肺蘇生を開始するのが原則である。

3) 患者の自律尊重

かかりつけ医^{*4}を含む多職種の関係者によって患者にとって最善の医療を行うために形成された合意の結果として、「心肺蘇生を受けない」ことについての「**心肺蘇生に関する本人（あるいは代諾者^{*5}）意思表示と医師指示書**」等がある場合は、その患者本人の意思を尊重する必要がある。ただし、外傷などの外因による心肺停止が疑われる場合は、患者の意思にかかわらず心肺蘇生を継続し医療機関に搬送する義務がある。

4) 患者の意思の確認と心肺蘇生の中止の判断

救急隊は、家族等から書面の提示を受けた場合、「医師指示書」等の内容を適切に確認する必要がある。また、救急隊が単独で生死に直結する心肺蘇生の中止の是非を判断することはできないことから、かかりつけ医が総合的に心肺蘇生の中止の是非を判断し、その判断に沿って救急隊が活動するのが妥当である。かかりつけ医との連絡が取れない場合など、医師の判断や助言が得られない場合は、家族等に対し、心肺蘇生を継続しつつ医療機関に搬送することを説明し、活動を継続する。

5) 標準的な指針や地域の基準に沿った本指針と活動プロトコルの継続的対応

熊本県メディカルコントロール協議会は地域の医療機関、各種施設等とともに、本指針とプロトコルの立案・試験運用・本運用・指導体制・研修・事後検証等の PDCA サイクルを継続稼働して実践することにより「人生の最終段階にある患者」の意思に沿った救急現場が行えるように取り組んでいく。

（参考：人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方に関する提言
一般社団法人 日本臨床救急医学会 平成 29 年 3 月 31 日）

■ 用語の解説

*1「人生の最終段階」とは…

どのような状態が人生の最終段階にあるかは、本人の状態を踏まえて、医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断によるべきであり、

- ・がんの末期のように、予後が数日から長くとも2～3ヶ月と予測が出来る場合
- ・慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合
- ・脳血管疾患の後遺症や老衰など数ヶ月から数年にかけ死を迎える場合などがある。

*2「意思表示の書面」とは…

本プロトコルでは、本人（あるいは代諾者）の署名と、かかりつけ医の署名・所属・連絡先の記載がある、心肺停止時に心肺蘇生等を希望しないという意思を表明した、作成後1年以内の書面をいう。

P9「心肺蘇生に関する本人（あるいは代諾者）意思表示と医師指示書」参照

*3「社会死6項目」とは…

「救急業務において傷病者が明らかに死亡している場合の一般的判断基準」

- (1) 意識レベルが300であること。
- (2) 呼吸が全く感ぜられないこと。
- (3) 総頸動脈で脈拍が全く触知できないこと。
- (4) 瞳孔の散大が認められ、対光反射が全くないこと。
- (5) 体温が感ぜられず、冷感が認められること。
- (6) 死後硬直又は、死斑が認められること。

以上の全てが該当した場合のことである。

(消防庁救急企画室長 平成30年6月4日消防救第109号より)

*4「かかりつけ医」とは…

本プロトコルでは、地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有し、人生の最終段階に至る患者の病歴、生活状況、家族との関係等をもっとも理解している医師を想定している。

具体的には

- ・定期的に診療を行っている医療機関所属の医師や在宅医
 - ・福祉施設に所属する医師
- などである。

*5 「代諾者」とは・・・

医療に係る同意は、一身専属権と解されており、他者が同意することはできないと考えられている。もっとも、本人の意思を確認できない状況もあり得ることから、「心肺蘇生に関する本人意思表示（あるいは代諾者）と医師指示書」には、代諾者の署名欄を設けている。本プロトコルでは代諾者とは、患者本人に意思決定能力がない場合に、本人に代わって、説明及び同意の手続きをする医療者の相手方となる者、もしくは将来その役割を担うと考えられる者を想定している。したがって、本人の推定意思を尊重し、最善の利益を図りうる者でなくてはならない。基本的には家族（配偶者、親、子など）となるが、生物学的あるいは法的に関係が近いからといって、患者の意向を適切に推定し代弁できるとは限らない。場合によっては、親しい友人等を含み、複数人存在することも想定される。

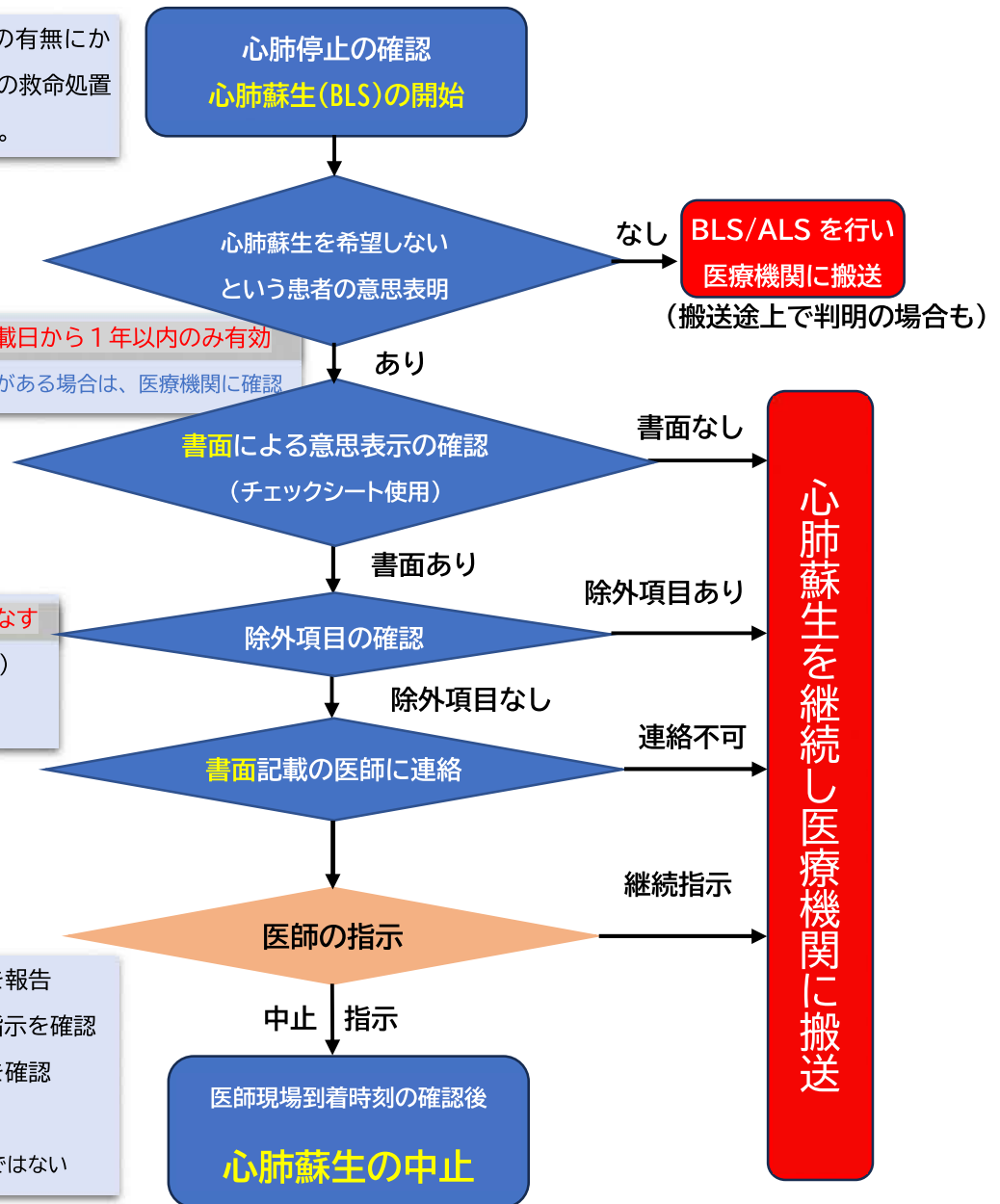
【引用並びに参考文献】

- ・「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン 解説編」
（人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会 改訂 平成 30 年 3 月）
- ・日本医師会ホームページ <https://www.med.or.jp/people/kakari/> （平成 25 年日本医師会提言）
- ・「人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方に関する提言」
（一般社団法人 日本臨床救急医学会 平成 29 年 3 月 31 日）
- ・DNAR（Do Not Attempt Resuscitation）指示に関する指針 第 1.0 版（2022.8.9） （奈良県立医科大学附属病院）

心肺停止患者に対する救急隊の標準的活動プロトコール

●心肺蘇生を希望しないという意思表示の有無にかかわらず、心肺停止を確認したら心肺蘇生の救命処置を最優先し、中止の確定まで継続すること。

●「患者意思表示と医師指示書」医師署名の記載日から1年以内のみ有効
現場には書面がなくても、医療機関のカルテに書面がある場合は、医療機関に確認



*心肺蘇生等の中止後活動指針

- 心肺蘇生中止後も、医師による死亡確認までは、尊厳をもって患者に対応する。
- 心肺蘇生中止後は、原則、患者を医師に引継ぎ、プレホスピタルレコードに医師の署名を得る。
なお、直接医師に引き継げなかった場合は、後日、医師に署名を求める。
- 医師の現場到着が長時間(40分以上) かかることが予想され、医師に相談した結果、医療機関に搬送しない場合、又は40分以内であっても、重篤事案等で緊急の出動を覚知した場合は、家族等から「医療機関への不搬送同意書」に署名をもらい、現場から帰任或いは別事案に出動する。
- 心肺蘇生中止の判断後、かかりつけ医療機関までの移送を依頼された場合は、地域 MC のプロトコールに則って対応する。

救急隊の活動に関する記録項目（チェックシート）

※プレホスの記載は通常通り行い、チェックリストとして本シートを使用し、記録保存する

書面を確認した救急隊 隊 名 _____ 記載者名 _____

書面を確認した日時 西 暦 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

書面が無効となる要件（1つでも該当すれば無効）

- ☐ 患者（または代諾者）の署名がない。
- ☐ 医師署名の記載日から1年を超えている。
- ☐ 記載医師の署名がない。



心肺蘇生を継続実施し、医療機関に搬送する。

書面の確認事項

患者の文書による意志表明等に関すること

- 患者（または代諾者）による署名 ☐ あり

署名者 氏 名 _____ ☐ 本人 ☐ 代諾者

- 署名者が代諾者の場合、患者との間柄 _____

- 医師署名の記載日 ☐ 1年以内の記載 西 暦 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

書面記載医師に関すること

- 書面記載医師の署名 ☐ あり

所属機関 _____ 医師名 _____

連絡先 _____ 電話番号 _____

医師との連絡に関すること

- 書面記載医師へ連絡した日時 西 暦 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

☐ 連絡取れず → 心肺蘇生を継続実施し医療機関に搬送する。

- 連絡した医師からの指示内容

☐ 中止指示 （補足） _____

☐ 継続指示 （補足） _____

- 医師の現場到着予定時間 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分ごろ

☐ 医師到着まで 40 分以上要する場合は、家族等から「医療機関への不搬送等同意書」に署名をもらい、現場から帰任

☐ 医師到着まで 40 分以内であるが、重篤事案等で緊急の出動を覚知した場合は、「医療機関への不搬送等同意書」に

署名をもらい、別事案に出動

医師の現場到着時間 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 引き継ぎ医師署名 _____

医療機関への不搬送同意書(複写)

[伝える内容]

- 患者様のかかりつけ医から心肺蘇生を中止するように指示を受けました。
- 当該かかりつけ医が、現場にて患者様の対応を引き継ぐとの指示がありました。
かかりつけ医の現場到着時間は、 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分ごろ です。
- かかりつけ医の到着が 40 分以上要するため、救急隊は帰任します。或いは医師到着予定40分以内ですが、重篤事案等で緊急の出動を覚知したため、救急隊は別事案に出動します。

【関係者様記入欄】

次の内容を確認し、救急隊が帰任或いは別事案に出動することに同意します

- ☐ 下記患者様に対する心肺蘇生を中止すること
- ☐ かかりつけ医が現場に到着するまで、傷病者ならびに周囲の環境を可能な限り維持すること

(記)

- 患者氏名: _____
- 同意した本人の署名: _____
- 署名の日時: 西 暦 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分
- 署名者(同意者)の連絡先住所: _____
連絡先電話番号: _____
- 署名者(同意者)と患者との関係:
 - ☐ 家族・親族 (続柄: _____)
 - ☐ 施設職員 (施設名: _____)
 - ☐ 後見人
 - ☐ その他 (_____)

【救急隊記入欄】

- 本件の出動場所: _____
- 救急隊名: _____
- 救急隊長名: _____
- 現場から帰任或いは別事案出動日時: 西 暦 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分
- 備考(医師到着が予定の時間を過ぎ40分を超過し帰任する場合は、その内容を記載する。医師到着40分以内に重篤事案等の緊急出動を覚知し別事案に出動した場合には、出動要請の内容を記載する):

心肺蘇生に関する本人（あるいは代諾者）意思表示と医師指示書

「本人（あるいは代諾者*）意思表示」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「心肺蘇生を受けない」という意思を表明しました。心肺蘇生を受けなければ生命維持できない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と十分に話し合い、ここに同意いたします。

また、これらの指示は、私の意思でいつでも撤回できることを理解しています。

本人（あるいは代諾者）署名： _____

署名年月日：西暦 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人に代わり代筆した場合、代筆者の氏名 _____ 本人との関係 _____

代諾者署名の場合 本人との関係 _____

*代諾者とは、患者本人に意思決定能力がない場合に、本人に代わって、説明及び同意の手続きをする医療者の相手方となる者である。よって、本人の推定意思を尊重し、最善の利益を図りうる者でなくてはならない。

「医師指示書」記入欄

当該本人が心肺停止となった場合、本人（あるいは代諾者）の自発的な意思に基づいて行われた「心肺蘇生を受けない」という表明を尊重し、心肺蘇生を実施しないでください。
この指示にあたっては標準的な医療水準等を考慮し、本人（あるいは代諾者）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。

本人氏名： _____

生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所： _____

連絡先電話番号： _____

病状の概要： _____

医師署名： _____

署名年月日：西暦 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ※

医療機関の名称： _____

医療機関の所在地： _____

連絡先電話番号 _____

（注： 医師は、必ず連絡がすぐにとれる電話番号を記入してください。）

※この書類の有効期限は医師の署名年月日より1年間であり、1年毎の更新が必要となります。