

心肺蘇生を希望しない方やそのご家族の方へ

「心肺蘇生をしないでほしい」というご本人の希望があっても、**救急隊が必ず心肺蘇生を中止するとは限りません。**

救急隊が心肺蘇生を中止できるのは、次の全てのことが確認できた場合のみです。
全てのことが確認できるまでは、必要に応じて心肺蘇生を実施させていただきます。

①人生会議(ACP)の中で、ご本人がご家族やかかりつけ医と十分に話し合い、「心肺蘇生を希望しない(DNAR)」というご本人の意思が示され、その内容がご家族およびかかりつけ医との間で共有されていること



(ご家族の希望のみでは要件を満たしません)

②対応する救急隊がかかりつけ医に電話連絡し、かかりつけ医から直接「心肺蘇生を行わない」という指示が出され、かつ一定の時間内にかかりつけ医が救急現場に駆けつけられること



③かかりつけ医と作成した本書裏面書類や、かかりつけ医が所有するカルテなどにて、心肺蘇生を希望しないというご本人の意思が確認できること



④交通事故や転落、自殺、窒息など、不慮の事故が原因でないこと



1つでも確認できない場合は

命を守るため、救急隊は通常通り心肺蘇生を行い、病院へ搬送させていただきます。

※心肺停止前の方には適用されません。

※心肺蘇生を実施せず、死亡確認や死亡診断のみを目的とした病院への搬送はできません。

終活ノートを作成などを通じて、いざという時に備え、ご家族やかかりつけ医と日頃からよく話し合い、あらかじめ準備しておくことが大切です。



心肺蘇生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。¹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：	市・郡	町		
病状の概要：（終末期の状況など）				

医師署名欄： 年 月 日

医療機関の名称：

所在地： 市・郡 町

連絡先電話番号 — —

もしくは — — (時間外)

<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。^{2,3}

患者署名欄⁴： 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⁵： 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若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。