

人生の最終段階にあり 心肺蘇生等を望まない方への 対応について (DNAR)



～ご本人の意思を尊重した救急活動の実現に向けて～

鳥取県救急搬送高度化推進協議会^(※1)では、人生の最終段階にあり、心肺蘇生等を望まない方の意思を尊重し、ご本人の意に沿った救急活動を実施するための体制を整えました。

※1) 医師や消防機関等で構成され、傷病者の搬送、受入れ、救急救命活動等について協議を行う。

■ 背景

医師により回復の見込みがないと判断されるなどの人生の最終段階にある方の医療・ケアの方針については、本人が家族や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合いを行い、あらかじめ本人の考えを意思表示することなどにより、本人の尊厳を追求し、自分らしく最期まで生きるための決定プロセスに関するガイドライン^(※2)が厚生労働省から示されています。

意思表示の1つに、「心肺停止になった時に心肺蘇生を行わない」という選択肢があり、「DNAR^(※3)」と呼ばれています。

※2) 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 (厚生労働省 平成30年3月改訂)

※3) Do not attempt resuscitation の略で、直訳で「蘇生を行わないこと」

■ 現状と救急活動手順の整備

ご家族の方やかかりつけ医等の医療・ケアチームと繰り返し話し合いを行い、「心肺停止になった時に心肺蘇生を行わない」という**DNARの意思表示**をされた方については、**かかりつけ医が指示書を作成**します。

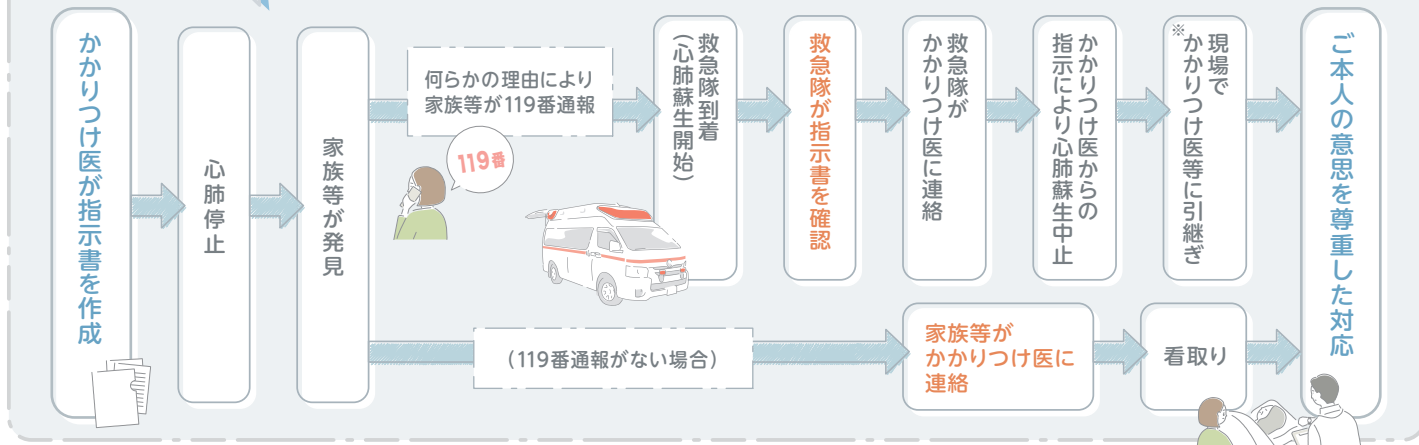
心肺停止になった時には、ご家族の方は、ご本人の意思を尊重して、かかりつけ医等に連絡して看取りをすることになります。

「心肺蘇生を行わない」というDNARの意思表示の有無に関わらず、119番通報があった場合、救急隊は心肺蘇生を開始します。「**心肺蘇生等に関する医師の指示書**」があり何らかの理由により119番通報をされた場合に、「心肺蘇生を行わない」というご本人の意に沿うように鳥取県救急搬送高度化推進協議会では、救急隊の活動手順を定め、令和7年4月1日から運用しています。

■ 詳細は、下記QRコードでご確認ください。

DNARにおける 今回定めた運用のイメージ図

イメージ図の場合以外は、救急隊は通常の救命処置を継続し、医療機関に搬送する。
※かかりつけ医療機関に搬送する場合があります。



かかりつけ医と話し合いをされている皆さまへ

- 人生の最終段階における医療・ケアの在り方は、かかりつけ医等から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づき、ご本人がご家族や医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、**ご本人の意思を決定**することが最も大切なことです。

- ご本人の意思は、時間の経過、心身の状況により変化するものですので、ためらわず、かかりつけ医等に自らの意思をお伝えください。その都度、ご本人とご家族や医療・ケアチームと繰り返し話し合いをして、医療・ケアの方針を決めていきます。
- 人生の最終段階における医療・ケアの選択肢の1つには、「**心肺停止になった時に心肺蘇生等を望まない**」(DNAR)というものもあります。
- その意思決定をする前には、かかりつけ医から十分に説明を受け、ご家族や医療・ケアチームと繰り返し話し合いを行ってください。
- DNARの意思決定をされたら、**かかりつけ医が「心肺蘇生等に関する医師の指示書」を作成**します。
- 「心肺蘇生等に関する医師の指示書」を作成しており、ご本人が心肺停止状態になった場合は、**かかりつけ医にご連絡**をお願いします。(不慮の事故や誤嚥などによる心肺停止を除く)
- 119番通報があった場合は指示書の有無に関わらず、救急隊は救急活動を開始します。「**心肺蘇生等に関する医師の指示書**」を確認した場合、今回定めた活動手順により対応します。

■ 各種様式

心肺蘇生等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「心肺蘇生等を受け付けない」決定を尊重し、心肺蘇生等を実施しないでください。※1
指示に当たっては、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上で、意思決定についての合意が形成されています。

<患者情報>

氏名:	
住所:	
生年月日:	年 月 日
連絡先電話番号:	- - (もしくは - -)
病状の概要:	

※「署名」又は「記名」

<医師記入欄>

医師氏名:	
医療機関の名称:	
医療機関の住所:	
連絡先電話番号:	- - (もしくは - -)
記入日:	年 月 日

※「署名」又は「記名押印」

<患者(代諾者)署名欄>

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。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、4

患者署名欄: _____

代筆者署名欄: _____ (患者との関係: _____) ※5

代諾者署名欄: _____ (患者との関係: _____) ※6

署名日時: _____年 月 日 _____時 _____分 ※7

- ※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上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。代筆者が署名する場合、代筆者は、患者の事柄の意思、信念、価値観などを考慮して署名する。かかりつけ医等は、代筆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、患者も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 本指示書を作成して119番通報があった場合は、救急隊は心肺蘇生を行う。その後、本指示書の指示があれば、救急隊が所要の意思確認を行った後に、かかりつけ医からの心肺蘇生等の中止指示を受けて、救急隊は心肺蘇生を中止する。その際は、原則、かかりつけ医が現場に駆けつけるが、かかりつけ医が対応できない場合は医師が現場に駆けつける。
 ※5 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者。
 ※6 患者が未成年の場合や意識障害などで署名できない場合は、代筆者（保護者・親権者等）が署名すること。
 ※7 代諾者とは、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することを指す。
 ※8 本指示書の有効期限は患者（代諾者）署名日から1年間とし、有効期限満了後も心肺蘇生等の実施を希望しない場合は再度、本指示書を作成すること。
 ※9 本指示書作成後に上記同意の撤回や当該患者の転居・死亡等が生じた場合は、患者又は代諾者は、速やかにかかりつけ医等に連絡すること。

令和7年4月版

傷病者不搬送同意書

下記の傷病者様のかかりつけ医等から、心肺蘇生等を中止する指示がありました。
また、当該かかりつけ医等が現場に臨場するとの申し入れがありました。
下記関係者記入欄をご確認の上、ご署名いただきますようお願いいたします。

<引継ぎ区分>

かかりつけ医等に引き継ぎ 関係者に引き継ぎ

<傷病者情報>

氏名:	_____
住所:	_____
生年月日:	_____年 月 日

<関係者署名欄>

私は、下記内容を承諾し、救急隊が現場待機又は引き揚げることに同意します。
 ・救急隊が傷病者に対する心肺蘇生等を中止すること。
 ・かかりつけ医等に到着するまでの間、傷病者本人の現状を維持すること。

関係者署名欄: _____ (傷病者との関係: _____)

連絡先電話番号: _____ (もしくは - -)

署名日時: _____年 月 日 _____時 _____分

<かかりつけ医・看護師署名欄>

私は、救急隊から傷病者を引き継ぎました。

医療機関名: _____

医師・看護師名: _____ 医師 看護師

署名日時: _____年 月 日 _____時 _____分

<救急隊記入欄>

引き揚げ日時: _____年 月 日 _____時 _____分

救急隊名: _____

救急隊長名: _____

令和7年4月版

▲「心肺停止時に心肺蘇生等を行わない」という医師の指示を示す書面です。

※作成後は、本人の意思を関係者が共有できるようにベッドサイドや冷蔵庫など、よく見えるところに掲示をお願いします。

▲医師の指示により、救急隊が傷病者に対する心肺蘇生等を中止し、現場待機又は引き揚げることに関係者が同意する書面です。救急隊が出動した時に救急隊が使用します。

令和7年4月版