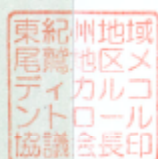


## 終末期在宅（施設入居）患者急変時の救急対応に関する覚書

終末期在宅（施設入居）患者（以下「終末期患者」という。）急変時の対応について、紀北医師会及び東紀州地域尾鷲地区メディカルコントロール協議会並びに三重紀北消防組合の3者は、次のとおり覚書を交換する。

- 1 この覚書の対象とする業務は、紀北医師会に属する医師をかかりつけ医とする終末期患者の急変時における救急業務とする。
- 2 終末期患者のかかりつけ医は、平時において当該終末期患者及びその家族等から別添様式1又は様式2及び様式3並びに様式4の内容について聴取し、作成することとする。
- 3 終末期患者のかかりつけ医は、当該終末期患者の急変時において往診等の対応が不可能な時には、受入先病院担当医師に対し別添様式1から様式4の内容について可能な限り情報を提供すること。
- 4 終末期患者の急変時において、かかりつけ医から様式1から様式4の内容について情報提供を受けた受入先病院担当医師は、それらの内容から当該終末期患者の急変に対する処置の内容等を判断すると共に、必要に応じて救急隊の活動に対し指示を行うこととする。
- 5 三重紀北消防組合は終末期患者が急変し救急要請を受けた場合には、別添「終末期在宅（施設入居）患者急変時の救急対応プロトコル」に基づき救急活動を実施することとする。
- 6 別添「終末期在宅（施設入居）患者急変時の救急対応プロトコル」については東紀州地域尾鷲地区における地域ルールとし、その運用については当該終末期在宅患者のかかりつけ医の指示下において運用するものとする。
- 7 東紀州地域尾鷲地区メディカルコントロール協議会は、別添「終末期在宅（施設入居）患者急変時の救急対応プロトコル」の内容及び運用について統括する立場とする。
- 8 東紀州地域尾鷲地区メディカルコントロール協議会は、三重紀北消防組合が別添「終末期在宅（施設入居）患者急変時の救急対応プロトコル」に基づき救急活動を実施した場合には、その活動内容について事後検証を実施することとする。
- 9 本覚書に基づき終末期在宅患者の急変時の対応を行っていく上において疑義又は問題点が生じた場合には、必要に応じて3者協議の上でその都度改正を行うこととする。
- 10 上記内容の証として、本書を3通作成した上で3団体それぞれ署名捺印し、各自1通これを保管することとする。



2019年1月1日

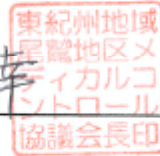
紀北医師会

会長 澤田 隆裕



東紀州地域尾鷲地区メディカルコントロール協議会

会長 世古口 茂幸



三重紀北消防組合

管理者 加藤 千速



## 【東紀州地域尾鷲地区MC 終末期在宅（施設入居）患者急変時の救急対応プロトコル】

終末期患者が、自宅、又は入居中の介護施設等で容態が急変し心肺停止となり、救急出動要請があった場合は、以下の手順で活動する。

### 【実施資格】

すべての救急隊員

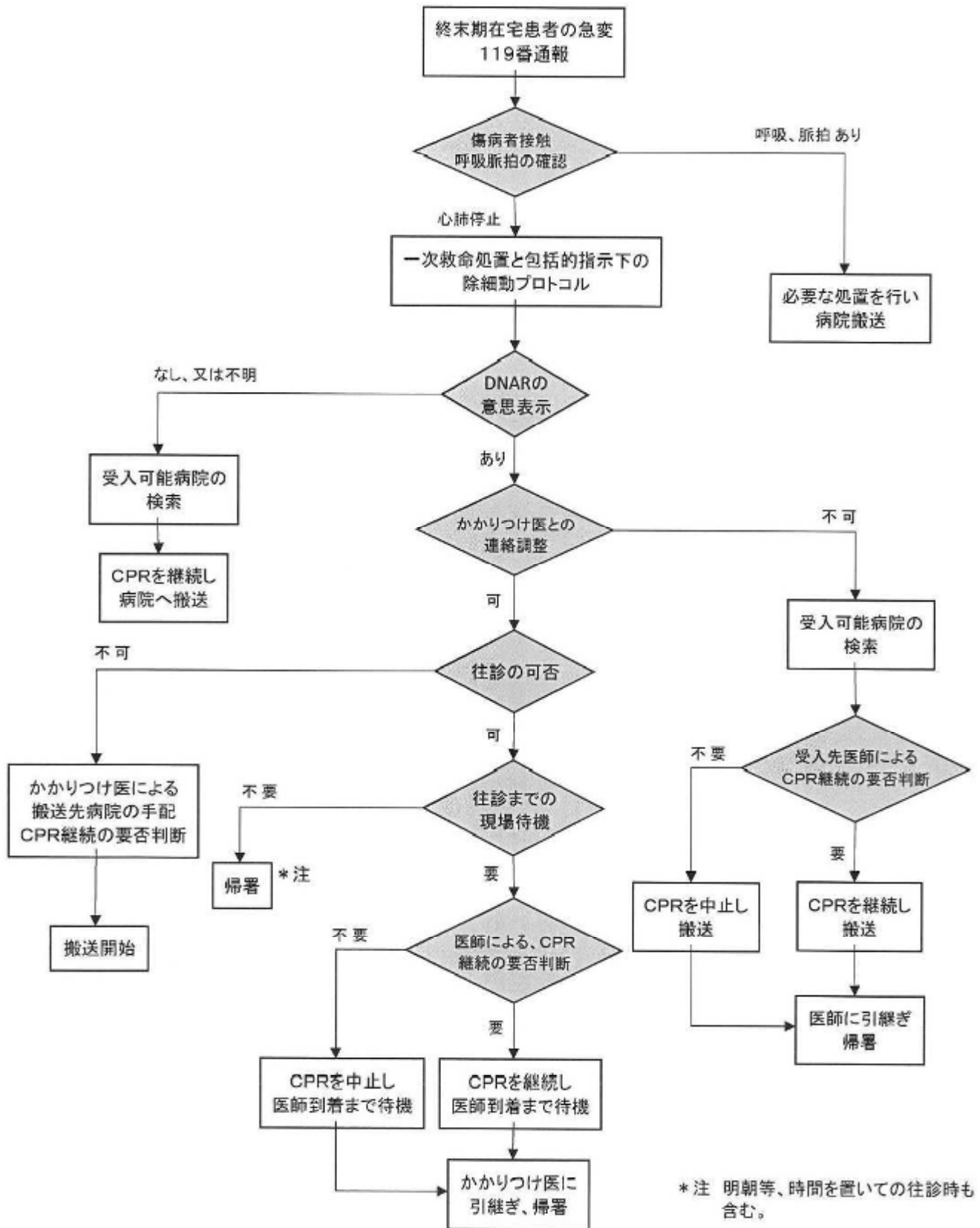
### 【対象者】

心肺機能停止の傷病者

### 【手順】

1. 傷病者に接触し、初期観察の結果心肺停止状態と認めた場合は、直ちにCPRを開始するとともに自動体外式除細動器のパッドを装着し、必要に応じて除細動を行う。
  2. CPRを継続しながら、家族、又は関係者に既往歴、かかりつけ医、及び living will の聴取を行う。  
\* 1
  3. 聴取の結果、終末期患者と判明し、living will により DNAR の意思表示が確認できた場合は、かかりつけ医に連絡をとり、往診を依頼するとともにCPR継続の必要性の判断を仰ぐ。  
医師が往診可能であれば、医師が到着するまで救急隊の現場滞在が必要か、医師の指示を仰ぐ。  
往診できない場合は、医師が搬送先病院の手配を行うとともに、搬送中のCPR継続の必要性を判断する。  
かかりつけ医と連絡がつかない場合は、受入れ可能病院を検索し、受入病院が決定すれば搬送先の医師に聴取結果等の説明を行い、病院収容までのCPR継続の必要性の判断を仰ぐ。
- \* 1 早期死体現象を認める傷病者は、CPRを中断し家族、又は関係者に不搬送の旨を説明し同意を得るとともに、かかりつけ医、又は警察に連絡し現場への出向を依頼する。

終末期在宅(施設入居)患者急変時の救急対応プロトコル(図)



# 医療に対する希望

(もしも回復困難な病状となり、自分で意思表示ができなくなったとき)

例えば万が一の事故や病気などにより、あなたが回復困難な病状となり、かつ自分で意思表示ができなくなった場合などに備えて、あなたの医療に対する希望をお聞きしておきたいと思います。

- ・そのような状況になった時に受ける医療に対する希望を、あなたご本人が記載して下さい。
- ・あなた自身で判断できなくなった時、主にご家族・主治医の参考になると思われます。
- ・この希望は何時でも修正・撤回できます。
- ・法律的な意味はありません。

## 1、基本的な希望（希望の項目をチェックして下さい）

- ① 痛みや苦痛について できるだけ抑えて欲しい（必要なら鎮静剤を使っても良い）  
自然のままでいたい
- ② 終末期を迎える場所について 病院 自宅 施設 病状に応じて
- ③ その他基本的な希望（自由にご記載ください）

## 2、終末期になった時の希望（希望の項目をチェックして下さい）

- ① 心臓マッサージなどの心肺蘇生 して欲しい して欲しくない
  - ② 延命のための人工呼吸器 して欲しい して欲しくない
  - ③ 胃ろう、鼻管による栄養補給 して欲しい して欲しくない
  - ④ 中心静脈栄養による高カロリー輸液 して欲しい して欲しくない
  - ⑤ 末梢からの点滴による水分補給 して欲しい して欲しくない
  - ⑥ その他の希望
- 
- 
- 

## 3、ご自分が希望する医療を判断できなくなった時、主治医が相談すべき人はどなたですか？

氏名； \_\_\_\_\_ ご関係； \_\_\_\_\_

記載年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 月 日

あなたのお名前； \_\_\_\_\_

ご住所； \_\_\_\_\_

# 終末期看取り急変時の希望

記載年月日 平成 年 月 日
あなたのお名前； _____
ご住所； _____

1、 慢性疾患、 老衰、 悪性腫瘍、 その他（ \_\_\_\_\_ ）  
が進んで心身が衰弱し、医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断される状態です。

2、 終末期になった時の希望（希望の項目をチェックして下さい）

- |                      |                                |                                  |
|----------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| (ア) 心臓マッサージなどの心肺蘇生   | <input type="checkbox"/> して欲しい | <input type="checkbox"/> して欲しくない |
| (イ) 延命のための人工呼吸器      | <input type="checkbox"/> して欲しい | <input type="checkbox"/> して欲しくない |
| (ウ) 胃ろう、鼻管による栄養補給    | <input type="checkbox"/> して欲しい | <input type="checkbox"/> して欲しくない |
| (エ) 中心静脈栄養による高カロリー輸液 | <input type="checkbox"/> して欲しい | <input type="checkbox"/> して欲しくない |
| (オ) 末梢からの点滴による水分補給   | <input type="checkbox"/> して欲しい | <input type="checkbox"/> して欲しくない |
| (カ) その他の希望           |                                |                                  |
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

上記の件につき、確認・同意いたします。

患者氏名； \_\_\_\_\_

家人代表； \_\_\_\_\_ （本人との続柄； \_\_\_\_\_ ）  
（身元引受人）

紀北医師会  
（国立長寿医療センター資料 参考）

# 終末期急変時の情報提供

尾鷲総合病院 救急外来 担当医先生

患者氏名 ; _____ (男、女)
生年月日 ; (大正、昭和、平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳)
住所 ; _____

作成年月日 ; 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

現在、下記疾患にて心身が衰弱し、終末期看取り予定の患者さんでした。看取り時の対応が取れなくなり、救急搬送された場合、ご迷惑をおかけいたしますが、対応お願い申し上げます。

主病名 ; \_\_\_\_\_ 発症年月日 ; (平成、昭和) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

原因病名① ; \_\_\_\_\_ 発症年月日 ; (平成、昭和) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

② ; \_\_\_\_\_ 発症年月日 ; (平成、昭和) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

その他の疾患 ; \_\_\_\_\_ 発症年月日 ; (平成、昭和) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\_\_\_\_\_ 発症年月日 ; (平成、昭和) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\_\_\_\_\_ 発症年月日 ; (平成、昭和) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

その他、連絡事項 ;

---



---

医療機関名 ;

住所

医師名

TEL ;

FAX

## 心肺蘇生等に関するかかりつけ医の指示書

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、心肺蘇生を実施しないでください。**

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

患者住所；

連絡先電話番号；

病状の概要；(終末期の病状など)

医師署名欄； \_\_\_\_\_ 署名年月日； 年 月 日

医療機関名称；

所在地；

電話番号；

【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。

患者署名欄； \_\_\_\_\_ 署名年月日； 年 月 日

(代筆した場合、代筆者の氏名)

代筆者署名欄； \_\_\_\_\_ 患者との関係； \_\_\_\_\_