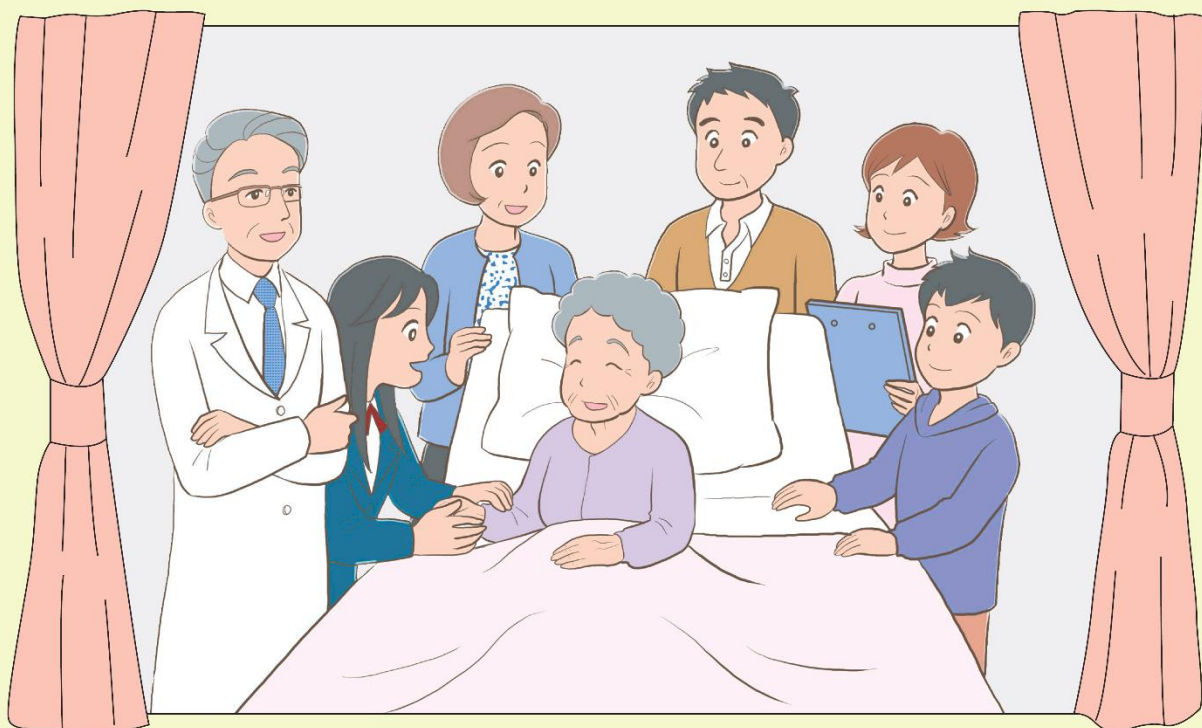


人生の最終段階における 意思決定支援

～支援者のためのガイドライン～



2019年9月発行

はじめに

このガイドラインを作成する契機となったのは、2015年柏市の病院会議において、救命センターの救急部長から90歳を超える超高齢者の心肺蘇生について問題提起されたことです。その後、高齢者施設からのヒアリング、顔の見える関係会議における多職種での協議を経て、医療者や介護者が使える柏市の共通のガイドラインの必要性を訴える声と作成への機運が持ち上がりました。

時期を同じくして、2017年に厚生労働省の高齢者の救急搬送についての研修会が開催され、柏市も先進的な地域として参加しました。心肺停止状態の救急搬送の75%が75歳以上であること、心原性の心停止でない場合はそのほとんどが心肺蘇生しても回復しないこと、そして何よりもがん末期や老衰の場合、本人も家族も心肺蘇生を望んでいないことを踏まえ、尊厳を持って人生の最期を迎えられるように意思決定を支援していかなければなりません。

柏市では、このガイドラインを作成するにあたり、実際に診療や介護を行っている医療者、介護者や救急隊、そしてご遺族を含む市民や行政の皆様に、1年間をかけて丁寧に議論して頂きました。毎回、長時間に渡るグループワークを通じて寄せられた現場の声を集約してここに完成することが出来ました。

現場で培われた経験が凝縮されたこのガイドラインは、人生の最終段階における意思決定支援を行う際に、必ずや医療者、介護者の皆様の役に立つものと思われまます。施設等における研修に利用頂いてもいいですし、実際に意思決定支援を行う立場になった時に活かして頂ければ幸いです。

最後に、ガイドライン作成にかかわって下さった皆様に心より感謝申し上げます。

2019年9月

意思決定支援検討ワーキンググループ座長
柏市医師会 副会長 松 倉 聡

【意思決定支援検討ワーキンググループ】 * 役職等は 2019 年 2 月時点のものです

所属	役職等*	氏名(敬称略)
柏市医師会	副会長・救急災害担当	松倉 聡
	東京慈恵会医科大学附属柏病院 救急部診療部長	奥野 憲司
	国立がん研究センター東病院 緩和医療科長	松本 禎久
	在宅プライマリケア委員会担当理事	古田 達之
	在宅プライマリケア委員会委員長	石橋 正樹
	理事 在宅プライマリケア委員会委員	織田 暁寿
	在宅プライマリケア委員会委員	古賀 友之
柏市訪問看護ステーション 連絡会	会長	片岡 幸恵
		虻川 良子
		大熊 智子
		真貝 和江
辻仲病院 柏の葉	緩和ケア病棟看護師長	柏谷 優子
国立がん研究センター 東病院	サポータティブケアセンター 副センター長	坂本 はと恵
柏市介護支援専門員協議会	副会長	植野 順子
	委員	小泉 喜栄
	委員	中山 正美
柏市介護サービス事業者 協議会	会長 (特別養護老人ホーム)	横尾 好永
	理事 (住宅型有料老人ホーム)	市毛 史恵
	事務局 (小規模多機能型居宅介護)	梅津 直美
	(特別養護老人ホーム)	安城 統麻
柏市グループホーム連絡会	副会長	金田 しおみ
地域包括支援センター	柏南部地域包括支援センター長	神津 南
	北柏第2地域包括支援センター長	菅野 達郎
柏市社会福祉協議会	かしわ福祉権利擁護センター	野澤 小百合
柏市ふるさと協議会連合会	副会長	根本 勇夫
市民	介護経験者	富谷 多得子
	介護経験者	嶋本 温子
	介護経験者	古田 多真美
	介護経験者	中村 宏之
柏市消防局救急課		
【事務局】 柏市保健福祉部地域医療推進課		
【アドバイザー】		
弁護士 増井 喜久士		

【目次】

1 章 :	【情報提供】 「具体的なイメージが持てるような情報提供や 話し合いをしましょう」	… 1
2 章 :	【意思確認】 「これからどうしたいのか, 本人の希望や想い を確認しましょう」	… 2
3 章 :	【支援のタイミング】 「タイミングを見逃さずにくり返し確認しましょう」	… 3
4 章 :	【情報共有・連携】 「本人・家族とチームで共有しましょう」	… 4
5 章 :	【逝去後の支援】 「家族の気持ちに寄り添いましょう」	… 5
6 章 :	【疾患別】 【状況別】 「いろいろな状況に対応しましょう」	… 6・7
7 章 :	【支援者の教育】 「支援者としてのスキルを身につけましょう」	… 8
8 章 :	【市民啓発】 「元気なうちから働きかけましょう」	… 9
	参考資料	… 10

1章：具体的なイメージが持てるような情報提供や話し合いをしましょう

【情報提供】



【家族】

今まで一緒に過ごしてきた中で把握している本人の考えや気持ち、身体の変化を理解し、代弁することもあります。本人と一緒にどのような生活をするかを考え、身近で支える存在です。

【主治医】

分かりやすく身体状況を説明し、可能な治療の選択肢を示す役割があります。



【看護師】

主治医の説明を分かりやすく補足し、本人の意見を主治医に補足します。病気についての質問に分かりやすく説明し主治医につなぎます。どのような希望や思いを持っているか、どうしたら実現できるか本人や家族を支える役割があります。

支援者の役割



【ケアマネジャー】

どう暮らしたいか、今困っていることや生活への思いや考えに添って、サービスや支援の調整をしたり、多職種をつなぐ役割があります。

【ヘルパー（介護職員）】

生活の場面でいちばん身近な存在として、本人家族の思い・気持ちを聞き取ります。日常との違いに気づき、家族や支援者につなぐ役割があります。



【相談員】

どのように過ごしたいかを聞き、病院・施設内でのケアや支援者につなぐ役割があります。社会的な制度を紹介し総合的に相談に応じます。

Key Point



★支援のポイント★

- ① 普段からの記録が重要
- ② 本人・家族の理解度を確認
- ③ 本人・家族が知りたくない時、考えたくない時もあることに配慮が必要

- ◆ 医師が正確な医学的情報や治療内容、ある程度の予後予測を分かりやすく説明しましょう。特に身体機能の変化についての説明は必須です。
- ◆ 状況に応じて、病状について段階的に説明しましょう。その際には、急性期か看取り期かの判断が必要です。
- ◆ 徐々に弱ってきた時のことだけでなく、急変時のことも考えられるような説明が必要です。
- ◆ 医療職・介護職が、説明を受けた本人・家族を支えることが必要です。

2章：これからどうしたいのか，本人の希望や想いを確認しましょう

【意思確認】

使える質問
シリーズ

最期を迎えたとしたら，どこで迎えたいですか？
誰と一緒にいたい
ですか？

今の自分の病状
をどう思っていますか？これからど
のように暮らして
いきたいですか？

動けなくな
った時に優先
したいことは
何ですか？

あなたのこと
が一番わかって
くれている人は
誰ですか？

この先，
心配なことは
何ですか？



食べられなくな
った時にどうしたいで
すか？
自分で自分のこと
ができなくなった時，
どうしたいですか？

人生で最も
大切にしている
ことは何ですか？

あなたの人生で
一番幸せなこと・
つらかったことは
何ですか？

★その他にも・・・★

- 「急変して意識が回復しない時はどこまでの治療を希望されますか？」
- 「自分で判断することが難しくなった時には誰が代わりに判断してくれますか？」

どなたと今後
のことを話され
ていますか？

Key Point

★確認する時のポイント★



- ①自由に答えられるような質問の仕方聞く
- ②確認した内容は記録に残して共有する
- ③気持ちは揺らぐもの，くり返し確認することが重要
- ④一度決めたことでも，いつでも撤回して考え直せることも伝える

- ◆タイミングやきっかけを見逃さないように話をしてみましょう。
- ◆本人や家族の気持ちは，その時々状況によって迷いながら変わるものです。状況に合わせて，何度でも話す機会を作り，本人の気持ち，想い，希望を確認しましょう。
- ◆考えたくない時，話したくない時もあるかもしれません。そのような時には，本人や家族の気持ちに十分に配慮して，無理強いせずに次の機会やタイミングを待ちましょう。

3章：タイミングを見逃さずにくり返し確認しましょう

【支援のタイミング】

本人や家族の意思を確認するタイミングを例示します



【本人・家族】

今後のことについて不安を口にした時



入院した時



在宅療養を始めた時



施設に入所した時



病状が変化した時



【主治医】

病状説明・状態説明の時



【嘱託医】



【相談員】

入院・入所の面談の時



介護保険申請時
ケアプラン作成時



【看護師】

看護サービスを提供する時



【ケアマネジャー】

サービスについて話し合う時

その時々で、その場にいる支援者が、本人や家族と一緒に今後のことについて話し合います。「考えたくない」「わからない」「決められない」の違いに配慮することが大切です。

Key Point

★支援のポイント★

- ① 前提として信頼関係の構築が必要
- ② タイミングを見逃さない
- ③ 十分な時間の確保が必要
- ④ コミュニケーションを重ねる

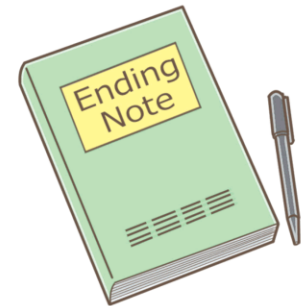
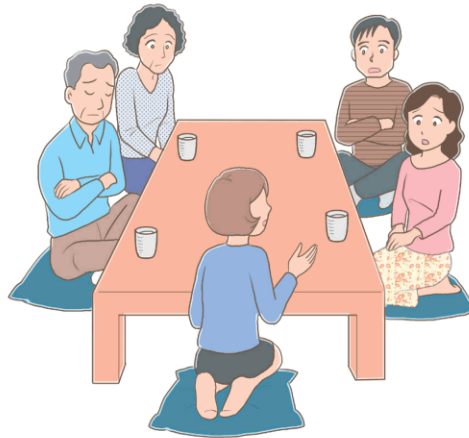
◆正しい判断ができる時から支援を開始することがポイントです。

◆病状の変化により、本人・家族の気持ちが揺らぎます。

定期的な話し合いも大切ですが、要所の機会をとらえて話し合いを行うことも重要です。

標準的な情報共有の場面

- 家族がそろった時
- 病状説明の時
- 治療を開始する時
- 退院時カンファレンスの時
- 在宅療養における診察の時
- 在宅サービスの導入の時
- サービス担当者会議の時



エンディングノート等の活用も、共有の方法として有効です！

こんな時にも・・・共有しましょう！

- 病状が変化した時
- 支援方針に変更が生じた時
- 在宅サービスの内容を見直す時
- 再度の入退院の時

カシワニネット



情報共有体制構築のひとつの取り組みです。
多職種連携のツールとして活用できます。

Key Point



- ①記録を残して共有する
- ②本人の言葉をそのまま共有し、支援者の気持ちとは区別する
- ③キーパーソンの見極めが重要
- ④支援のチームリーダーを決定

★支援のポイント★

- ◆本人の気持ちを家族や支援者と共有することが大切です。その際には、本人のこれまでの人生観や家族関係等の社会背景の把握と共有が必要です。
- ◆全てのプロセスにおいて、本人・家族と支援チームでの共有が必要です。
- ◆途切れることのない連携プレーが肝、重なるくらいであってもいいでしょう。
- ◆本人が信頼している人がチームリーダーになりましょう。最終的な責任は医師が取ることで安心して関わられるようにしましょう。
- ◆支援者の継続と統一が要、それぞれの支援者が自分の役割を伝えましょう。

不安だったけれど家で看取れてよかった。本人が思うように過ごせてよかった。

本当にこれでよかったのでしょうか？もっとできることがあったのではないのでしょうか。

病院で治療する選択をしていたら変わっていたのだろうか。入院させたほうがよかったのか。

私たちなりに十分やりました。最期まで寄り添うことができた。

さみしい。ぽっかりと穴が開いたような感じ……。ひとりになってしまった。明日から何をしたらいいのか。

♥家族の気持ち・想い♥

【家族へ伝えたいメッセージ】 *ご家族の心情に配慮し、自分の言葉に置き換えて伝えましょう

- ♥ ご家族がいてくれて、ご本人も安心していただけました。きっとあなたに感謝されています。
- ♥ よい環境で最期を迎えられたと思います。つらいこともあったかもしれませんが、ご本人の希望は叶えられましたね。本当に今までよくがんばられましたね。
- ♥ 亡くなられたことはとても悲しいことですが、最期までご家族と一緒にいられたことは、ご本人にとって幸せだったと思います。
- ♥ 落ち着かれた頃にまたご連絡します。何かお手伝いできるかもしれません。

★声かけだけでなく、一緒に涙すること、タッチングや無言の時間も大切なケアのひとつです。

Key Point

- ①家族の想いを知ることが大切
- ②家族との信頼関係が重要
- ③本人、家族が決定したことを支援
- ④グリーフケアは亡くなる前から、家族とのやり取りを大切に！

★支援のポイント★

- ◆本人・家族が決めた意思がよかったこと、それでよかったことを伝えましょう。
- ◆家族が後悔しないように、家族の満足感につながるような支援をしましょう。
- ◆その後の説明は、家族へのフォローの仕方によって異なります。
- ◆家族の否認や考えたくない気持ちにも配慮しましょう。
- ◆家族の悲嘆への支援にも心がけましょう。
- ◆あらかじめ家族への具体的な声かけの方法を学びましょう。

【★がんの場合】

- ★入院中から意思決定支援を開始
- ★病状が変化するたびに、意思確認と情報提供、チームによる情報共有が重要
- ★予後が厳しい場合も多いので、パターンを見越して予測的な支援を行う
- ★最も優先する価値を明らかにして共有

【★心不全の場合】

- ★病気について正しく知ってもらう
- ★病期に応じた情報提供を行う
- ★苦しい時、つらい時、動けなくなった時、どうしてほしいか意向を確認する
- ★どこで看取りを希望するかを確認する
- ★症状により気持ちが変わることを理解

【★認知症の場合】

- ★判断能力がある時から支援開始
- ★本人が今まで送ってきた人生や考え方を家族から教えてもらう
- ★本人の意思確認が困難な場合は、意思を推定できるキーパーソンを見極める
- ★本人と家族の想いを大事にする
- ★本人の言葉や表情で、本人の気持ちをキャッチする

【★神経難病の場合】

- ★本人の心のケアも重要
- ★神経難病の場合に活用できる制度の情報提供を行う
- ★家族への支援が重要
- ★主介護者の心身の健康状態を確認し、レスパイト対応の情報提供を行う

【★脳卒中の場合】

- ★判断能力の回復には時間がかかるため、変化に応じた支援を行う
- ★本人の意思確認が難しい場合には、これまでの生活の中から、本人の意向を家族に推察してもらう
- ★今後、再発した場合には、どうしたいかを確認する

【★慢性閉塞性肺疾患:COPDの場合】

- ★病気の段階により症状がさまざまであるため、病気の正しい理解が必要であり、病気が徐々に進行することを知る
- ★本人の苦痛や不安に丁寧に関わる

【★精神疾患の場合】

- ★精神症状によっては、治療により改善することを知って対応する
- ★可能な限り、ご本人の意向を尊重する
- ★判断能力があるかどうかを見極める

【◆身寄りがない場合】

- ★元気なうちから信頼している人を確認
- ★身寄りがないことで、今後のことをどのように考えているかを聞く
- ★意思決定に関わる事項を早めに明らかにして、本人に考える機会を持ってもらう
- ★孤独な本人の気持ちにも寄り添う
- ★本人と周囲の支援者によるチームの関わりが大切

【◆外国人の場合】

- ★宗教や文化、死生観を知り、本人の価値観を理解する
- ★日本の文化を理解してもらう場や機会を設ける
- ★日本におけるキーパーソンを確認し、協力を得る
- ★医療保険の加入状況や滞在状況を確認
- ★外国語対応が可能な医療機関や行政等の相談窓口を情報提供する

【◆本人と家族の思いが違う場合】

- ★今までの家族間の歴史を尊重する
- ★家族とは身近な人が優先だが、遠い親戚への対応も考慮する
- ★本人と家族が話し合える場を作る
- ★本人と家族が話し合う場に支援者も同席し、一緒に考えを整理する役割を担う
- ★本人は家族を気遣うということを念頭に置く
- ★家族の心身の健康状態に配慮する

【◆介護力が不足している場合】

- ★家族や支援者の協力が得られにくい制約がある時には、本人も含めて支援体制を見直す必要がある
- ★介護力が不足し、かつ意思決定が不十分な場合には、医療職・介護職がより積極的に関わる



Key Point

- ①ひとりで抱えずにチームで対応
- ②確認したことは可能な限り記録に残す
- ③対応に苦慮する時には、支援チームで会議を開催し、その都度、支援方針を話し合う
- ④必要に応じて、専門機関へのコンサルテーションも有効



～安心して自信をもって対応するために～

- ★ 終末期の心身の変化や経過について
(医学的な見地からの知識⇒OPTIM※1の冊子)
- ★ 終末期のケアと対応方法の理解について
- ★ グリーフケアの理解・家族への対応方法
- ★ 意思決定支援の理解 (もしバナ※2カードの活用等)
- ★ 宗教家による研修 (デス・エデュケーション)
- ★ 急変時の対応方法 (普通救命講習等)
- ★ 延命処置の内容と理解, DNAR※3とは何かの理解
- ★ 急変と看取りの違い, 救急車を呼ぶことの意味
- ★ 振り返りのミーティング, デスカンファレンス
- ★ ピアカンファレンス (支援者同士の分かち合い)
- ★ 倫理カンファレンス
- ★ 自分自身の死生観を理解する
- ★ チームアプローチの重要性の理解
- ★ 認知症の人への対応方法・対応スキル
- ★ 相続や遺言等へのおおよその知識と理解, 専門機関や相談窓口の理解

～本人・家族との信頼関係を構築するために～

- ★ コミュニケーションスキル, 対話スキル
- ★ 相手の気持ちを理解する (ロールプレイの活用)
- ★ 自分自身の感情を意識する
- ★ 自分を客観視 (メタ認知) するスキルの獲得
- ★ 哲学対話・哲学カフェ

※1 OPTIM: OPTIMプロジェクト (Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model、厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」) ◆参考資料をご参照ください。
 ※2 もしバナ: カードゲームを通じた「もしものための話し合い」、IACP (Institute of Advance Care Planning)がCoda Allianceの許可を得て、翻訳・制作・出版されております。
 ※3 DNAR: 死が差し迫っており、かつ心肺蘇生法を開始してもその効果がほとんどないと考えられる方が心肺停止した場合には、事前に患者本人または患者の利益に係る代理者が蘇生に関する意思決定を行っていただければ、心肺蘇生法を行わないことがあります。このことを医療現場ではDNAR (Do Not Attempt Resuscitation) といいます。

学ぶことの効果

- ♥ その人らしい最期の時を支援できる
- ♥ 支援者自身の成長と達成感, やりがいにつながる
- ♥ 支援やケアの資質の向上につながる

Key Point



- ① 学ぶことができる機会の確保
- ② 支援者自身の死生観を認識し向き合う
- ③ 支援者自身のメンタルヘルスの支援が必要
- ④ チェックリストの活用

考える機会：タイミング



【★学齢期★】

学校教育の中で命の大切さを学ぶ
多世代交流の機会から学ぶ



【★青年期★】

成人式の際に考える機会を作る
死生観を育む・考える授業から学ぶ



【★高齢期★】



【★壮年期★】

健康診断を受けた時
親の介護を心配した時

【元気なうちとは・・・?!】

◎健康なとき

◎正しい判断ができるとき

- ★運転免許証の更新時
- ★65歳の介護保険証の交付時
- ★要介護認定の申請時・更新時
- ★自分の誕生日
- ★お正月やお盆など家族や親戚が集まる時
- ★生前に墓地の購入を考えた時

【考えておきたいこと：例】

- ◆回復が見込めない状態になった時の延命治療の希望
- ◆終末期についての考えや思い
- ◆最期の時の迎え方

Key Point

- ①一回限りではなく、何度も考える機会を提供
- ②節目節目のアプローチが有効

【★身近な人や大切な人を亡くした時★】

自分ごととして考えるよい機会になります

考える機会：方法の例

「わたしの望みノート」

●主な内容● (A4版48ページ)

- I 未来のわたし
 - II わたしの基本情報
 - III わたしの希望
 - III-1 介護についてあらかじめ考える
 - III-2 終末期に自分が受ける医療をあらかじめ考える
 - III-3 自分の最期をあらかじめ考える
 - IV わたしの歴史
 - V ありがとうのメッセージ
- ※ 読むことが困難な方には「音声版 CD」も配布しています


- いきいきプラザ
- ほのぼのプラザますお
- ちいき・いきいきセンター
- 老人福祉センター
- 沼南社会福祉センター


で、無料配布しています！


「わたしの望みノート」は、身寄りのない高齢者への支援から誕生した「柏市社会福祉協議会版のエンディングノート」です



◆参考資料

No.1. 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	
	発行元：厚生労働省
	発行年：2018年3月改定
	厚生労働省ホームページ 自らが望む人生の最終段階における医療・ケア https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saisyuu_iryuu/index.html

No.2. 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン	
	発行元：厚生労働省
	発行年：2018年6月
	厚生労働省ホームページ https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000212395.html

No.3. これからの過ごし方	
	発行元：OPTIM 緩和ケア普及のための地域プロジェクト
	発行年：
	OPTIM がん対策のための戦略研究『緩和ケア普及のための地域プロジェクト』ホームページ 看取りのパンフレット http://gankanwa.umin.jp/pdf/mitori02.pdf

No.4. 私のリビングウィル	
	発行元：千葉県医師会
	発行年：2017年改定
	https://www.chiba.med.or.jp/personnel/nursing/download/mylivingwill_h29.pdf

No.5. 私の生き方連絡ノート	
	発行元：自分らしい「生き」「死に」を考える会
	発行年：2010年7月

No.6. わたしの望みノート	
	発行元：柏市社会福祉協議会
	発行年:2018年9月改定
	柏市社会福祉協議会ホームページ http://kashiwa-shakyo.com/publics/index/184/

No.7. 救急車要請時の対応マニュアル (P12-13 参照)	
傷病者情報メモ (P14 参照)	
救急車要請時のチェックリスト (P15 参照)	
発行元：柏市消防局救急課	
発行年：2018年版	



救急車要請時(心肺停止時※疑い含む)の 対応マニュアル

傷病者を発見

傷病者情報等の収集
(別添①・②参照)

※専属医師が対応するなど，施設での事前取り決めがある場合は，専属医師の指示に従い，救急車要請をお願いします。

《119番通報》
救急隊出場に必要な情報を把握し通報する。

*必要に応じ指令員の指示に従う。

・・・救急隊を要請したら・・・

救命の「スイッチ」が入る！！

- 1 傷病者情報(※別添①)及び看護サマリー等施設内での情報を集め，救急隊に**情報提供**をお願いします！
- 2 救急隊は，原則的に「**救急救命士による特定行為**」を実施します。
実施の際は**家族の同意**もしくは**現場の職員に確認**を求めます。
(※詳細は別添②)
- 3 「**救急救命士による特定行為**」の同意が得られない場合は，心肺蘇生法(AED使用含む)を実施しながら病院へ搬送します。
- 4 **要請された救急隊は原則的に傷病者を病院へ搬送します。**
ただし，一部の例外(別添③)では不搬送とする場合があります。

別添①

～救急隊到着までに準備する傷病者情報～

- 氏名，生年月日，年齢，家族連絡先等
- 訴え(主訴)，病気(既往症・服用薬)
- かかりつけ医療機関情報(傷病者の状態，医療機関側の状況により，搬送希望に添えない場合有り。)

別添②

～救急救命士が行う特定行為について～

心肺停止傷病者に対する次の処置について実施の際，
家族の同意もしくは職員に確認を求めます。

- 気道(空気の通り道)確保のための気管挿管や食道閉鎖式エアウェイ
- 静脈路確保 (一般に点滴と呼ばれるもの。薬剤投与のルートになります。)
- アドレナリン (心肺停止に対する第一選択薬です。)

※上記の実施について希望しない場合，職員の方に関係書類(延命処置を希望しない意思表示が記載されたもの)の提示を求めますので，救急隊到着時まで準備をお願いします。

※延命処置を希望しない意思表示が確認できない場合，かつ上記の特定行為が緊急に必要と救急隊が判断したときは実施する場合があります。

別添③

～救急隊が傷病者を不搬送とする場合～

※下記以外は心肺蘇生法(AED使用含む)を実施し，医療機関へ搬送します。

- 社会通念上，明らかに死亡しているとき。
(①反応・呼吸・脈拍がなく，心電図波形が心静止である。 ②瞳孔散大，対光反射がない。 ③体温低下，冷感あり。 ④死後硬直又は死斑が認められる。以上全てに該当するとき)
- 現場にいる医師が，死亡確認を実施し，救急隊に対して医療機関に搬送しないことを指示したとき。

※電話等による，現場にいない医師の指示で不搬送にすることは原則的に出来ません。！！

傷病者情報メモ
※救急隊到着時にお渡してください。

- 意識が（呼びかけに反応・痛み刺激に反応）
ある ・ なし
- 心停止の目撃（倒れる音を聞いた・叫ぶ声を聞いた等）
ある ・ なし
- 発生場所
- 住 所
- 氏 名 (男・女)
- 生年月日 (明.大.昭) 年 月 日 (歳)
- 家族等連絡先(電話)

(家族等氏名) (続柄)

◆次の項目について、もしくは分かる限り記載してください。

①原因，状況（確認した時間について：.....時.....分頃）

喉に詰まらせた 急に倒れた 反応がなくなった

呼吸がなくなった その他(.....)

②心肺停止(倒れる，意識を失う)前の訴え，状態など

胸痛 冷汗 息が苦しい 胸が苦しい 頭痛

その他(.....)

③病気，診療情報など

既往症(.....)

掛り付け病院(.....) 病院連絡 あり ・ なし

くすり(.....)

④負傷箇所 頭 ・ 身体 ・ 腕 ・ 足

出血 あり ・ なし 骨折 あり ・ なし

◆延命処置を希望しない意思表示について

あり ・ なし

※「あり」の場合は，救急隊への関係書類提示をお願いします。

救急車要請時のチェックリスト



◆ 心肺停止(疑い含む)を発見した人は

- 協力者を集め、傷病者の情報を共有します。
- 119番通報を依頼し、AEDを持参させます。
- 心肺蘇生法を開始します。
- ※別途、施設内での事前取り決め等がある場合は、これに従ってください。

◆ 119番通報する人(あわてず・ゆっくり)

- 発生住所、施設名など、119番指令員の質問に答えます。
- 傷病者の情報(年齢、性別、現在の状況など)を指令員に伝えます。
- 必要であれば指令員の指示に従ってください。

◆ 心肺蘇生法、AEDを使う人は・・・

- 胸骨圧迫は、傷病者の脇につき、両手を重ね、肘をまっすぐに伸ばし、真上から垂直に「胸の真ん中」を押します。
- 「強く」胸が5cm沈むまでしっかり圧迫し、速さは1分間に100～120回のリズムで圧迫します。
- 中断時間は最小限に、圧迫と圧迫の間は胸がしっかり戻るまで十分に力を抜きます。
- AEDを装着した後は、その指示に従います。

◆ 傷病者情報を集める人は・・・

- 別添「傷病者情報メモ」に記載し、救急隊に渡します。

◆ 救急車に同乗する人は・・・

- 傷病者情報、事故の状況が分かる人が同乗し、必要な情報を病院と救急隊に伝えます。



**人生の最終段階における意思決定支援
～支援者のためのガイドライン～**

2019年9月 初版発行
編集・発行：柏市保健福祉部地域医療推進課
〒277-0845
千葉県柏市豊四季台1丁目1番118号
電話：04-7197-1510
