

小田原市立病院における DNAR（蘇生処置拒否指示）に関するガイドライン

小田原市立病院医療倫理委員会

2024 年 10 月

このガイドラインは、臨床現場で直面する DNAR（心肺蘇生治療を行わない—蘇生処置拒否指示）について当院における基本的な指針を示すものである。このガイドラインを示すことにより、臨床的に回復の見込みのない患者の尊厳を尊重し、患者がより良い最後を迎えられることを目的に本指針を定める。このガイドラインは厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定に関するガイドライン」を規範とし、心肺蘇生のみを対象とする。

1. 心肺蘇生術（蘇生処置）および DNAR（Do Not Attempt Resuscitation）とは

心肺蘇生術（蘇生処置）とは心肺停止時に行う蘇生行為（心臓マッサージ、気管内挿管、人工呼吸器、アドレナリン投与、電気的除細動）を指すが、病気や外傷（怪我）などにより回復の見込みがない患者に対する心肺蘇生術には、慎重な対応が必要となる。なぜなら、それは医学的に有効とはいえず、患者や家族に苦痛を与えるだけになる恐れがあるためである。

回復の見込みがなく医学的に心肺蘇生の適応がないと考えられる場合、患者本人の意思または家族等により推定された患者の意思に基づき、心肺停止時に心臓蘇生術を行わないことを DNAR（Do Not Attempt Resuscitation）という。判断に難しい点が多く、患者や家族、医療・ケアチーム※を含めた集団的討議（場合によっては安全対策員や医療倫理委員会等）が必要である。

DNAR は、心肺蘇生術以外の医療行為（延命治療※、緩和ケアなど）に影響を与えてはならない。

※延命治療とは、生命維持処置を施すことによって、それをしない場合には短期間で死亡することが必至の状態を防ぎ、生命の延長を図る処置・治療のことをいう。心肺停止時における心肺蘇生も含むが、それ以外に人工呼吸器、ペースメーカー（植込み型除細動器の設定変更を含む）、補助循環装置などの生命維持装置、血液透析などの血液浄化、昇圧薬や血液製剤などの投与、輸液、人工栄養、酸素療法などをさす。

※医療・ケアチームとは、主治医や担当医、看護師、医療福祉相談員、介護従事者等の医療従事者のことである。（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に沿う）

2. 適応対象

- 1) DNAR 方針を検討する対象は、2024 年 10 月以降では当院で治療を受けているすべての疾患の終末期*の患者（入院、通院、継続する在宅療養を含む。）とする。

※終末期の意味については、本ガイドライン 6 項に記載。

- 2) DNAR が有効になるのは、以下の要件いずれも満たす場合

- ① 「回復の見込みがない状態」であること

「回復の見込みがない状態」とは、疾病や外傷に対して実施可能な医療上の措置を適切に行ったうえで、それにも関わらず回復する可能性がなく死期が迫っている状態である。以下のいずれかに相当する場合などを指すが、その判断においては複数の医師ならびに各専門職の医療従事者による慎重かつ客観的な協議のうえでなされることが望ましい。

【例】

- ・ 生命維持に必須な臓器が不可逆的な機能不全となり、人工的な装置に依存し、かつ臓器移植などの代替医療の適応がない場合
- ・ 不可逆的な全ないし広範な脳機能障害であると診断された場合
- ・ 既に行われている治療以外に有効な治療法がなく、現状の治療を継続しても近いに死に至ることが予測される場合
- ・ 各種疾患の末期の状態

- ② 回復の見込みがない疾病により心肺停止になった場合、心肺蘇生を行わないことを求める患者本人の意思、あるいは推定意思*を確認できること。

※患者本人の意思、推定意思の確認については、本ガイドライン 3 項に記載。

- 3) DNAR 方針が決定した後であっても、予期しない原因による心肺停止の場合は、原則、蘇生措置を行う

3. DNAR（心肺蘇生治療を行わない—蘇生処置拒否指示）方針の説明と同意の手続き

- 1) 患者と医療・ケアチームとの話し合い

- ① 必ず医師が、患者の病状、説明時または将来的に至ることが予想される「回復の見込みがない状態」について、心肺蘇生措置の方法や予後・メリット・デメリット等について適切な説明をする。そのうえで、患者と家族等、医療・ケアチームで十分な話し合いを行い、患者本人の意思を確認する。

- ② **DNAR** について患者本人の最も新しい意思表示を尊重する。
- ③ 患者と医療・ケアチームとの話し合い、医療・ケアチーム内部での話し合いは、その都度内容を記録すること。

2) キーパーソンの決定（代理意思決定者の選出）

- ① 患者本人が、自らの意思を推定してくれる者として家族等信頼できる特定の人物を定めておくことが望ましい。
- ② 患者自身が意思表示できない場合や患者の意思決定能力に疑義がある場合は、事前に患者本人が指定していた家族等信頼できる特定の人物、その指定がない場合は家族等の間で患者の意思を尊重できるキーパーソンを決定してもらい、家族の意思を確認する。
- ③ 家族（キーパーソン）が本人の意思を推定できる場合は、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の方針をとることを基本とする。例えば、事前指示書がある場合は、そこに記された患者の意思を最大限尊重する。
- ④ 家族が患者の意思を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるかについて、患者に代わる者として家族等で話し合い、患者にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ⑤ 患者の意思が不明で、身元不詳などで家族等キーパーソンとなる人物が見当たらない場合、時間の猶予があるときは担当の医療福祉相談員にキーパーソンになり得る者の検索について相談する。検索しても見つからず蘇生処置の適応の判断が必要と考えられる場合は、各診療科で検討したうえで、最終的に主治医もしくは各診療科責任者が判断し、判断が困難な場合は倫理委員会、病院長等により協議の上、決定する。

3) 注意事項

- ① 決定事項は最終決定ではなく、時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返す。安易に最終決定としない。
- ② 入院時に **DNAR** の確認を行っても、入院中や病状変化時ごと(医師の判断のもと)に複数回に渡って意思の確認を行う。
- ③ 医療・ケアチームは **DNAR** の指示について定期的に妥当性を多職種カンファレンス※等で再評価し、評価内容や評価日をカルテに記載し、スタッフ間で共有する。また、カルテに内容を記載する際、心肺停止を「急変時」のような曖昧な語句にすり替えるべきではない。

※多職種カンファレンスとは、担当科の主治医や担当医、担当看護師や医療福祉相談員、介護従事者など複数の専門職が集まって患者の病状経過や治療方針、患者や家族の心理的変化などについて話し合い、チーム医療を行うために患者の情報共有や目標設定を行うこと。

- ④ 在宅・施設で **DNAR** に同意している場合でも、主治医より患者及び家族の意思の再確認を行い、当院のガイドラインに沿って再度同意書に署名をもらう。

- ⑤ 実際に患者の呼吸状態の悪化（呼吸回数低下や呼吸休止が散見されるなど）や循環動態の悪化（著しい血圧低下や徐脈、不整脈の散見など）などの状況になった場合、家族に連絡をする医療者（医師、看護師）は **DNAR** であることを再度確認する。

【例】

「主治医とご家族で、現時点では心肺蘇生を行わないと決定しています。心肺蘇生を行わず、自然な形で経過を見ることで問題ありませんか？」などの確認を行う。

- ⑥ 患者が未成年（18歳未満）の場合も、本人の理解力に応じて、本人に対し説明を行い、患者本人の意思を最大限尊重する。
ただし、本人だけでなく両親（親権者）による **DNAR** の同意も必要である。
- ⑦ 医療・ケアチームでの話し合いなく、緊急的に現場医師と看護師により **DNAR** 方針 に同意がなされた場合、後日速やかに当該診療科内の複数医師または医療・ケアチームでその指示の妥当性を評価することが望ましい。

4. 患者、家族（キーパーソン）が **DNAR（心肺蘇生治療を行わない—蘇生処置拒否指示）を撤回した場合**

患者またはキーパーソンより **DNAR** 撤回の申し出があったときは **DNAR** の指示は取り消し、カルテにその経緯を明記する。

その場合、患者や家族等の気持ちを受け止めたうえで、患者・家族等に心肺蘇生術が医学的に有効とはいえず、苦痛を与えるだけになる恐れがあることなどについて医学的専門的に説明を行い、一定時間をあけて改めて患者・家族等と医療・ケアチームで十分な話し合いを行う必要がある。そのうえで、心肺蘇生術を希望する場合は、**DNAR** の指示は取消しとし、心肺停止時には心肺蘇生術を行う。

5. 心肺停止時に行う蘇生行為に関する同意書

この同意書は患者にとって、その時点で最もふさわしい医療・ケアを患者あるいは家族と主治医や医療・ケアチームが共に考え、提供することを意味する。主治医は患者、家族には「**DNAR**（心肺蘇生治療を行わない—蘇生処置拒否指示）方針の説明書」を使用して十分な説明と意思の確認を行い、同意書を取得することができる。

同意書作成に至るまでの説明や話し合いの内容も、カルテに記録する。**DNAR** に関する希望の修正・変更・撤回があった場合も、その都度経緯をカルテに記録する。

6. **DNAR 同意書取得時期について**

取得する疾患は様々な特性があり、**DNAR** 同意書の取得時期については現時点では明確な時期を

提示したガイドラインは存在していない。DNAR についての話し合いはいつから開始しても問題ない。ただし、患者や家族等が真に DNAR の意味を実感し、理解するのは、終末期か終末期に近い状態と考えられる。そのため、終末期に至る前の段階で DNAR 同意書の提出があったとしても、本ガイドライン2項に記載したプロセスを繰り返し、終末期に同意書を取得することが望ましい。

終末期の定義については、いくつかの学会での提言されている。

以下にいくつかの学会等での定義を示す。

1) 日本病院協会における終末期の定義

「終末期」とは、以下の三つの条件を満たす場合を言う。

- ① 複数の医師が客観的な情報を基に、治療により病気の回復が期待できないと判断すること。
- ② 患者が意識や判断力を失った場合を除き、患者・家族・医師・看護師等の関係者が納得すること。
- ③ 患者・家族・医師・看護師等の関係者が死を予測し対応を考えること。

2) 日本循環器学会が複数の学会と共同で発表した「循環器疾患における末期医療に関する提言」

循環器疾患の末期状態（end-stage）とは、最大の薬物治療でも治療困難な状態である。その状態に対して、侵襲的治療として人工呼吸や血液浄化に加え、IABP、PCPS、VAS、臓器移植、HD、ペースメーカー植込み、ICD 等がある。さらには移植医療の提供がある。終末期（end-of-life）は、循環器疾患での繰り返す病像の悪化あるいは急激な増悪から、死が間近に迫り、治療の可能性のない末期状態を指す。また、循環器疾患には繰り返す緩解増悪を経て最終的に終末期を迎える場合と、急激な発症により突然終末期を迎える場合がある。前者の例としては、心不全（心筋症、弁膜症、虚血性）、不整脈、腎疾患等慢性に経過する疾患が挙げられる。増悪と緩解により入退院を繰り返す時期に、今後の治療手段（適応決定）や見通し、終末期のことを十分説明相談し、意思確認が必要である。

3) 救急医療における終末期の判断

- ① 法的脳死判定基準、他の基準で脳死（臨床的脳死診断（当時）を含む）の場合
 - ② 新たに開始された人工的な装置に依存し、生命維持に必須な臓器の機能不全が不可逆的であり、移植などの代替手段もない場合
 - ③ さらに行うべき治療方法がなく、現状の治療を継続しても数日以内に死亡することが予測される場合
 - ④ 悪性疾患や回復不可能な病気の末期であることが、判明した場合
- 日本救急医学会は、救急医療を基準に、「終末期」とは突然発症した重篤な疾病や不慮の事故などに対して適切な医療の継続にもかかわらず死が間近に迫っている状態であるとする定義している。

4) 高齢者等の慢性型終末期（日本老年医学会の定義）

「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」

高齢者は複数の疾病や障害を併せ持つことが多く、また心理・社会的影響も受けやすいため、その「終末期」の経過はきわめて多様である。そのため臨死期に至るまでは余命の予測が困難であることから、「終末期」の定義に具体的な期間は設けられていない。

5) 日本医師会における終末期の定義

日本医師会は2008年「終末期医療に関するガイドライン」において「終末期」の多様性を考慮して、その定義はないとしているが、2009年のグランドデザインにおいて、「終末期」の広義の定義を「担当医を含む複数の医療関係者が、最善の医療を尽くしても、病状が進行性に悪化することを食い止められずに死期を迎えると判断し、患者もしくは家族が意思決定できない場合には患者の意思を推定できる家族が『終末期』であることを十分に理解したものと担当医が判断した時点から死亡まで」をいうと定義している。

以上から、DNAR同意書の取得時期は患者の抱える疾患の経過で繰り返す病像の悪化あるいは急激な増悪から、死が間近に迫り、治療の可能性のない末期状態、複数の医師が客観的な情報を基に、治療により病気の回復が期待できない時期と考える。

また、急激な発症により突然終末期を迎える場合においては救急医療における終末期に準ずる時期と考える。