

九州大学病院

回復の見込みがない状態における延命処置及び

DNAR（心肺蘇生を行わない指示）に関するガイドライン

平成25年 7月17日制定

平成27年10月16日改正

平成30年11月21日改正

令和3年5月12日改正

はじめに

回復の見込みがない状態における医療行為の開始・不開始・変更および終了等に関する問題は、医療現場における最重要課題の一つである。

九州大学病院（以下「本院」という。）は「患者さんに満足され、医療人も満足する医療の実現を目指す」ことを理念としている。回復の見込みがない状態における医療でも、患者の生命に敬意を払い患者の尊厳を守ることが、この理念に沿うこととなる。

本ガイドラインは、回復の見込みがない状態における医療全般に関して、当院職員がとるべき対応を示すものである。入院時にすべての患者に、回復の見込みがない状態になった後の基本方針を確認しておく方がよいとの考えもあるが、本ガイドラインでは、急変時を含め死が間近に迫っている場合と、比較的近い将来に死が避けられない状態に陥る可能性が高い場合の対応を示す。

1. 基本的な考え方

重要な原則は、①医学的に回復の見込みがない状態の判断は、多専門職種 of 医療従事者から構成される「医療チーム」が行い、②医療チームは患者・家族等に情報提供と説明を行い、患者・家族等と十分に話し合い、③患者本人の意思に基づいて方針を決定し、医療行為を行うことである。回復の見込みがない状態における医療行為の開始・不開始・変更および終了等は、医療チームが医学的・倫理的な妥当性・適切性を基に慎重に判断し、その倫理的な妥当性の検討は臨床倫理委員会等に委ねることができる。患者の疼痛およびその他の不快な症状は可能な限り緩和し、患者・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的なケアを行わなければならない。一方、患者・家族等の意思は時間経過や心身の状態の変化に伴い変化しうるものであるので、その変化に随時、真摯に対応する。

本ガイドラインでの「家族等」とは、単に患者と生計を同じくする者のみでなく、患者が信頼を寄せ、回復の見込みがない状態を支える存在を指す。したがって、民法上の親族のみを意味せず、より広い範囲の人を含むこともありうる。また、家族等にあたる個々人の間の優先順位も、法的な観点をふまえた上で、患者の信頼や日常生活における患者との関係（同居・内縁）等に基づいて判断する。

2. 定義

[1]回復の見込みがない状態

「回復の見込みがない状態」は、疾病や外傷に対して実施可能なすべての医療上の措置を適切に行ったとしても、回復の可能性がなく死が間近に迫っている状態と定義し、複数の医師を含む多専門職種の医療従事者から構成される医療チームが慎重かつ客観的に判断しなければならない。1)～4)のいずれかに相当する場合などである。

- 1) 不可逆的な全脳機能不全であると診断された場合
- 2) 生命が人工的な装置に依存し、生命維持に必須な複数の臓器が不可逆的機能不全となり、移植などの代替手段がない場合
- 3) その時点で行われている治療に加えて、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近いうちに死亡することが予測される場合
- 4) 回復不可能な疾病の末期、例えば悪性腫瘍の末期である場合

[2]延命処置

「延命処置」とは、生命維持処置を施すことによって、死を回避することはできないが、それを行わない場合には短期間に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のことをいう。

すでに装着した生命維持装置や投与中の薬剤などへの対応として、①現在の処置を維持する（新たな処置は行わない）、②医療内容を変更する（段階的に縮小する）、③現在の処置を終了する、④処置・薬剤ごとに①～③を選択する、などが考えられる。

上記のいずれを選択する場合も、医療チームは患者・家族等に状況により後戻りできない場合があることを含め十分に説明し同意を得なければならない。患者・家族等の延命処置の変更および終了等に関する意向はいつでも変更できるものとする。

延命処置の具体的な内容としては、抗癌剤の投与、抗菌薬の投与、経管栄養・中心静脈栄養、昇圧剤や強心剤の投与、輸血、酸素吸入、気管切開、気管挿管、人工呼吸器装着あるいはその設定条件の変更、補助循環装置・人工肺の装着および回路交換、血液浄化療法（人工透析など）の開始および回路交換などとする。

延命処置を変更または終了する場合の例として、以下のようなものがある。

- 1) 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を終了する。
(注)このような方法は、短時間で心停止となることもあるため、可能な限り家族等の立会いの下に行う。
- 2) 血液透析などの血液浄化を終了する。
- 3) 人工呼吸器の設定や昇圧剤、輸液、血液製剤などの投与量など呼吸や循環の管理方法を変更する。

[3] DNAR (Do Not Attempt Resuscitation)

回復の見込みがない状態であり心肺蘇生の適応がない場合に、患者の意思に基づき、または家族等と話し合い推定した患者の意思に基づき、心停止時に心肺蘇生を行わない指示である。

DNAR 指示は、心肺蘇生以外の医療行為（ICU 入室、[2]に示した延命処置、苦痛の緩和、看護やケアなど）に影響を与えてはならない。また、胸骨圧迫は行うが気管挿管は行わないといった、一部のみ実施する心肺蘇生（Partial DNAR）は行ってはならない。

3. 患者・家族等との話し合い、インフォームド・コンセント

回復の見込みがない状態における医療を行う多専門職種からなる医療チームでは、それぞれの役割を尊重し、患者の視点で意見交換を行い、治療方針を共有する。また、疼痛緩和、精神的、心理的、社会的な支援などの環境を整える。

医療チームは、患者の状態について患者・家族等に十分に説明し、患者に提供する治療

やケアの内容を患者・家族等と十分に話し合い、患者本人の意思を尊重して決定する。またその際に、患者と家族等が話し合う機会を持つよう努めることが望ましい。

病状に応じて治療内容を変更する場合は、その都度患者・家族等に説明し、患者本人の意思を尊重して決定する。一度の話し合いで結論が出ない場合や患者・家族等の意思が変化した場合は、繰り返し話し合ったうえで方針を決定する。そして、患者・家族等に説明した内容、話し合った内容、同意を得た内容は必ず診療録に記録する。必要に応じて、6. [5] の書類を用いることを考慮する。

なお、患者・家族等に説明を行う場合は、専門的用語を避け、分かり易い言葉で説明するとともに、患者や家族等が質問しやすい雰囲気を作るように努める。

4. 延命処置に関する意思表示

[1]患者が意思表示できる場合

患者本人と十分に話し合い意思を確認するとともに、意思を書面に記した事前指示書の有無を尋ね、あれば提出を求める。事前指示文書が提出されている場合でも患者の意思の確認に努め、変化が生じた場合は事前指示文書の内容に拘らず、患者の最も新しい意思を尊重しなければならない。

[2]患者が意思表示できない場合で、事前指示文書が存在する場合

事前指示文書が提出されていないか、家族等または代理人が預かっていたり保管されていたりしていないかを確認する。もしあれば、そこに記された患者本人の意思を最大限に尊重する。

[3]患者が意思表示できない場合で、事前指示文書が存在しない場合

事前指示文書がないか確認してないと判断した場合は、家族等と十分に話し合い、患者が重篤になる前の意思を確認するよう務める。患者の意思が不明な場合は、複数の家族等の意見に基づき、患者の推定意思を知るように努める。

患者の家族等がない場合や、緊急の場合で家族等から患者の推定意思を確認できない場合は、医療チームが患者にとって最善と考える治療やケアを選択する。この場合、必要に応じて臨床倫理委員会等に倫理的判断を委ねることができる。

5. 延命処置の選択

患者本人から意思が確認できる、あるいは事前指示文書によって意思表示されている場合は、その意思を最大限に尊重しながら、関連する現行法に則り、また医学的・倫理的観点から患者にとって最善と考えられる治療やケアを提供する。時間経過、病状の変化および医学的評価の変更に伴って、患者の意思は変化するものであるため、説明と患者の意思確認を繰り返し、意思に変化があれば治療・ケアの内容も随時見直さなければならない。医療チームは患者に治療・ケアの内容を説明し（患者が拒まない限り家族等にも説明することが望ましい）、承諾を得なければならない。

患者の意思が確認できない場合、医療チームは家族等と話し合い患者の推定意思に基づいて、上記と同様に患者にとって最善の治療・ケアを提供する。この場合は、医療チームは治療・ケアの内容を家族等に説明し、承諾を得なければならない。

6. 延命処置の終了および DNAR 方針について

[1]延命処置の終了

延命処置の終了を考慮する場合、医療チームは、患者の意思を尊重しつつ、医学的・倫

理的に患者にとって最善の判断であることを確認する。その際には、次の①～③の項目を確認し、全ての項目を満たす必要がある。

- ① 患者が回復の見込みがない状態にあること。
- ② 延命処置の終了を求める患者の意思が終了を行う時点で存在すること。患者の明確な意思表示が確認できない場合は、家族等と十分に話し合い、複数の家族等の意見に基づき、患者の意思を推測すること。
- ③ 終了の対象となる延命処置の内容は2 [2]を参照。

[2]DNAR 方針（「心肺蘇生を行わない方針の決定」）

DNAR 方針の決定は、回復の見込みがない状態の患者が心停止になった場合に、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）が確認できること、心肺蘇生を行わないことが医学的・倫理的に妥当であること、かつ医療チームの判断が患者・家族等の意見と一致していることを原則とする。また、方針の決定後に患者・家族等から方針変更の求めがあれば、医療チームは直ちに患者・家族等と方針の変更について話し合い、新たな方針を決定する。

なお、DNAR 方針の決定に関しては、診療録に記載するとともに、当院規定の文書を作成し診療録にする。

また DNAR 方針が決定した後であっても、予期しない原因による突然の心停止の場合は DNAR 方針の適応とはならず蘇生行為を行う場合もある。

[3]苦痛緩和

治療・ケアの内容・方針に関わらず、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を緩和し、患者・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療およびケアを行うことが必要である。

[4]安楽死や薬剤投与による死期を早めることについて

いかなる場合においても、薬物投与などの医療行為により死期を早める積極的安楽死や、自殺幫助等の死を目的とした行為は行ってはならない。

[5]書式

患者・家族等および医療チームは、必要に応じて、次の書式について必要事項を記入し、診療録に保存しなければならない。

- ・今後の治療・処置に関する意向確認書
- ・DNAR の説明・同意書
- ・延命処置終了の同意書
- ・延命処置不開始に関する同意書

ただし、不開始・終了に関する具体的な処置については、本ガイドライン 2. [2] に示す延命処置の具体的な内容を適宜参照するものとする。

なお各同意書を取得する際には、医療チームは患者・家族等に患者が回復の見込みがない状態であることを説明し、今後の治療・ケアについて十分に話し合い、その都度診療録に話し合いの日時、参加者およびその内容等を記載する。また、同意が得られない場合においても、同様に診療録の記録をしなければならない。

7. 臨床倫理委員会

医療チームは必要に応じて、臨床倫理委員会等に倫理的判断を委ねる。その場合は、臨床倫理委員会等の規定に則って対応する。

8. 未成年（満18歳未満）の患者への対応

未成年の患者であっても、本人の理解力に応じて必要な説明を行うことは、医療者の責務である。患者の意思決定能力を慎重に判断した上で、患者本人の意思を最大限に尊重する。

両親（又は親権を有する者）は、未成年の子供の養育の義務を負う者として、子供の回復の見込みがない状態における医療の方針を決定する重い責任がある。未成年の患者の回復の見込みがない状態における医療の方針を検討する際には、両親（又は親権を有する者）、場合によっては患者本人と十分な話し合いを行って決定することが必要である。また、患者が満18歳未満の場合は両親（又は親権を有する者）から同意を得る必要がある。なお、その場合であっても本人の理解力に応じて、必要な説明を行わなければならない。

9. 臓器提供、組織提供に関する意思確認

患者が回復の見込みがない状態になった場合、患者本人の臓器移植や組織提供の意思を確認する。臓器移植や組織提供の意思がある場合には、院内ドナーコーディネイト委員会など関連する他の委員会と連携をとり、脳死下・心停止下臓器提供手順書などに則り適切な対応を図る。

10. 見直し

本ガイドラインは、死が間近に迫っている状態および近い将来そうした状況を迎えることが想定される患者を対象とした当院職員の対応に関して、本院の考え方をまとめたものである。今後、社会情勢の変化なども鑑みながら適宜見直しを図るものとする。改定にあたっては、臨床倫理委員会における審議と承認を必要とする。

令和3年5月12日
心肺蘇生サポート委員会

参考出典

- 終末期医療のあり方について 日本学術会議 2008年2月
- 終末期医療に関するガイドライン 社団法人 全日本病院協会 2009年5月
- 救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン ～3学会からの提言～
日本集中治療医学会、日本救急医学会、日本循環器学会 2014年11月
- 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン 厚生労働省
2015年3月
- 日本集中治療医学会倫理委員会 委員会報告 DNAR (Do Not Attempt Resuscitation)
の考え方 2017年1月
- 日本集中治療医学会倫理委員会 Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) 指示のあり方
についての勧告 2017年1月