

平成 28 年度 消防庁消防防災科学技術推進制度

研究報告書

「地域包括ケアシステムにおける高齢者救急搬送の適正化 及びDNAR対応に関する研究」

研究代表者 伊藤 重彦

北九州市立八幡病院 救命救急センター

平成 29 年 3 月

平成 28 年度 消防庁消防防災科学技術推進制度
研究報告書

「地域包括ケアシステムにおける高齢者救急搬送の適正化
及びDNAR対応に関する研究」

研究代表者 伊藤 重彦（北九州市立八幡病院 救命救急センター）

研究構成員

研究代表者	伊藤 重彦	北九州市立八幡病院 副院長・救命救急センター長
研究協力者	佐藤 穰	関門医療センター 副院長・救命救急センター長
	竹中 ゆかり	一般財団法人救急振興財団救急救命九州研修所 教授
	田口 健蔵	北九州市立八幡病院 救急科部長
	田邊 晴山	一般財団法人救急振興財団救急救命東京研修所 教授
	真弓 俊彦	産業医科大学 救急医学 教授
研究支援者	高嶋 雅樹	北九州市医師会 理事・高嶋クリニック 院長
	権頭 聖	もやい聖友会権頭クリニック 院長
	松村 龍彦	安原・松村・安孫子法律事務所
	安孫子 健輔	安原・松村・安孫子法律事務所
	飴山 晶	下関市医師会 理事 医療介護ネットワーク代表
	山下 智省	下関市医師会 理事
	鈴木 朋絵	鈴木法律事務所
	水内 知子	牛尾医院 理事長
	佐野 耕作	北九州市保健福祉局 保健医療課長
	日野 俊昭	北九州市消防局 救急課長
	野村 修	北九州市消防局 救急課救急指導係長
	福本 怜	下関市保健部 部長
	長谷川 学	前 下関市保健部 部長（現 厚生労働省健康局総務課課長補佐）
	長岡 敏信	下関市保健部 保健医療課 主任
	村上 哲也	下関市消防局 警防課 主幹
	木原 健雄	下関市消防局 情報指令課 係長
	今井 丈二	特別養護老人ホーム 誠光園施設長
	野田 英一郎	地方独立行政法人福岡市立病院機構 福岡市民病院救急科
	平田 敬治	産業医科大学 第一外科 教授
	大村 昌人	山口県済生会下関総合病院 救急部長
中原 千尋	下関市立市民病院 救急部長	
森永 俊彦	下関医療センター 副院長	
荒木 厚博	山口県済生会豊浦病院 外科	

研究協力機関・施設

八幡医師会 看護専門学院

産業医科大学 医学部・看護学科

救急救命東京研修所・九州研修所

北九州市立八幡病院

関門医療センター

下関医療センター

山口県済生会豊浦病院

山口県済生会下関総合病院

下関市立市民病院

北九州市消防局・北九州市保健福祉局

下関市消防局・下関市保健部

《目次》

I はじめに

II 総括報告書 1

III 研究報告書

[高齢者心肺停止時のDNAR対応に関する研究（職域別アンケート調査）]

- 1 心肺停止高齢者のDNAR対応に関する医療関係者の意識調査
伊藤 重彦..... 5
- 2 一般病院の医師・看護師におけるDNAR対応に関する調査研究
佐藤 穰..... 15
- 3 救急隊員と救急救命士におけるDNAR対応に関する調査研究
竹中 ゆかり、田邊 晴山 19
- 4 DNARを希望する高齢者の救急搬送における、
政令市北九州市と中核市下関市の救急隊員への意識調査と両市の比較検討
野村 修..... 37
- 5 介護施設におけるDNAR対応に関する調査研究
伊藤 重彦..... 63
- 6 医学生、看護学生の応急処置とDNARに関する実態調査
真弓 俊彦..... 69

[介護施設における応急手当普及・充実化に関する研究]

- 7 介護施設利用者急変時の施設内応急手当の充実化に関する調査研究
田口 健蔵..... 73

[介護施設における心肺停止時のDNAR対応に関する研究]

- 8 介護施設における心肺停止時のDNAR対応に関する指針の提言—特に病院前救急に
おける本人のDNARの意思とDNAR指示に関する倫理的・法的課題の検討
伊藤 重彦..... 79
- 9 地域包括ケアシステムにおける高齢者救急搬送の適正化—とくに高齢者急変時の
本人の意思とDNAR指示に関するセミナーの開催報告 95

[別冊] 介護施設における心肺停止時のDNAR対応マニュアル

はじめに

平成28年度消防庁消防防災科学技術推進制度「地域包括ケアシステムにおける高齢者救急搬送の適正化及びDNAR対応に関する研究」（研究代表者：伊藤重彦 北九州市立八幡病院 救命救急センター長）の報告をさせていただきます。

高齢化社会に対応すべく、国は地域包括ケアシステムにより高齢者に優しい、健やかな生活環境の確保を目指しています。しかし一方で、高齢者の心肺停止時においては、DNAR（Do Not Attempt Resuscitation）に代表される自分らしい死を迎えたい意思と、生きるための救命医療を希望する意志の確認方法が曖昧なため、搬送救急隊、受入れ救急病院においては、何処まで蘇生処置を行うべきか対応に苦慮する場合があります。とくに、医療が直ちに届かない在宅や介護施設等で急変する高齢者においては、救命が必要なのか、看取りが希望なのか、本人の終末期への希望や意思を確認しながら慎重かつ迅速な対応が求められます。高齢者の救急搬送件数が年々増加するなかで、心肺蘇生や救急搬送を希望しない傷病者の搬送が行われている現状を考えると、救急搬送の適正化とともに、搬送・受入れの mismatches を解決することは重要な課題です。

本邦においては、病院内での入院患者急変時におけるDNAR対応について、国や関係学会等から報告や指針がでていますが、病院前救急におけるDNAR対応については、具体的な考え方や指針ははまだ明確に示されていません。

そこで、平成28年度消防庁消防防災科学技術推進制度において、「地域包括ケアシステムにおける高齢者救急搬送の適正化及びDNAR対応に関する研究」を行い、病院前救急におけるDNAR対応に関する提言と「介護施設における心肺停止時のDNAR対応マニュアル」を作成しました。同時に、施設利用者急変時における施設職員による応急手当の充実化に関する研究も行いました。本研究では、高齢者の心肺停止時におけるDNAR対応において、「生命」という法益の重要性に鑑み、「生命喪失を早めることになる不作為は、慎重に判断し、実施されるべきである」ことを基本方針としました。心肺停止時に心肺蘇生を行わないことが不可逆的な死に至る行為であることを十分考慮した上で、本人のDNARの意思、医師によるDNAR指示の確認方法や効力等について、慎重に検討しました。そのため、検討会議には弁護士や介護施設を担当される医師、医師会理事、救急医、消防機関、保健所等多領域の方々に参加して頂き、検討から指針に至るプロセスがわかるような形で報告書を作成しました。

地域包括ケアシステムが導入されるなか、高齢者急変時の対応、とくに終末期における高齢者本人の希望や意思を尊重しつつ高齢者救急搬送の適正化を図ることは、各地域の救急医療体制整備の大きな課題です。

本研究の成果として、病院前救急におけるDNAR対応の指針の提言が、今後の高齢者救急搬送の適正化に寄与できることを期待しています。なお、本研究報告書の全文は、市立八幡病院 救命救急センターのホームページに掲載されています。

末筆ながら、本研究にご尽力頂いた研究協力者の方々、アンケート調査等でご協力頂きました関係各位に心より御礼申し上げます。

平成29年3月

研究代表者 伊藤 重彦

総括報告書

研究代表者 伊藤 重彦 北九州市立八幡病院 救命救急センター長

[1] はじめに

高齢者社会において、近年、本人の終末期の希望や意思を可能な限り尊重するため、厚生労働省をはじめ、関係学会・団体から、心肺停止時のDNAR (Do Not Attempt Resuscitation) を含む終末期医療に関する提言やガイドラインが報告されている^{1)~3)}。しかしながら、これら指針の対象は、急変時に救命医療や医師によるDNAR指示がいつでもできる医療機関の入院患者である。急変時に医師や看護師が傍にいない、救命医療が直ちに提供できないような在宅や介護施設等の病院前救急においては、本人のDNARの意思や医師によるDNAR指示をどう取り扱うべきか、いまだ定まった指針はない。社会保険審議会-介護給付費分科会の資料によると、特別養護老人ホームと老人保健施設の半数以上が看取り期に入った利用者に対して看取り計画を立てて、看取りを行っている⁴⁾。一方で、介護療養病床、医療療養病床では、看取りを行っているが、看取りの計画を立てていないと回答している。介護施設においては本人の意思に基づく看取りやDNAR対応は定まった計画やルールがないまま行われている現状が伺える。その結果、施設から救急要請された救急隊は、DNARの意思、DNAR指示がわかっている心肺停止傷病者に心肺蘇生を行いながら、救急病院へ搬送している。また、搬送先の救急病院では、搬入後にDNARの意思が判明した時点で傷病者への救命処置を中止している現状があ

る。高齢者の救急需要が増大する中で、救急搬送の適正化、搬送・受入れのミスマッチを解決するためには、病院前救急におけるDNAR対応に関する指針の作成が急務である。

そこで、今回、平成28年度消防庁消防防災科学技術推進制度「地域包括ケアシステムにおける高齢者救急搬送の適正化及びDNAR対応に関する研究」を行った。

[2] 研究目的

地域包括ケアシステムにおける高齢者救急搬送の適正化のため、以下の研究を行った。

1. 高齢者心肺停止時のDNAR対応に関する職域別アンケート調査
2. 介護施設における応急手当の普及と充実化
3. 介護施設における心肺停止時のDNAR対応に関する指針の提言及び心肺停止時のDNAR対応マニュアルの作成

[3] 研究内容

目的達成のため、以下の研究1~3を行った。

(研究1) 高齢者心肺停止時のDNAR対応に関する職域別アンケート調査

1. 調査方法

平成28年8月~11月の期間において、消防機関職員、医師・看護師、介護施設職員、医学生・看護学生を対象に、高齢者心肺停止時におけるDNAR対

応に関する職域共通のアンケート調査を行い、1858名から回答を得た。また同時に、それぞれの職域を対象に、職域別のアンケート調査を行い、計2419名から回答を得た（表1）。

2. 調査結果

職域共通、職域別のアンケート調査結果は、以下の1～6の調査研究報告書で詳細を解説した。

1. 心肺停止高齢者のDNAR対応に関する医療関係者の意識調査
2. 一般病院の医師・看護師におけるDNAR対応

に関する調査研究

3. 救急救命研究所研修救急救命士におけるDNAR対応に関する調査研究
4. DNARを希望する高齢者の救急搬送における、政令市北九州市と中核市下関市の救急隊員への意識調査と両市の比較検討
5. 介護施設におけるDNAR対応に関する調査研究
6. 医学生、看護学生の応急処置とDNARに関する実態調査

表1. 医療関係者共通・職域別アンケート調査回答件数

職域	機関・施設・部署	職域別調査回答数	共通調査回答数
消防機関職員	救急救命九州研修所 指導者養成課程 受講者	193	193
	救急救命研修所 救命士養成課程 受講者	292	94
	北九州市・下関市 消防本部職員	363	0
一般病院 医師・看護師	一般病院勤務医師	307	307
	一般病院勤務看護師	422	422
介護施設職員	介護施設 施設長・職員	123	123
医学生 看護学生	産業医科大学 医学科学生	276	276
	産業医科大学 看護学科学生	230	230
	八幡医師会看護専門学校 看護師科・准看護師科学生	213	213
合計		2419	1858

(研究2)介護施設利用者急変時の施設内応急手当の充実化に関する調査研究

1. 調査方法

北九州市および下関市の各保健所が把握している介護老人福祉施設（特養）、介護老人保健施設（老健）、介護療養型医療施設、特定施設入居者生活介護施設を対象に、郵送法によるDNAR対応に関するアンケート調査を行った。調査期間は平成28年9月中旬～10月中旬までの約1ヶ月間である。アンケートの回答は、施設を運営する施設長、または施設内で指導的立場にある職員に依頼した。

2. 調査結果

介護施設213施設を対象にアンケート調査を行い、123施設から回答を得た（回答率57.3%）。施設長または施設の中で指導的立場の職員のかたへ回答

を求めたところ応急手当に関する関心は高く、職員に対する教育にも積極的であった。しかしながら、応急手当に関する講習会の受講状況は施設でばらつきがあるため、消防機関、施設と連携する医療関係者等が介護施設への訪問指導などを強化し、応急手当講習の受講者を増やしていく必要がある。

(研究3)介護施設における心肺停止時のDNAR対応に関する指針の提言

1. 介護施設における心肺停止時のDNAR対応に関する検討会議の設置

平成28年度消防防災科学技術推進制度「地域包括ケアシステムにおける高齢者救急搬送の適正化及びDNAR対応に関する研究」のなかで、平成

28年9月に「介護施設利用者の心肺停止時におけるDNAR対応に関する検討会議」を立ち上げ、施設利用者心肺停止時のDNAR対応、とくに本人のDNAR意思の確認方法、医師によるDNAR指示の実施手順に関する倫理的、法的課題等を検討し、指針を提言した。また、研究成果物として「介護施設における心肺停止時のDNAR対応マニュアル」を作成した(別冊)。本マニュアル作成においては、「生命」という法益の重要性に鑑み、「生命喪失を早めることになる不作為は、慎重に判断し、実施されるべきである」ことを基本方針とし、心肺停止時に心肺蘇生を行わないことが不可逆的な死に至る行為であることを十分考慮し、慎重に協議した。そのため、会議には、研究協力者、研究支援者として、弁護士、施設担当医師、施設職員、救急病院医師、行政機関職員(保健所、消防機関)、医師会など複数の職域から参加し、協議を重ねた。

検討会議では、以下のような課題を中心に論点を整理し、合意に至るプロセスを解説した。

2. DNAR対応に関する検討課題

- ①介護施設における心肺停止時のDNARの意思(DNAR事前指示書)、医師によるDNAR指示の効力の期間と確認手順について検討する。
- ②心肺蘇生開始後にDNARの意思、DNAR指示が確認できた場合に、一旦始めた心肺蘇生を中止するための要件と手順について検討する。
- ③救急隊到着後に、DNARの意思、DNAR指示が確認できた場合に、救急隊が不搬送事案として帰還できるための要件と手順について検討する。
- ④DNARの意思、DNAR指示が明らかな傷病者を、心肺蘇生を含む救命処置を行わずに、救急車による搬送ができるか検討する。
- ⑤施設利用者の心肺停止時に、施設職員が慌てずに救急要請の可否を判断できるようになるために、DNAR対応に関して理解を深めるための研修等について検討する。
- ⑥病院前救急におけるDNAR対応は、医師が常勤していない環境下において心肺停止時に心

肺蘇生を行わない指針であるため、倫理的、法的課題を十分かつ慎重に検討する。

3. DNAR対応マニュアル作成のポイント

- 1) 本マニュアルの「本人のDNARの意思」、「DNAR指示」は、心肺停止時のみ有効である。
- 2) 本人の意思決定能力のある時期において、本人の信頼する複数の関係者と終末期に向けた希望や意思を日頃から話し合っていくなかの意思の一つがDNARの意思である。
- 3) 本人のDNARの意思、DNAR指示の確認は、慎重に行う。
 - (1) 本人のDNARの意思は、DNAR事前指示書で確認する。ただし、本人のDNARの意思の効力は心肺停止時に近い時期の作成のほうが有効である。
 - (2) 医師によるDNAR指示は、心肺停止直後の確認が原則である。ただし、事前に担当医師の**具体的な指示^{注1)}**があれば、心肺停止数日以内の診察に基づく指示までを有効とする。
注1) 担当医師の具体的な指示として、以下のような場合が考えられる。
 - ①「急変時すぐに連絡がつかない場合でも、救急要請は行わずに医師の到着を待つように」など、担当医師とすぐに連絡が取れない場合の**具体的な指示がDNAR事前指示書に記載してある場合**
 - ②心肺停止に至る数日以内において、「すぐに連絡がつかない場合でも、医師が到着するまでは心肺蘇生を行わず、救急車も呼ばずに待つように」などの**具体的なやり取りが施設職員と担当医師の間で交わされている場合**
- 4) 傷病者に接触した救急隊員が心肺蘇生を開始した後に、本人のDNARの意思、および担当医師によるDNAR指示が確認できた場合は、継続中の心肺蘇生を途中から中止してよい。
- 5) 救急隊到着時に、本人のDNARの意思、及び担当医師によるDNAR指示が確認できた場合は、傷病者を搬送しなくてもよい。なお、心肺蘇生を行わず不搬送となる場合、現場救急隊は担当医師の施設到着を待たずに帰還する

ことができる。

- 6) DNAR指示の有無にかかわらず、救急車で搬送する場合は、傷病者を心肺蘇生しながら搬送することが原則であることを承知しておく。もし、DNAR指示の傷病者搬送が必要な場合は、救急車以外の搬送手段を検討する。
- 7) 本マニュアルは、介護施設における心肺停止時のDNAR対応マニュアルであるが、在宅ケア、独居中の高齢者が対象のDNAR対応においても、参考になると考える。
- 8) 上記4)、5)の救急隊活動に関する事項については、各地域のメディカルコントロール協議会で予め協議しておく。

4. 高齢者救急搬送の適正化及び高齢者急変時の本人のDNARの意思、DNAR指示に関するセミナーの開催

1) セミナーの目的

北九州市及び下関市の医療関係者を対象に、高齢者救急が抱える問題、とくに介護施設の現場で曖昧であったDNARの意思を確認する手順、DNAR指示の確認方法について、より理解を深めることを目的に、セミナーを開催した。

2) プログラム

北九州市、下関市開催のセミナープログラム、講演3の鈴木弁護士、松村弁護士講演スライドを開催報告の最後に掲載した。

3) アンケート調査

セミナー終了後に、DNARに関する理解ができたかどうか参加者にアンケート調査を行い、221名から回答得た(回答率81.5%)。

本セミナーは、関係者がDNAR対応を正しく理解するための機会とすることが目的であったが、セミナー終了後の調査では、DNAR事前指示書の確認できる状況下でも、心肺停止時のDNAR対応に自信を持ってできると回答したのは全体で32%、介護施設職員に限ると22%であった。1回のセミナーの短い時間では、病院前救急におけるDNAR対応や手順を十分理解することは困難であり、介護施設や消防機関を対象とするこのようなDNARに関するセミナーは、今後積極的に開催

していく必要がある。

[4] 結語

1. 高齢者心肺停止時のDNAR対応に関する職域別アンケート調査を行った。
2. 介護施設における応急手当の普及と充実化に関する研究調査を行った。
3. 介護施設における心肺停止時のDNAR対応に関する指針の提言を行うとともに、「介護施設における心肺停止時のDNAR対応マニュアル」を作成した。
4. DNAR対応を正しく理解するためのセミナー開催と研修効果を評価するためのアンケート調査を行った。

[5] 文献

- 1) 厚生労働省：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（H27年3月改訂）
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000078981.pdf>
- 2) 日本臨床倫理学会：日本版POLST（DNAR指示を含む）作成指針
<http://www.j-ethics.jp/workinggroup.htm>
- 3) 日本集中治療学会：Do Not Attempt Resuscitation（DNAR）指示のあり方についての勧告
<http://www.jsicm.org/pdf/DNAR20170105.pdf>
- 4) 社会保険審議会－介護給付費分科会：施設・在宅での看取りの状況に関するデータ
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000100089.pdf>

文献1)～4)は、2017年3月10日のアクセス

[6] 利益相反

開示すべき事項なし

心肺停止高齢者のDNAR対応に関する医療関係者の意識調査

研究報告者 伊藤 重彦

佐藤 穰、真弓 俊彦、竹中 ゆかり、田邊 晴山、田口 健蔵、大村 昌人、

中原 千尋、森永 俊彦、荒木 厚博、野田 英一郎、水内 知子、平田 敬治

研究要旨

北九州市および下関市内の医療関係者に対し本人及びその家族のDNAR対応に関する調査を行い、1858名から回答を得た。職種の内訳は、病院医師307人、看護師422人、介護施設の施設長または職員123人、消防職員287人、医学生276人、看護学生443人である。回答者の62%が自宅での死を希望する一方で、30%は医療が提供可能な病院での看取りを希望した。本人の意思が判らないときのDNAR判断については、看護師は家族を重視、医師は担当医・配置医師を重視していた。医療関係者の94%がDNAR事前指示書の作成に賛成する一方で、60%はDNAR事前指示書に法的拘束力を持たせるべきではないと答えた。現状では、意思は尊重すべきであるが、法的拘束までは必要ないという意見が多かった。

1. 背景と目的

高齢者社会の到来を前に地域包括ケアシステムの導入が進むなか、介護施設入所者等急変時の救急搬送の適正化、看取り患者の救急搬送が問題となっている。そこで医療関係者を対象に、本人および家族の心肺停止時のDNAR対応について、意識調査を行った。なお、本調査では、「DNAR (Do Not Attempt Resuscitation)」とは、高齢者の心肺停止において、急変した施設内、救急搬送中、病院収容後に、蘇生処置を希望しない本人の意思に従い心肺蘇生法を実施しないことと定義した。延命処置を希望しない意思とは、心肺停止時に蘇生処置を希望しない意思 (以下 DNARの意思) という狭い範囲に限定した。また、「DNARに関する本人の意思を記載した書類」がDNAR事前指示書、心肺停止時に蘇生処置を行わない医師の判断がDNAR指示である。

2. 研究方法

北九州市および下関市内の病院医師・看護師、消防職員、介護施設の施設長または職員、産業医科大学医学科・看護学科学生、八幡医師会看護専門学院看護師科・准看護師科学生を対象に、本人及びその家族のDNAR対応に関する調査を行った。調査期間は平成28年9月中旬～11月中旬までの約2ヶ月間である。6つの質問AからFに対する回答を (1) 全体集計と (2) 職種別集計にわけて検討した。

3. 結果

調査の協力を得られた1858名から回答を得た。職種別の内訳は、北九州市、下関市内の総合病院および産業医科大学の医師307人と看護師422人、介護施設の施設長または職員123人、救急救命東京・九州研修所入校中の消防職員287人、および産業医科大学の医学科276人、看護学科230人、八幡医師会看護専門学院看護師科・准看護師科213人

である。質問はA～Fまでの6問で、以下のような回答結果であった。また、DNARの意思の確認できる患者を診療する機会の多い病院医師、看護師については、医師と看護師の調査結果を比較検討し、資料1にまとめた。

質問A. 自分の死が近いとき、最後はどこで死を迎えたいですか。(○は一つ)

a) 病院	500件	b) 介護施設	64件
c) 自宅	1036件	d) その他	78件
無回答 180件			

回答した医療関係者の62%が自宅での死を希望する一方で、30%は医療が提供可能な病院での看取りを希望した(図A-1)。職種別では、医学生・看護学生は、他の職種に比べ自宅での看取りを希望する頻度が高かった(図A-2)。他の職種に比べると、介護施設職員は自身の職場より病院での看取りをより高い頻度で希望していた。

医師・看護師では、慢性疾患と急病、年齢や健康状態、看取りができる医療水準で異なるなど、病状で場所が異なるといった具体的な回答が多かった。一方、患者と接する機会のまだない医学科、看護学科学学生は、家族のそば、静かな場所、わからない・まだ考えられないなど、終末期医療に対する意識が低い曖昧な回答が多かった。

質問Aのd) その他の内訳を、以下職種別に示す。

(医師・看護師)

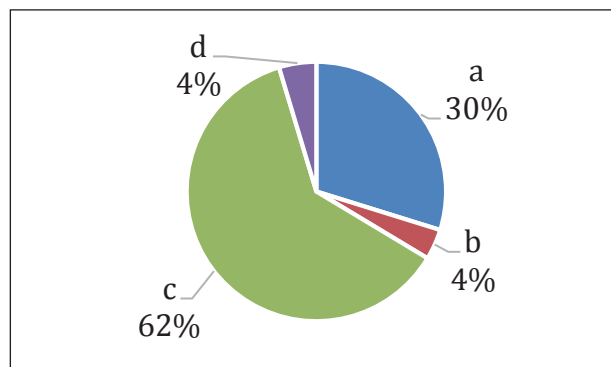
- ・老衰・慢性疾患と急病では対応が異なる
- ・年齢や健康状態により異なる ・病状次第
- ・在宅看取りができる医療水準があれば自宅がよいが、なければ緩和治療できる病院
- ・自宅またはホスピス ・選べない
- ・自宅以外 ・病院か施設
- ・その時死にたいと思う場所、思い出の場所
- ・最後に一番長くいた場所
- ・どこでも良い ・決めたくない ・実感がない
- ・まだわからない ・特に希望はない

(介護職)

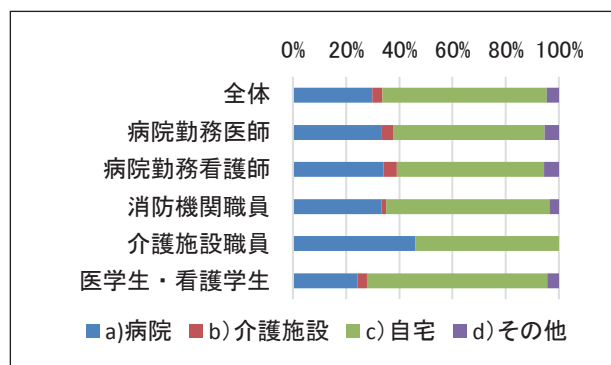
- ・どこでも良い ・特に考えていない
- ・わからない ・家族の負担にならない場所

(医学生・看護学生)

- ・家族のそば ・その時の状況による
- ・ホスピス ・静かな場所どこでもよい
- ・特に希望なし ・考えたくない、死にたくない
- ・雪山 ・旅行先(自分の好きな場所)
- ・手術室 ・金木犀の木の下
- ・誰もいないところ



図A-1 全体



図A-2 職種別

質問B. 自分のご家族の臨終の際に、どこで看取りたいですか。(○は一つ)

a) 病院	625件	b) 介護施設	63件
c) 自宅	893件	d) その他	89件
無回答 188件			

家族が最後を迎える場所として、回答者の54%が自宅での看取りを希望した(図B-1)。しかし、自分が看取られる場所として病院を希望した比率(30%)に比べ、家族に対しては看取る場所として病院を選択する比率(37%)が高かった。質問Bのd) その他の内訳は、医師、看護師、救急隊員、学生すべての職種において、本人の希望するところが最も多い回答であった。医師・看護師においては、質問Aと同様に、老衰、慢性疾患、

急病とで異なるという具体的状況の回答を得た。
質問Bのd) その他の内訳を、以下職種別に示す。

(医師・看護師)

- ・老衰や慢性疾患と急病では異なる
- ・年齢や健康状態で異なる ・親か子で違う
- ・状況による
- ・在宅で看とれる医療水準であれば自宅、なければ緩和治療のできる病院・ホスピス
- ・本人の希望 ・家族の望む場所
- ・思い出の場所 ・施設か自宅 ・病院か施設
- ・わからない ・実感がない ・選べない
- ・どこでもいい ・その時死にたいと思う場所

(介護士)

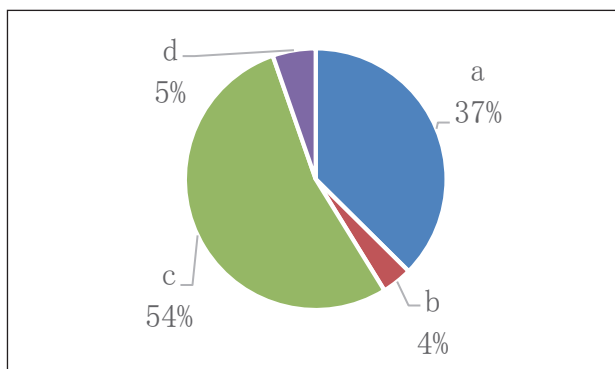
- ・病院か自宅・どこでも良い ・本人の望む場所

(医学生・看護学生)

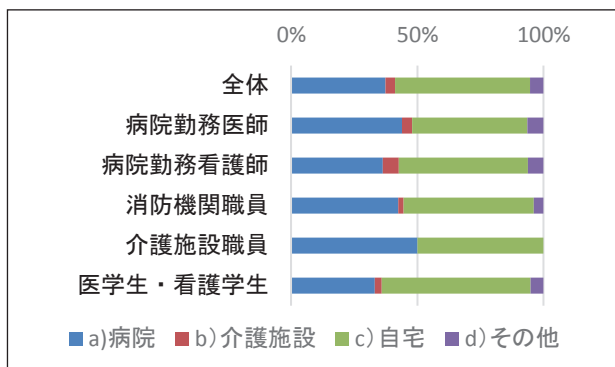
- ・本人の希望の場所 ・家族の希望場所
- ・本人が安心できる場所
- ・考えたくない、看取りたくない
- ・わからない ・死ぬ場所はどこでもいい

(消防職員)

- ・本人の希望



図B-1 全体

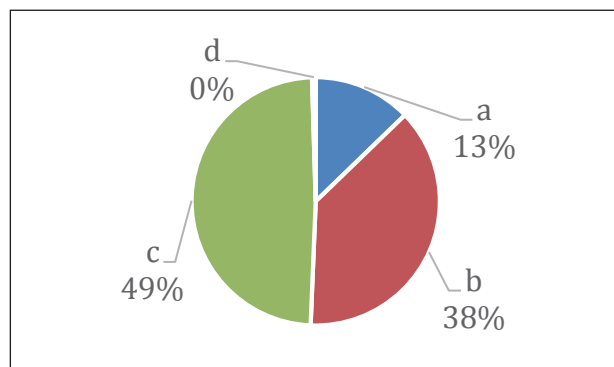


図B-2 職種別

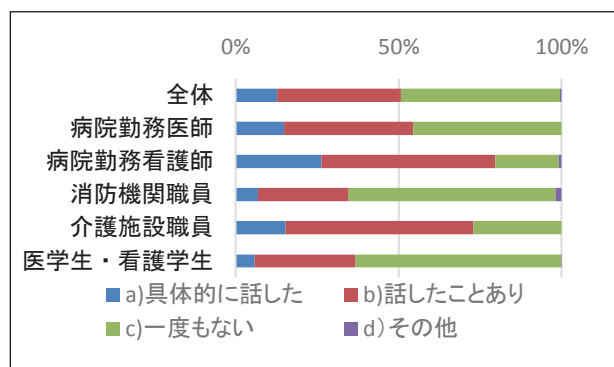
質問C. 自分やご家族の死が近いときの延命医療やDNARについて、家族で話し合ったことがありますか (○は一つ)

- a) DNAR含めて具体的に話しあったことがある 214件
 - b) 漠然とした話はしたことがある 635件
 - c) 一度も話したことがない 819件
 - d) その他 8件
- 無回答 182件

医療関係者であっても、延命医療やDNARに関する議論に参加する機会が少なく、DNARについて具体的な話を行ったことがある医療従事者は全体の13%であった(図C-1)。職種別では、総合病院看護師は医師や他職種に比べ、延命医療やDNARについて話す機会が最も多いことがわかった(参考資料)。逆に、医学生・看護学生と消防職員は他の職種に比べ、延命医療やDNARに関する意識が低い結果であった(図C-2)。



図C-1



図C-2

質問D. 自分で判断できなくなった場合に備え、DNARに関する本人の意思を記載した書類を前もって作成しておくことに賛成ですか。

a) 賛成する 1532件 b) 反対する 37件
c) その他 64件 無回答 225件

DNAR事前指示書の作成について、回答者の94%が賛成し、反対は僅か2%であった(図D-1)。職種別で反対が多かったのは介護施設職員であった。DNARの意思の協議、DNAR事前指示書の利用がもっとも多いはずの介護施設からの反対(8%)が多い結果であった(図D-2)。

医学生・看護学生は賛成の比率が最も高かったが、c) その他の回答を見る限り、DNARの意味をしらない学生が多い可能性があることがわかった。

質問Dのb) 反対の内訳を、以下職種別に示す。

(医師)

- ・ 家族の意向と違う場合がある
- ・ 家族との意見の相違が出て来る可能性がある
- ・ 残された家族の判断に任せる
- ・ 意思は時期により変わることがある

(看護師)

- ・ 一度はDNARを希望しても、いざその状況を目の前にすると、どう思うかわからない
- ・ 書類があることで何もしない、処置されないのはどうか
- ・ もう一度その時に家族に確認した方がいい
- ・ その時によって意思が変わりそうだから
- ・ 事件等に繋がりそう。書類作成を知らない場合、家族の気持ちはどうするか
- ・ 定期的に(2ヶ月おきなど)更新するなら良いが、1度書いたきり(いつ書いたか解らない)の書類では決めるべきではない
- ・ 気分は変わるので、悲しいときに書けばDNARの意思、そうでないときは生きたいとなる

(介護士)

- ・ 家族の心情を優先する
- ・ 残される者の判断も必要と思う

(医学生・看護学生)

- ・ DNARについて知らない、わからない

・ 突然倒れた人を助けて違反みたいになるのは嫌だ

・ 一般的に考えて書類をすぐに見つけ出せないから

・ 家族間で嫌な空気になる

・ 自分で判断できなくなってから気持ちが変わったら困るから

(消防機関)

・ 救急出動で書類を確認している時間がない

・ 本人の意思を知っておくことは大切であるが、法的拘束力までは持たせなくてもよい

質問Dのc) その他の内訳を、以下職種別に示す。

(医師)

- ・ 意思の尊重と医療費減のため
- ・ 本人の意思にまかせる
- ・ 書類がなくとも、確認があればよい
- ・ 現時点では意見を持っていない

・ 書類の法的な効力が不明なのでわからない

(看護師)

- ・ 自分で判断できない時という表現があいまい
- ・ 本人の意思に任せる

・ 本人とその家族の意思が記載された書類であれば賛成する

・ 時と場合による

・ 持病の悪化や増悪時であればDNAR対応でよいが、突然の事故等で延命可能なときはなやむ

・ 口頭で事前に話をしているのであれば特に問題ない

・ 家族に任せる

・ 家族が苦しむなら作成しておく方が良いが、家族が延命を望むなら、家族が判断してよい

・ 元気なときにはわからないし、気持ちが変わることもある

・ 突然の場合は延命を希望する

(介護士)

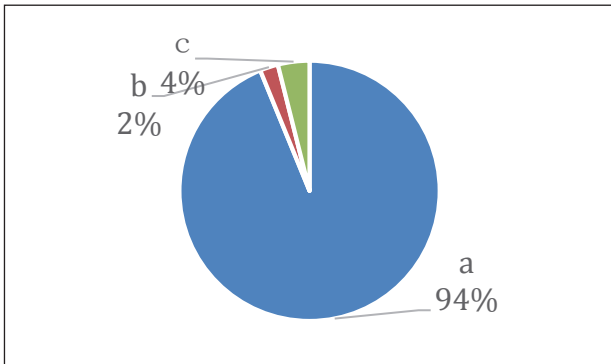
・ 家族のいない方については書類作成に賛成する

・ 回答は難しい、現時点では不明

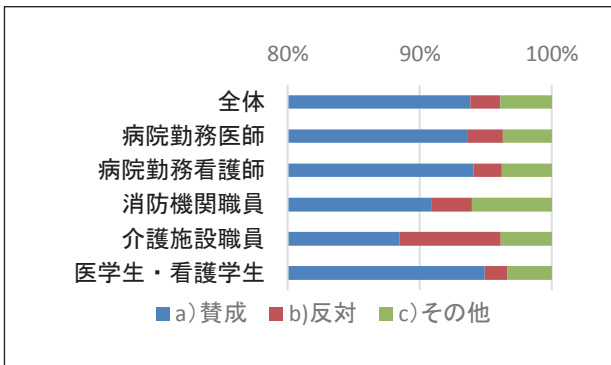
・ 書類があっても、病院についたときには処置は始まっていると思う

(医学生)

- ・DNARの言葉がわからない
- ・どちらでもよい ・どちらとも言えない
- ・未だ真剣に考えたことがない
- ・どちらを選ぶかまだ分からない
- ・よくわからない
- ・DNARを確認する時間がもったいない
(消防職員)
- ・どんな状況であっても最後まで生きて欲しいと思うが、個人の意思を尊重したいとも考える



図D-1



図D-2

質問E. 現在、「DNARに関する本人の意思を記載した書類」に対し、法的に従う義務はありませんが、今後は法的拘束力を持たせるべきだと思いますか。

- a) 本人の意思通りになるように、法的拘束力を持たせるべきである 546件
- b) 本人の意思のみでは判断できないので、法的拘束力までは持たせるべきではない 933件
- c) その他 75件 無回答 304件

質問Eは、DNARの意思に対するDNAR事前指

示書の法的拘束力の必要性に関する質問である。法的拘束力を持たせるべきとする回答は35%、法的拘束力を持たせるべきでないとする回答は60%で、現状ではDNAR対応に法的拘束力まで持たせる必要ないという意見が多かった(図E-1)。しかしながら、職種別にしてみると、受入れる医療機関と搬送する消防機関で大きく意見が分かれた。消防機関、とくに回答した救急隊員は、DNAR指示に法的拘束力を持たせることに強い期待を示した(図E-2)。消防法の下では、入所者急変で救急車を呼ばれた以上、救急隊員は蘇生処置を行いながら搬送することが義務づけられている。消防機関としては、DNARの意思が明らかな心肺停止傷病者に蘇生処置を行いながら救急病院へ搬送する現状を改善するためには、DNAR指示の法的拘束力を明確にすべきとの意見なのである。

質問Eのc) その他の内訳を、以下職種別に示す。

(医師)

- ・本人の記載した書類であることが証明できる、細かい状況設定や書類の有効期限などの記載があるなど、書類を統一化した上で、法的拘束力を持たせるべきである
- ・罰則がないのであれば運用する人もいないかもしれない
- ・悪用するケースがないとはいえ、DNARの意思が正しいか確かめる方法は必要である
- ・本人の意思が変わったり、年齢によって考えが変わったりすると思う
- ・拘束力を持たせても良い
- ・法がないとトラブルになるので拘束力は必要
- ・法的拘束を持たせるには、公証等資格者の手続きが必要だろう
- ・その書類を確認する間、CPRができなくなる可能性があるのではないか
- ・どのくらいの病状になってから書類を作成するのが問題
- ・その時の社会状況に応じて、また医療水準でも変化するので何とも言えない
- ・安楽死させたとき医師が有罪となるのは間違い

だと思ふ

(看護師)

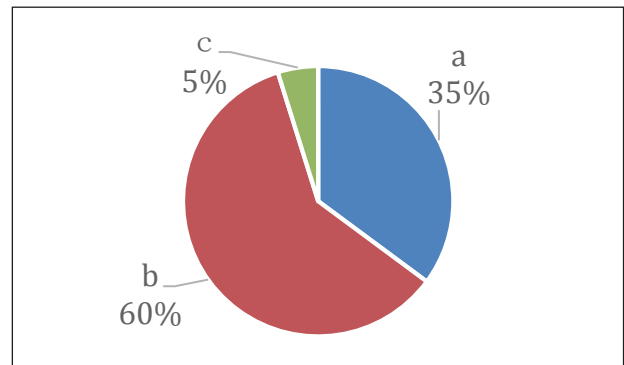
- ・家族の意思を汲んだものであればよいが、本人のみの判断に法的拘束力を持たせる必要はない
- ・家族構成や介護施設の質などにもよると思うので、この制度を行うときは、先ず社会的な準備や教育を十分整える必要がある
- ・判断した後に残る心理的負担のケアが必要である
- ・亡くなるまで看取る家族の負担軽減になる
- ・本人の意思の表明により家族が考えてくれればよい
- ・賛成したいが保険金詐欺等のこともあるし、どちらとも言えない
- ・ケースバイケースなので難しい
- ・解らない ・何とも言えない
- ・現状では法的拘束力を持たせるのは難しいのではないか？それ以前に人生の終末期を一人一人が考える教育や、医療者と終末期についてもっとコミュニケーションをとるようにしていくことが先ではないか
- ・仮にその時にDNARを希望していても、気持ちの変化も起こりうる
- ・認知症の人が増えているため、書類の信憑性の問題、家族の意向が強く働いた場合など本人の意思とのずれが問題である
- ・事件・事故が増えており、判断が難しいことも出てくるのではないか
- ・可能なら本人の意思を尊重してあげたいのだが、拘束力を持たせるべきであるとまでは言い切れない
- ・本人の意思を尊重したいが、残された家族に悔いが残らないように、どの程度の拘束力にするか考えないといけない
- ・臓器提供意思表示カードと同じ考え方で良いのではないかと思う

(介護)

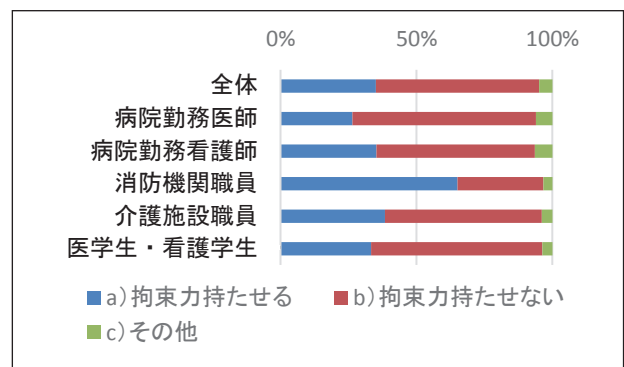
- ・その時々で意向が変わることが考えられるため、柔軟に対応した方がよいと思う
- ・本人の意思どおりに対応してよいが、後に不利

益が生じない方法を望む

- ・家族としっかり話し合った後の決定には法的効力を持たせても良いと思う
- ・本人の意思でも、残された家族の思いもあるので、法的拘束力までは持たせなくていいと思う (医学生・看護学生)
- ・わからない ・DNARを知らない
- ・未だ真剣に考えたことがない
- ・どちらでもよい
- ・本人の意思かどうか確認 (保障) いいとおもう
- ・強いものでなければ持たせるべき
- ・DNARをなくす ・家族の意見も加えるべき (消防機関)
- ・法的見解より倫理的判断で議論してほしい



図E-1 全体



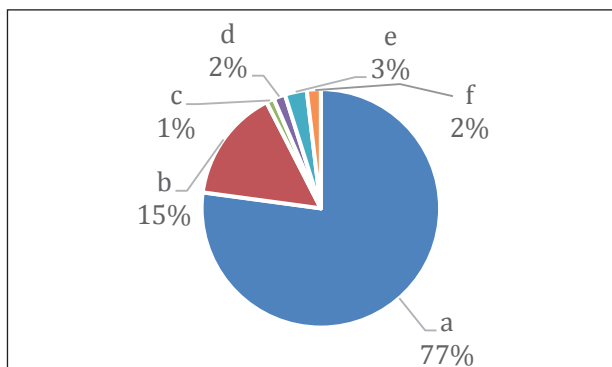
図E-2 職種別

質問F. 死期が近づき自分で判断することができなくなったとき、最後の方針について、最終的な決定をどなたにして欲しいですか。(本人が事前に作成した書類はないと仮定して教えてください。)(複数回答)

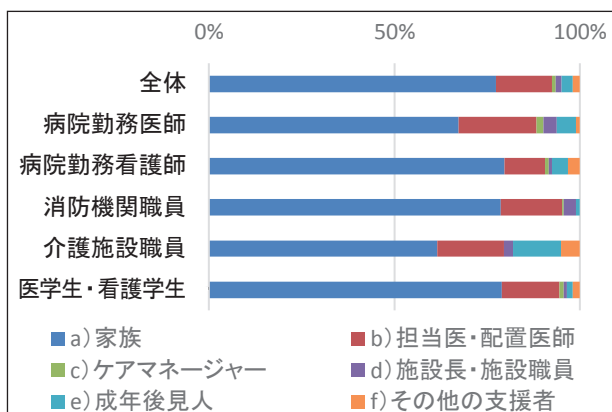
- a) 家族 1505件
- b) 担当医・配置医師 299件

c) ケアマネージャー	21件
d) 施設長・施設職員	31件
e) 成年後見人	58件
f) その他の支援者	37件

複数回答の質問であるが、事前の本人の意思が不明な場合、延命の判断を委ねる相手として、家族（77%）ついで、担当医・配置医師（15%）の順が多かった（図F-1）。この結果から、本人の意思決定能力がなくなった時期には、心肺停止時の蘇生処置実施の判断に家族の意向がもっとも影響すると推測できる。職種別では、介護施設職員は他の職種に比べ、延命の判断を家族に委ねる比率は15～20%低く、逆に施設職員の判断を重視する傾向があった（図F-2）。本人の意思が判らないときのDNAR判断については、看護師は家族を、医師は担当医師・配置医師の判断を重視していた（資料1参照）。



図F-1 全体



図F-2 職種別

4. 考察

医療関係者の62%は病院以外の自宅等での看取りを希望し、医学生、看護学生でその傾向が強

かった。学生は終末期医療について意識が低いことも原因と思われた。一方、厚生労働省調査では、H22年の死亡場所は、病院76.2%、自宅12.8%で、本調査の希望通りの場所で死を迎える状況にはなっていない¹⁾。最終段階における医療に関する意識調査報告書²⁾によると、終末期について家族と話し合ったことがある割合は一般国民で2.8%、医師9.7%、看護師10%である。本調査回答者では看護師の比率が高かったため全体で13%となった。また、全く話したことがない割合は、全国調査の55.9%に比べ、本調査回答者は48.9%と若干低い結果であった。

DNAR事前指示書の作成について、調査に参加した医療関係者の92%が賛成し、反対はわずか2%であった。職種別では介護施設職員の8%が反対していることから、施設内でのDNAR指示の取り扱いについて解決すべき課題の存在が示唆された。前述の厚生労働省調査では、DNAR事前指示書作成に対し、一般国民69.7%、医師73.4%、看護師87.4%、介護職員83.8%が賛成である。本調査の医療関係者は消防職員と介護職員が若干低いにもかかわらず92%と全国調査より高い数値となった理由としては、DNARの対象を心肺停止（CPA）に限定したためと思われる。

本調査で注目すべきは、DNAR事前指示書の作成に92%が賛成したにもかかわらず、法的拘束力を保たせることには60%が反対していることである。本人のDNARの意思、担当医師によるDNAR指示においては、DNARの意思を判断した時期やその後の病状変化から判断に迷う場面が多い現状が示唆される。一方、消防機関職員が法的拘束力を持たせることへの期待が強いのは、DNAR事前指示書が確認できた心肺停止傷病者に対して、蘇生処置を行いながら救急病院へ搬送せざるを得ない現状があるためと思われる。病院前救急においてDNARの意思を尊重するためには、DNARの意思、DNAR指示の取り扱いを具体的に示すようなガイドラインの策定が必要である。

5. 結語

1. 病院医師・看護師、消防職員、介護施設職員、医学生・看護学生など、多職種の医療関係者に対して心肺停止高齢者のDNAR対応に関する意識調査を実施した。
2. DNAR事前指示書の作成に92%が賛成したが、DNAR事前指示書に法的拘束力を持たせることには60%が反対した。
3. DNARに係る対応について、より具体的に検討する必要がある。

6. 文献

- 1) 厚生労働省 平成26年人口動態統計 第1-25表 死亡場所×年次別
http://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_1_2.html (2017. 3月アクセス)

- 2) 厚生労働省 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書pdf
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryou/zaitaku/dl/h260425-02.pdf> (2017. 3月アクセス)

7. 利益相反

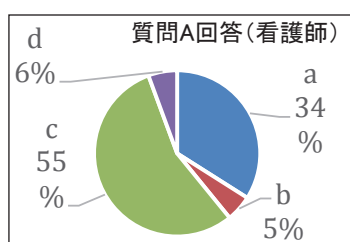
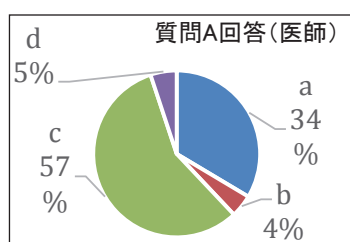
開示すべき事項なし

(資料1) 医師・看護師のDNARに関する調査結果の比較

質問A. 自分の死が近いとき、最後はどこで死を迎えたいですか。(○は一つ)

a) 病院 b) 介護施設 c) 自宅 d) その他 ()

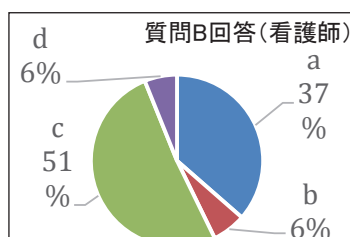
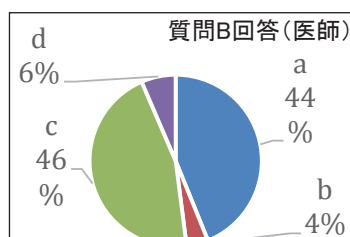
質問Aにおいて、医師と看護師の間で回答に大きな差はなかった。



質問B. 自分のご家族の臨終の際に、どこで看取りたいですか。(○は一つ)

a) 病院 b) 介護施設 c) 自宅 d) その他 ()

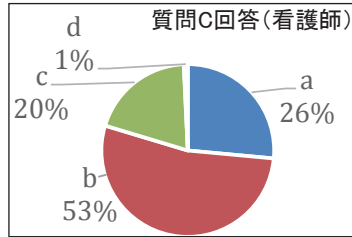
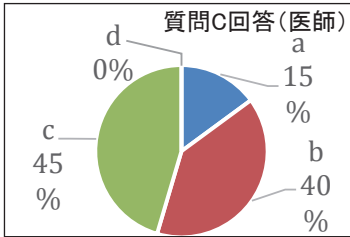
質問Bにおいて、医師と看護師の間で回答に大きな差はなかった。



質問C. 自分やご家族の死が近いときの延命医療やDNARについて、家族で話し合ったことがありますか (○は一つ)

- a) DNAR含めて具体的に話しあったことがある b) 漠然とした話はしたことがある
c) 一度も話し合ったことがない d) その他 ()

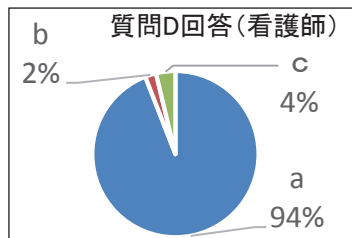
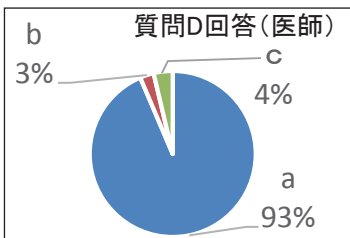
質問Cにおいて、医師と比較して看護師は、延命医療やDNARについてより身近な話題と捉えていた。a) と b) を合わせて、DNARに関する話をしたことがある頻度は、医師55%に対して、看護師は79%であった。



質問D. 自分で判断できなくなった場合に備え、DNARに関する本人の意思を記載した書類を前もって作成しておくことに賛成ですか

- a) 賛成する b) 反対する (理由:)
c) その他 ()

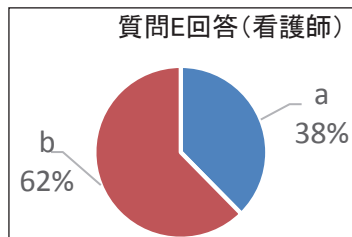
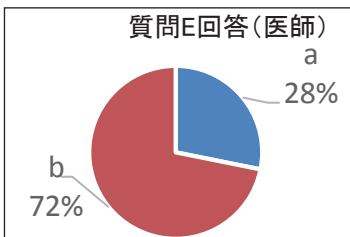
質問Dにおいて、医師と看護師の間で回答に大きな差はなかった



質問E. 現在、「DNARに関する本人の意思を記載した書類」に対し、法的に従う義務はありませんが、今後は法的拘束力を持たせるべきと思いますか

- a) 本人の意思通りになるように、法的拘束力を持たせるべきである
b) 本人の意思のみでは判断できないので、法的拘束力までは持たせるべきではない
c) その他 () 回答

質問Eにおいて、DNAR事前指示書に法的拘束力を持たせるべきであると考えているのは、医師 (28%) より看護師 (38%) のほうが多かった。

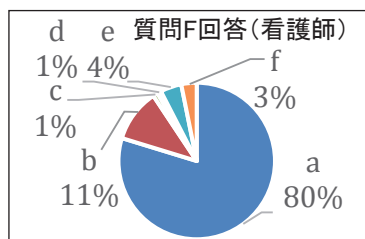
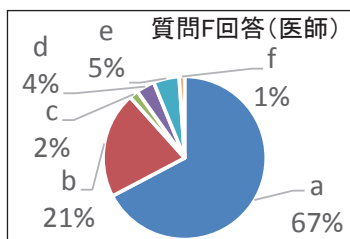


質問F. 死期が近づき自分で判断することができなくなったとき、最後の方針について、最終的な決定をどなたにして欲しいですか。（本人が事前に作成した書類はないと仮定して教えてください。）

（複数回答）

- a) 家族 b) 担当医・配置医師 c) ケアマネージャー
d) 施設長・施設職員 e) 成年後見人 f) その他の支援者

質問Fにおいて、本人の意思が判らないときのDNAR対応の判断について、看護師は家族を重視、医師は担当医・配置医師を重視している。



一般病院の医師・看護師におけるDNAR対応に関する調査研究

研究報告者 佐藤 穰

伊藤 重彦、真弓 俊彦、荒木 厚博、大村 昌人、中原 千尋、森永 俊彦、

平田 敬治

研究要旨

北九州市および下関市内の救急病院の医師、看護師を対象に、DNARの意思を表明している救急搬送患者への対応に関する調査を行い、729名から回答を得た。職種別の内訳は医師301人（41%）、看護師417人（58%）、その他の職種5人（1%）であった。回答者の43%がDNARの意思を表明した心肺停止患者の診療経験があり、DNARの意思の確認方法は44%が電子カルテの記載で、22%が医師書面で、17%が事前書面で判断していた。DNARの意思を表明している患者の病院到着後の救命処置について、51%の医師はBLSを含む一切の救命処置を行わないと回答し、それ以外の回答者は、BLSは行うがそれ以上の救命処置を何処まで行うかは回答者により異なった。DNARの意思の確認方法の標準化、また救急要請された患者への対応のルール作りが重要である。

1. はじめに

介護施設や在宅で亡くなる方が全国調査で10%以下である現状では、多くが病院で亡くなり、その一定数以上が救急搬送の末に病院で亡くなっていると考えられる。そのなかには救急処置室で積極的な救命処置が行われることなく、救急病院が看取りの場となっている現状がある。その結果、介護施設等からの看取りあるいはDNAR対象者の搬送が受け入れ病院の負担要因となっている。そこで救急患者を受け入れている総合病院の医療関係者を対象に、DNARの意思を表明している救急搬送者への対応についてアンケート調査を行った。なお本調査では、「DNAR (Do Not Attempt Resuscitation)」とは、高齢者の心肺停止において、急変した施設内、救急搬送中、病院収容後に、蘇生処置を希望しない本人の意思に従い心肺蘇生を実施しないことと定義した。

2. 研究方法

北九州市および下関市内の救急患者を受け入れている総合病院の医師、看護師を対象に、本人の救急への関与の程度、DNARの意思を表明している救急患者への対応に関する調査を行った。調査期間は平成28年9月中旬から11月中旬までの約2か月間である。

3. 調査結果

調査の協力を得られた729名から回答を得た。質問1では、回答者の背景を調査した。性別は無回答2人を除いて、男性290人（39%）、女性437人（61%）で、職種別の内訳は医師301人（40%）、看護師417人（59%）、その他の職種5人（1%）であった。

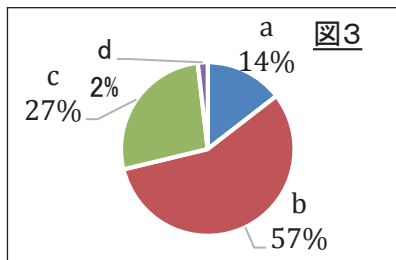
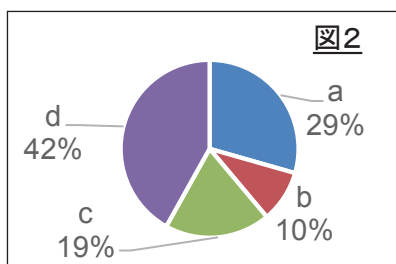
質問2. 現在の職場（部署）における救急患者への関わりの頻度をお答えください。

a) 救急患者を診療・看護する機会が80%以上	207人
b) 救急患者を診療・看護する機会が50%～80%未満	71人
c) 救急患者を診療・看護する機会が20%～50%未満	141人
d) 救急患者を診療・看護する機会が20%未満	299人
	無回答 11人

質問3. 自信を持って応急処置（BLS+AED）を実施することができますか。（○は一つ）

a) 自信を持って出来る	110人
b) ある程度は出来る	409人
c) あまり出来ない（少ししか出来ない）	191人
d) 全く出来ない	13人
	無回答 5人

質問2、3では、回答者自身の救急医療への関与の程度、および応急処置能力について質問している。回答者の60%近くが救急医療に従事する機会が20%以上と回答した（図2）。また応急処置については、回答者の73%が心肺停止患者に対してある程度以上自信を持ってBLSが実施できると回答した（図3）。



質問4. 「DNARの意思」を表明している救急搬送患者の診療経験はありますか。

a) ある	314人
-------	------

b) ない	104人	無回答	311人
-------	------	-----	------

質問5. 質問4.でa) あると回答された方のみご回答ください。（複数回答）

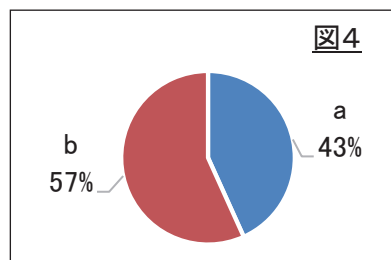
搬送患者が「DNARの意思」を表明している患者であることを、どのように確認しましたか

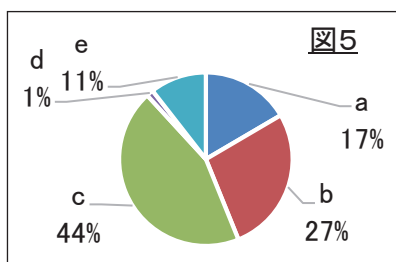
a) 事前書面（延命処置を希望しない意思を表明した書類）	82人
b) 医師書面（担当医、配置医師の紹介状など）	129人
c) 電子カルテの記載（過去の来院履歴、連携施設間の情報など）	211人
d) 確認したことはない	6人
e) その他（ ）	50人

質問4は、心肺停止患者の診療経験のある医療従事者に対して、DNARの意思を表明した心肺停止患者の診療経験を質問している。回答者の43%が経験ありと回答した（図4）。質問5ではその意思表明を確認した方法を質問している。44%は電子カルテの記載で確認したと回答しており、おそらく自院の通院患者の状態から外来担当医師が本人や家族と相談した結果、DNARの意思ありと判断し、当直医などにわかりやすい方法で電子カルテに記載したものと推測される。またそれ以外に医師書面での判断は27%、それ以外の書類での判断は17%であった。それ以外にも確認の方法が自由記載されており、DNARの意思の確認が様々な方法で行われている（図5）。

質問5のe) その他の内訳を以下に示す。

- ・小児は両親から聞く ・直接聞く
- ・救急隊からの情報 ・入所施設の職員から聞く
- ・入所施設の入所時の意思確認書類
- ・担当医からの伝言 ・家族から聞く

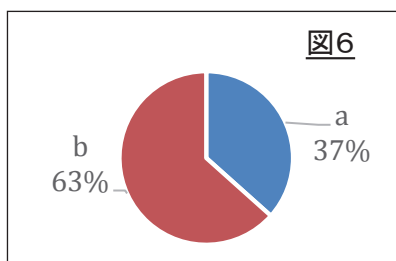




質問6. 「DNARの意思」を表明した事前書面があるにもかかわらず、介護福祉施設（特養、老健など）から入所者が救急車で搬送されてきた経験はありますか？

a) ある 253名 b) ない 440名
無回答 36人

質問6ではさらに心肺停止患者の搬送元を介護福祉施設に限定し、その患者にDNARの意思表示があった事例の経験の有無を質問している。37%の回答者が経験ありと回答した（図6）。



質問7. （医師の方のみお答えください）救急隊員から「DNARの意思」を表明している心肺停止傷病者の搬送を告げられた際に、救命処置を行わずに搬送することを指示したことはありますか。

a) ある 25人 b) ない 270人
無回答 6人

質問8. （医師の方のみお答えください）受入れ患者の救命処置を開始する前に「DNARの意思」が判明した場合、救命処置をどこまで実施しますか。ただし、以下の救命処置を行う前に事前書面でDNARの意思が判明した場合でお答えください。（○は一つ）

a) 通常通りすべての蘇生処置を行う 9人
b) BLSと輸液、薬剤投与までは行うが、
気管挿管は行わない 54人
c) BLSと輸液は行うが、薬剤投与と
気管挿管とは行わない 45人

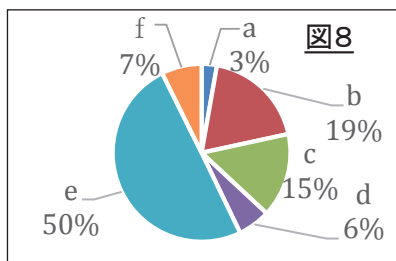
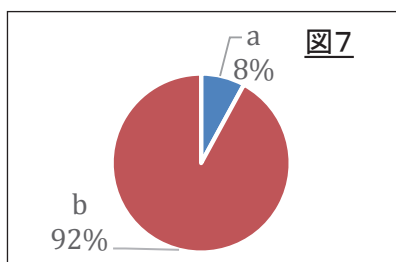
d) BLSは行うが、輸液、薬剤投与、
気管挿管は行わない 22人
e) d)に加え、BLSも行わない（継続しない）
156人
f) その他 21人
複数回答 6人

現場要請で出動し心肺停止患者に接触した救急救命士は、確実な死体と判断できる場合を除いて、基本的にはBLSを含む心肺蘇生を実施しながら救急病院へ搬送する。質問7、8では救急救命士に特定行為の実施を指示できる医師のみを対象に、救命士から患者がDNARの意思表示があるとの情報を得たのちの対応について質問している。回答した医師のうち、8%がBLS以上の救命処置を行わずに搬送することを指示したことがあると回答した（図7）。

またDNARの意思表示が判明している患者の病院到着後の救命処置について、50%の医師はBLSを含む一切の救命処置を行わないと回答し、それ以外の回答者は、BLSは行うがそれ以上の救命処置をどこまで行うかは回答者により異なった（図8）。

質問8のf) その他の内訳を以下に示す。

- ・BLSと気管挿管は行わないが、輸液、薬剤投与は必要に応じて行う
- ・輸液と薬剤投与まで
- ・循環作動薬アドレナリン、ノルアドレフリンは用いない
- ・輸液、薬剤投与は行うかもしれない
- ・胸骨圧迫はしない ・O₂投与のみ
- ・CPAの場合は家族に説明し、原則何もしない
- ・家族の希望に従う
- ・患者の希望で対応を変える
- ・DNARの希望に沿って行う
- ・書面の取り決めどおりに行う
- ・状況により違うと思う。蘇生回復に期待が持てる時もある
- ・超高齢では心肺蘇生は行わない
- ・経験がないのでわからない



4. 考察

超高齢・多死社会となり、高齢者はもとより国民全体が自身の人生の終わり方を考えるようになってきている。厚生労働省が「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」¹⁾を作成したこともあり、医療機関でまた介護老人福祉施設で高齢者の終末期の意思決定支援が行われており、DNARの意思表示をする高齢者が増加している。一方でDNARの意思表示をした高齢者が心肺停止となった場合の対応、特に救急搬送するのか、どこで誰が看取るのかなど、十分に議論されルール化できているとはいえない。介護老人福祉施設で入所者が急変した場合、DNARの意思が表明されていても救急要請され、救急病院に搬送されるケースがあることは本研究でも明らかである。さらに本研究において、DNAR対象の患者に対する病院到着後の救命処置について医師により対応がかなり異なることから明らかのように、DNAR対象者への医療について現場の医師や看護師は判断に迷っている。質問8の自由記載にもあるように、心筋梗塞などの救命が期待できる疾患で心肺停止となった施設入所者がDNARの意思を表明していた場合、救急処置を行わないことは「救命不履行」ではなく、本人の意思を尊重した「延命治療の拒否」と言ってもよいのだろうか。

介護施設等が救急車を呼ばなければ救急病院への看取り搬送は減るが、看取り、DNAR判定基準

が定まっていない現状では、現場へ到着した救急隊は搬送せざるを得ず、受け入れ病院でもDNAR対象とわかっていても個々の症例で救命か、延命治療の中止かを判断せざるを得ない。

今後DNARの意思表示の標準化、施設でDNAR対象者が急変した場合の対応、特に施設で看取るのか、搬送する場合消防の救急車以外の搬送手段を導入できないかなど、それぞれの地域の実情を踏まえた上でルール化することが地域包括ケアシステムの構築、地域医療構想を考える上で重要となる。

5. 結語

本調査結果から、救急病院に従事する医師、看護師は少なからずDNARの意思表示をした患者の診療経験があることがわかった。一方でその意思表示の確認方法は様々であり、さらにDNAR希望を表明している患者の病院前および病院到着後の救急処置についても回答者によって判断が異なっており、救急の現場で医療従事者が悩みながら個々の事例の診療にあたっていることがわかる。今後まずはDNARの意思の確認方法の標準化、また救急要請されたケースへの対応の仕方のルール作りが喫緊の課題である。さらに看取り対象、DNAR対象を受け入れ可能な救急病院以外の施設が対応できるシステム作りが必要である。

6. 文献

- 1) 「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 平成19年5月（改訂 平成27年3月）

www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku

7. 利益相反

開示すべき事項なし

救急隊員と救急救命士におけるDNAR対応に関する調査研究

研究報告者 竹中 ゆかり 田邊 晴山

研究要旨

救急搬送の中でDNARの事案に対する救急隊の意識や抱えている問題点を明らかにする目的で、経験豊富な指導者養成課程受講中の救急救命士194名と、救急救命士の養成課程受講中の救急隊員292名を対象にアンケート調査を行った。その結果ほとんどの救急隊がDNARには複数回遭遇していることが分かった。発生場所はほとんどが自宅か高齢者福祉施設である。DNARであっても救急車を呼んでいることは多いが、救急隊の救命処置は救急業務実施基準により止められない。つまりDNARの意思は伝わっていないことが多い。また、DNAR傷病者は搬送先病院に難渋している。これらのことに対し、今後、看取りの場所で医師の介在の元看取られるようにすること、搬送病院の担保、DNARという本人意思について社会意識の普及とかかりつけ医との共同による確認しやすい共通文書化、救急業務実施基準の見直しなどが検討事項となる。

1. 背景と目的

超高齢化社会の到来により、後期高齢者の搬送が増加している。その中には癌の末期、老衰、救命の可能性がない傷病者などで本人または家族の希望で心肺蘇生を行わない傷病者（以下DNAR：Do Not Attempt Resuscitationと呼ぶ）も含まれ、DNARに対する家族と救急隊との意識の違いから、望むような状態でなく搬送される事案も生じている。このことは高齢者搬送をさらに複雑化している。家族の気持ちに寄り添い自然な人生の最期を迎えるためにも、DNARの認識を含め看取りの体制の充実化が不可欠である。

本研究では、救急隊に対し、DNAR事例の搬送経験・DNARに関する意識調査を行い、高齢者救急搬送の適正化について考察した。

2. 研究方法

平成28年度に①救急救命九州研修所での指導者養成課程受講中の救急救命士と、②東京研修所および九州研修所の救命士養成課程受講中の救急隊員を対象とした。①の救急救命士は東京都および三重県以外の救急救命士であった。調査は平成28年7月25日から27日に実施した。②は全県から集まっている救急隊員である。調査は平成28年9月14日から30日に実施した。

選択法、あるいは記述法で解答を求めた。

3. アンケート調査結果

1) 対象

①救急救命士：救急救命九州研修所指導者養成課程を受講中の救急救命士 n=193

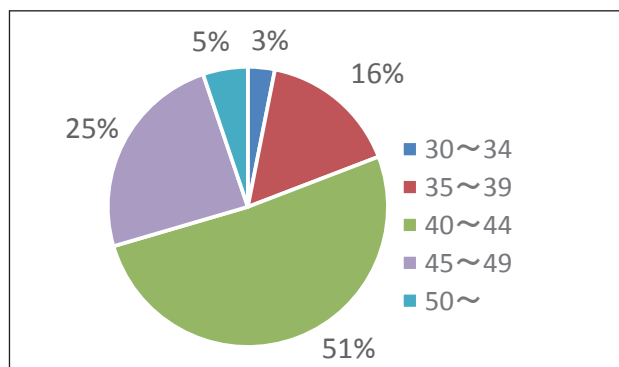
②救急隊員：救急救命東京研修所および救急救命九州研修所 救急救命士養成課程を受講中の救急隊員 n=292

2) 背景

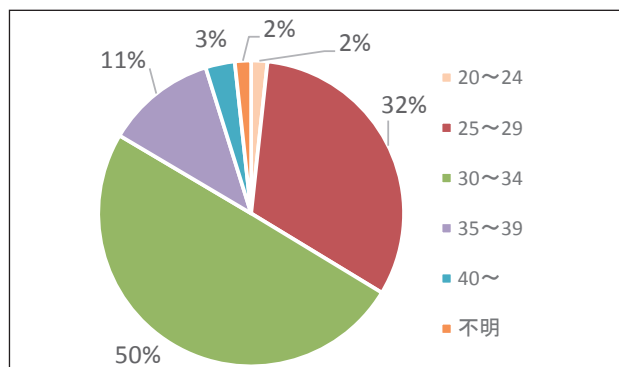
①年齢

年齢	救急救命士(人)	救急隊員(人)
20～24歳	0	5
25～29	0	93
30～34	6	145
35～39	31	34
40～44	99	9
45～49	47	0
50歳以上	10	0
不明	0	5

性別	救急救命士(人)	救急隊員(人)
男性	193	280
女性	0	6
不明	0	6



急救救命士



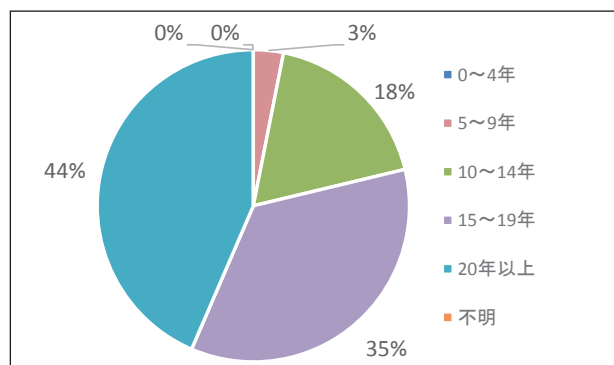
救急隊員

②救急隊、救急救命士、救急隊長経験年数

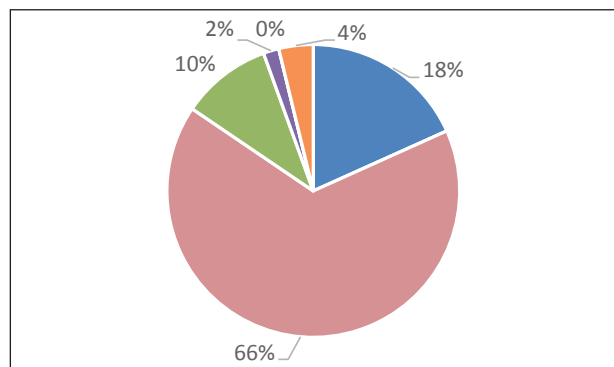
	救急救命士 (人)		
	救急隊	救急救命士	救急隊長
なし	0	0	0
0～4年	0	3	31
5～9年	6	42	94
10～14年	35	107	40
15～19年	68	36	17
20年以上	84	5	1
不明	0	0	10

	救急隊員 (人)		
	救急隊	救急救命士	救急隊長
なし	0	292	64
0～4年	53	0	69
5～9年	192	0	3
10～14年	29	0	0
15～19年	5	0	0
20年以上	0	0	0
不明	11	0	156

イ) 救急隊の経験年数

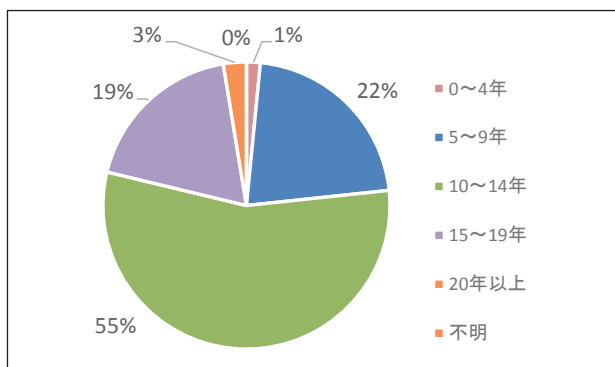


救急救命士

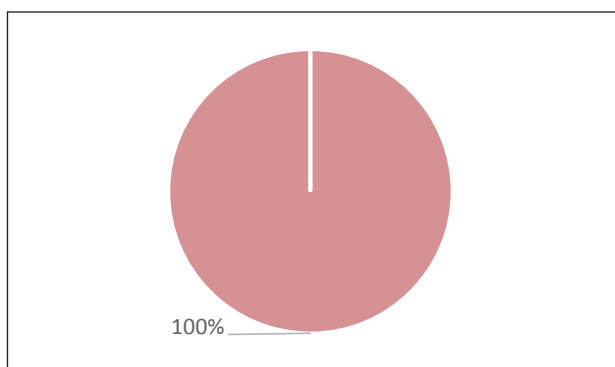


救急隊員

ロ) 救急救命士の経験年数



救急救命士



救急隊員

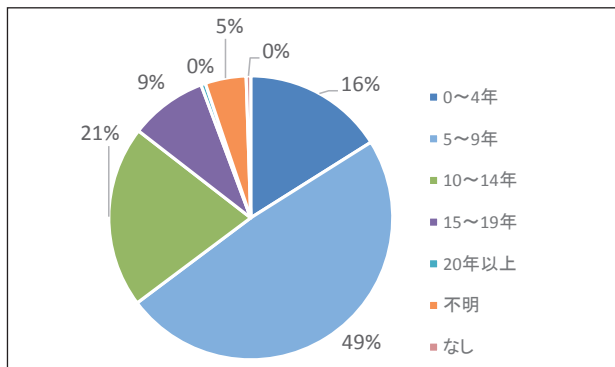
回答者は救急救命士では救急隊経験年数10年以上の人が95%、救急救命士経験年数が10年以上の人が77%、救急隊長の経験年数5年以上が85%（10年以上は35%）であった。救急隊員では救急隊経験年数10年以上の人が12%、救急救命士経験は全員ない。

救急隊長は47%が経験なく、98%が5年未満であった。

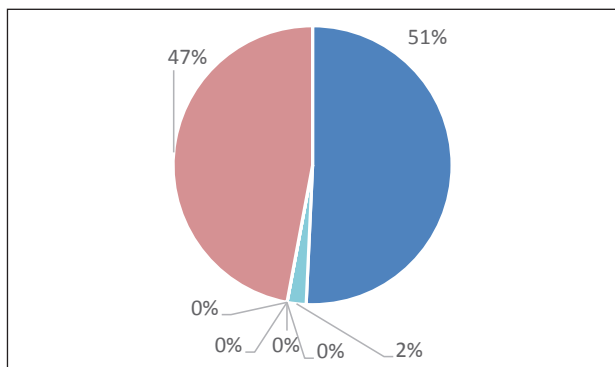
③所属本部の管轄人口

	救急救命士(人)	救急隊員(人)
5万人未満	36	68
5~10万人	51	71
10~15万人	25	37
15~20万人	32	25
20~30万人	19	19
30~40万人	8	19
40~50万人	14	11
50~80万人	8	12
80万人以上	0	16

ハ) 救急隊長の経験年数

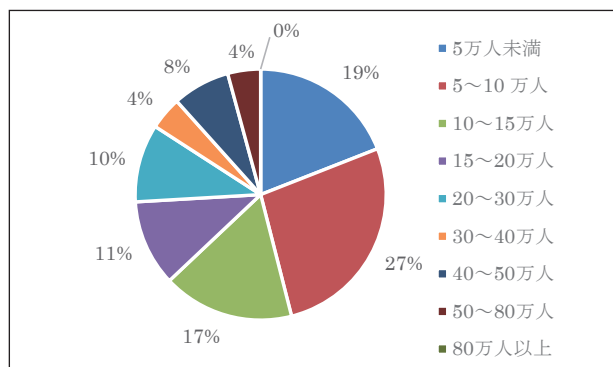


救急救命士

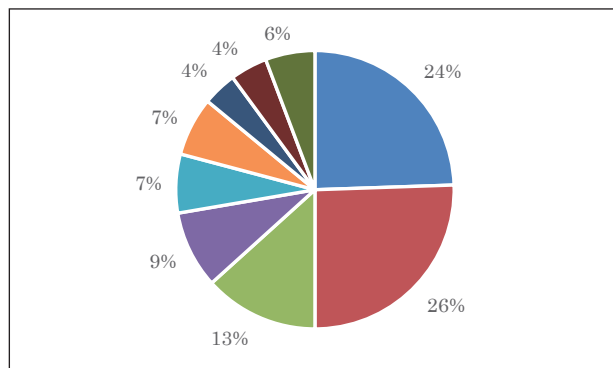


救急隊員

所属本部の管轄人口



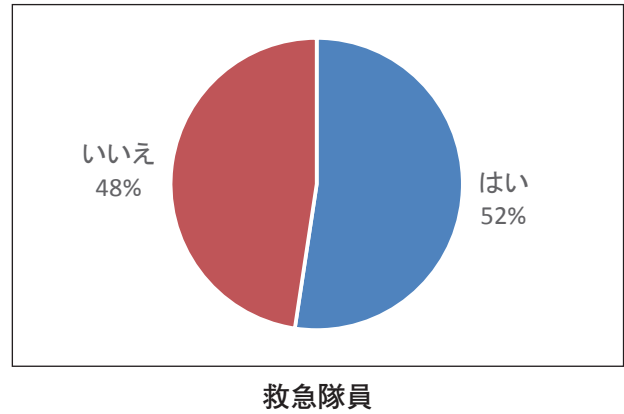
救急救命士



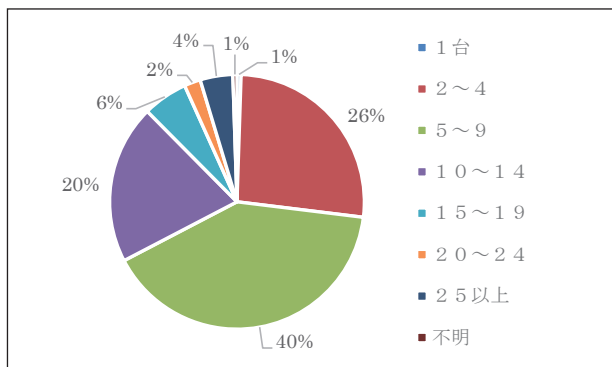
救急隊員

④所属の実働する救急車数

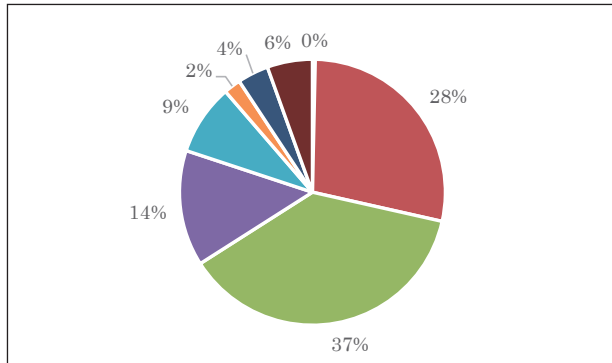
	救急救命士(人)	救急隊員(人)
1台	1	1
2～4台	51	82
5～9台	78	109
10～14台	39	41
15～19台	11	25
20～24台	4	6
25台以上	8	11
不明	1	0



所属の実働救急車数

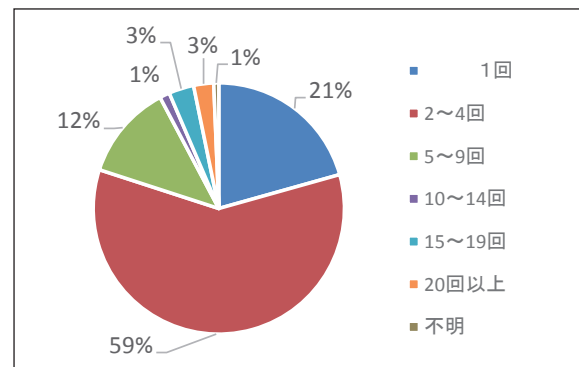


救急救命士

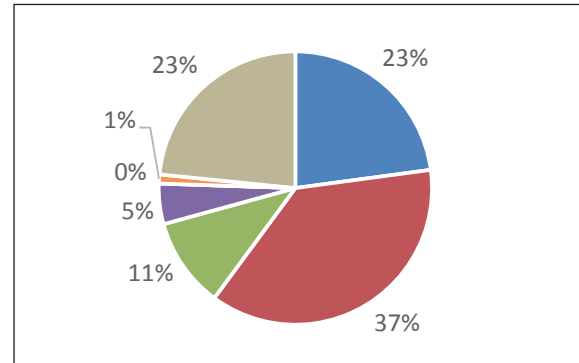


救急隊員

質問② 何回くらい出動したか



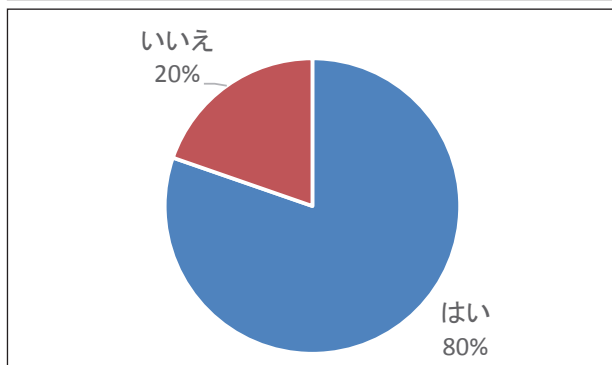
救急救命士



救急隊員

3) DNARについて

質問① DNAR事案に出場したことがあるか

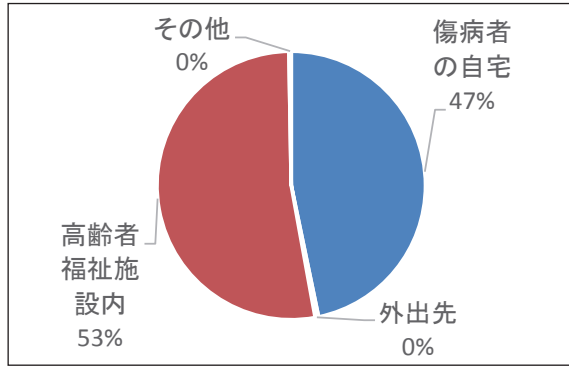


救急救命士

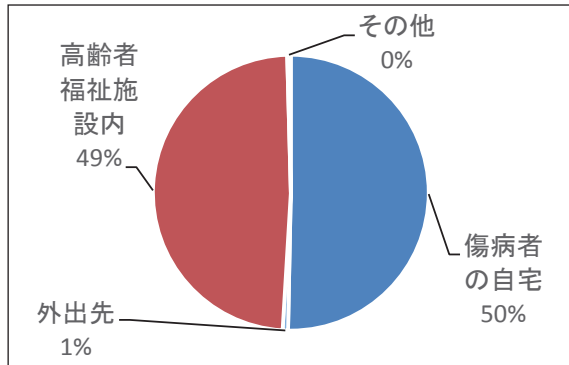
救急救命士では80%がDNAR事案に出動経験があった(質問①)。出動経験者のDNAR出動件数は1回だけなのは21%でそれ以外は複数回経験していた。

救急隊員はDNAR事案への出動経験は約半数であったが、出動経験者のDNAR出動件数は1回だけなのは23%でそれ以外は複数回経験していた(質問②)。

質問③ DNAR事案の発生場所はどこか

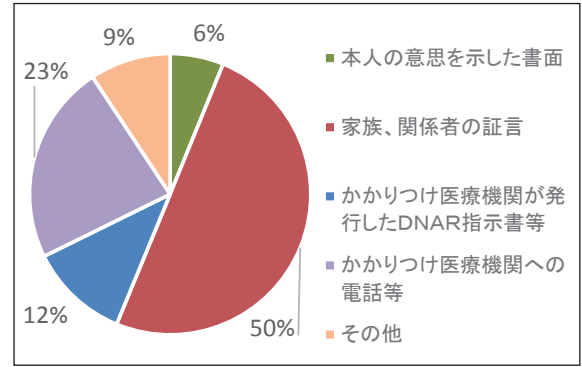


救急救命士

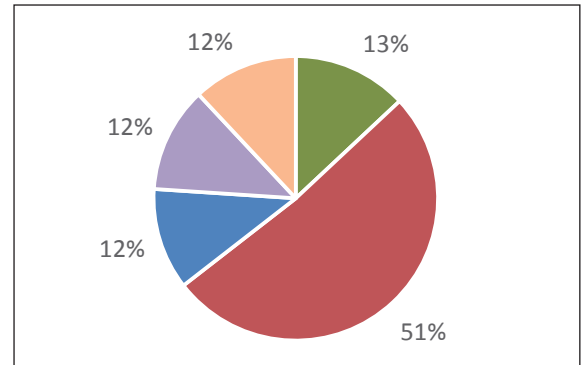


救急隊員

質問⑤ 病院到着前までにDNARと判断した理由

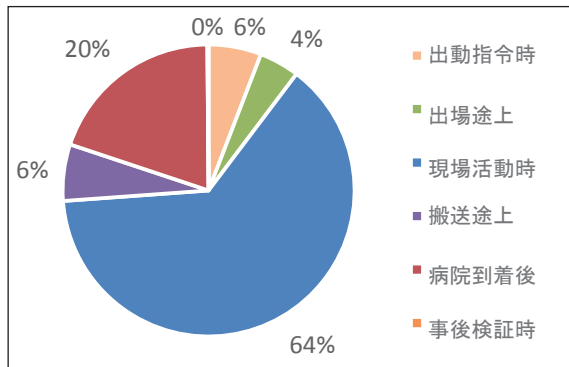


救急救命士

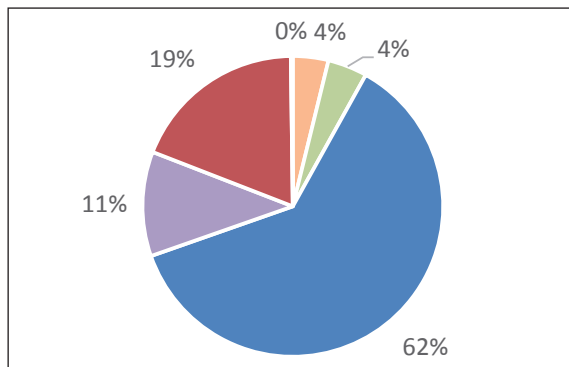


救急隊員

質問④ 活動中どの時点でDNARと判明したか



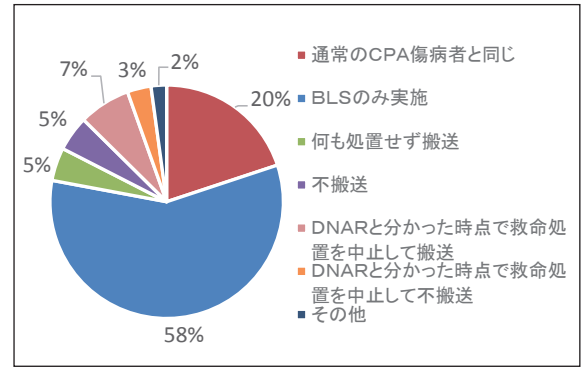
救急救命士



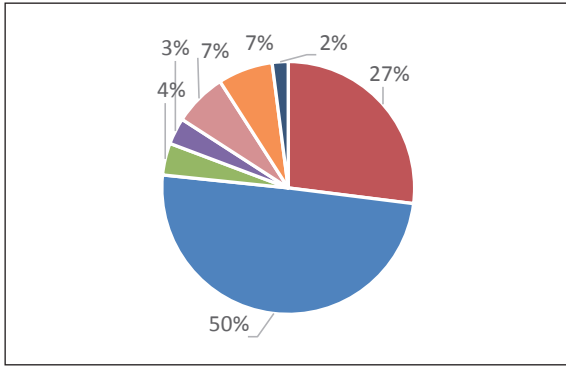
救急隊員

DNAR事案の発生場所は①救急救命士②救急隊員ともに高齢者福祉施設と自宅がほとんどでおよそ半々であった（質問③）。DNARと判明したのは活動時が最も多く、次いで病院到着後であった。現場到着までに判明している事案は10%弱しかなかった。つまりほとんどの事案でDNARの情報なしに救急隊は活動を開始している（質問④）。またその情報は家族の証言（口頭）がともに約50%で、書面で確認できたものは医療機関の指示書と合わせても①救急救命士で18%②救急隊員で25%に過ぎなかった（質問⑤）。

質問⑥ その時どのような対応をとったか



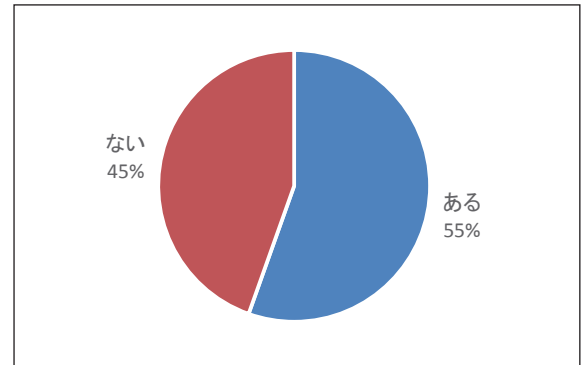
救急救命士



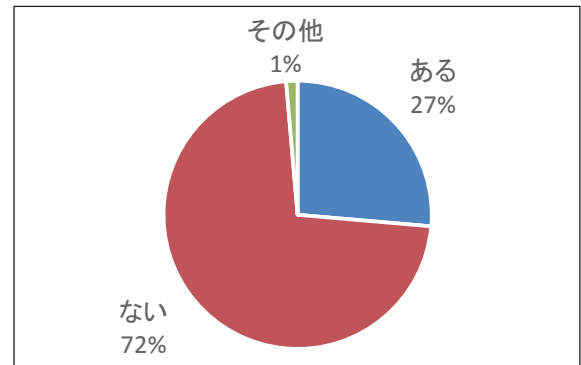
救急隊員

通常のコル心肺蘇生措置またはBLSを行って運んだ事案は①救急救命士で約78%②救急隊員で77%であった。逆に何もせず搬送または途中で蘇生措置を中止して搬送した例は①救急救命士12%、②救急隊員11%であった。最終的に不搬送としたのは①救急救命士8%②救急隊員10%にすぎなかった(質問⑥)。

質問⑧ CPA傷病者に対する応急処置(救命措置含む)を口頭や行動で拒否されたことがあるか

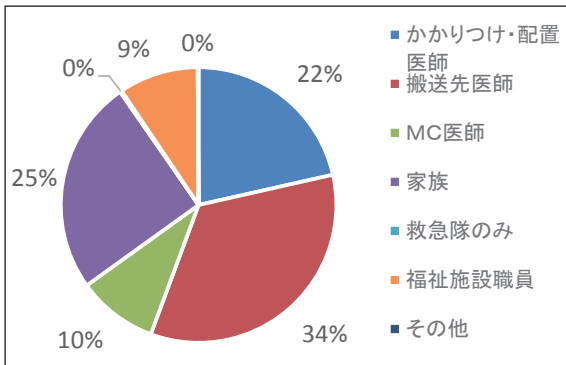


救急救命士

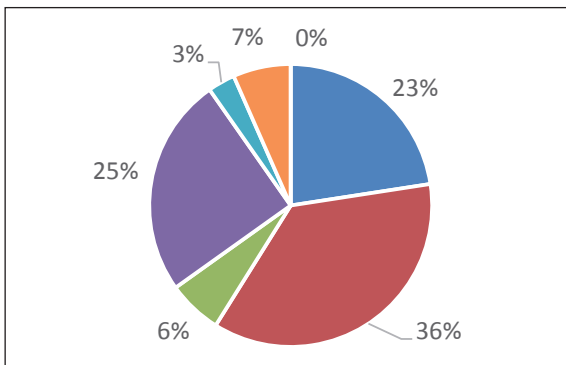


救急隊員

質問⑦ その時の救急活動は誰に相談したか



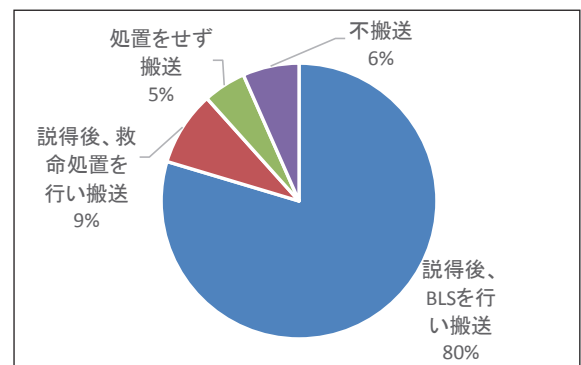
救急救命士



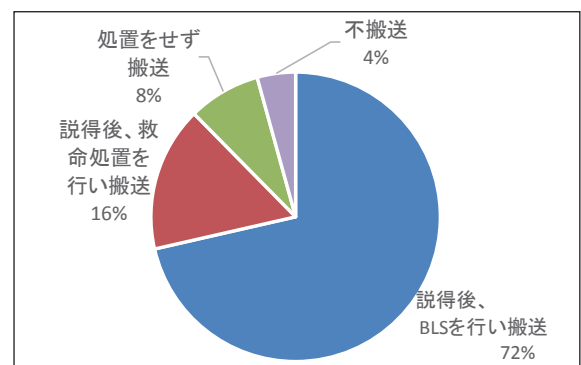
救急隊員

蘇生中止の判断、もしくは中止しない判断を搬送先医師に相談しているのは、①救急救命士34%、②救急隊員36%で最も多く、かかりつけ医に相談しているのは、①救急救命士22%②救急隊員23%であった(質問⑦)。

質問⑨ ⑧のときどのような対応をしたか



救急救命士



救急隊員

CPA傷病者に対する応急処置は経験の長い①救急救命士では55%で拒否された

経験があった。しかしながら、それに対し説得後BLSまたは救命処置を行って搬送した例は89%であり、処置をせず搬送したのは5%だけであった。

一方②救急隊員ではCPA傷病者に対する応急処置を拒否されたのは25%であった（質問⑧）。

それに対し説得後BLSまたは救命処置を行って搬送した例は88%であり、処置をせず搬送したのは8%だけで対応は①救急救命士とほぼ同じであった（質問⑨）。

質問⑩ 質問⑨の内容をお願いいたします

①救急救命士

- ・家族から「そこまでしなくていいです」「痛そうなのでやめてください」と拒否された
- ・救急隊は死亡判断ができないので蘇生を中断することができない
- ・早期死体現象が出ていなければ救急隊は死亡と判断できない
- ・救急要請の時点で救命を目的と解釈している
- ・救急隊の性質上何もせずに搬送はできない
- ・説明し「BLS」もしくは「形だけのBLSを実施」のみ実施しながら搬送した 18人
- ・搬送することに法令違反はないが、搬送遅延や不搬送は訴訟のリスクがあると考え
- ・救命処置を行うことは法令違反とはならないが、必要だったものにしなかった場合訴えられる可能性がある 5人
- ・家族の頑なな拒否があったため何もせずに搬送した
- ・目撃のないCPAだったので説得しても応じない家族の意思を尊重した
- ・説明したが家族から聞き入れてもらえなかった

②救急隊員

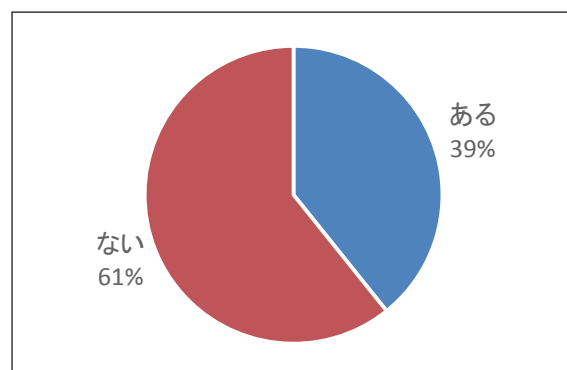
- ・家族が全ての処置を拒否したが、説明後BLSのみ実施し搬送した 6人
- ・患者に接触時家族から言われ、かかりつけ医に連絡するも連絡がつかず、搬送することになった質問⑨の内容のうち、家族から「そこまでしな

くていいです」「痛そうなのでやめてください」と拒否されたが、「救急隊は死亡判断ができないので蘇生を中断することができない」「早期死体現象が出ていなければ救急隊は死亡と判断できない」「救急要請の時点で救命を目的と解釈している」「救急隊の性質上何もせずに搬送はできない」と説明し「BLS」もしくは「形だけのBLSを実施」のみしながら搬送したという回答が多くみられた（同様の記載18名）。

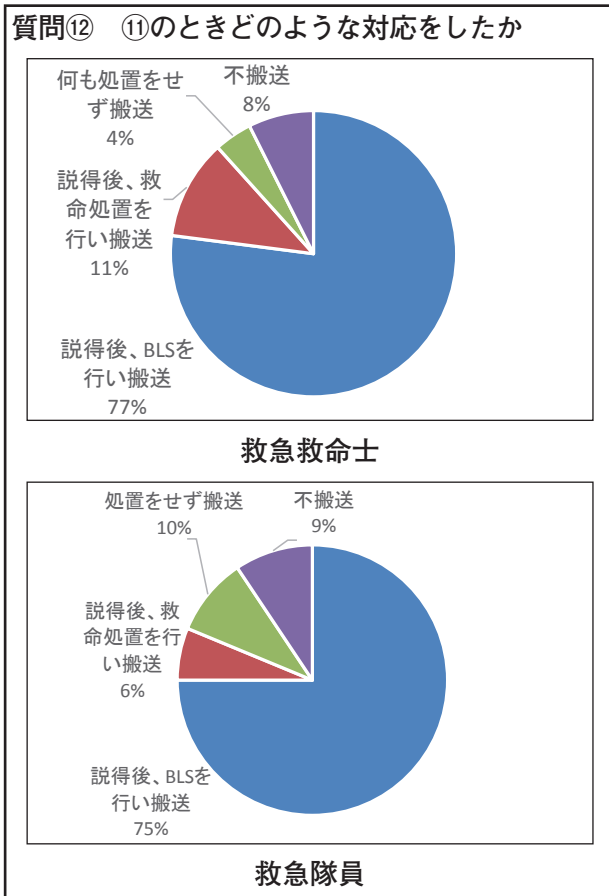
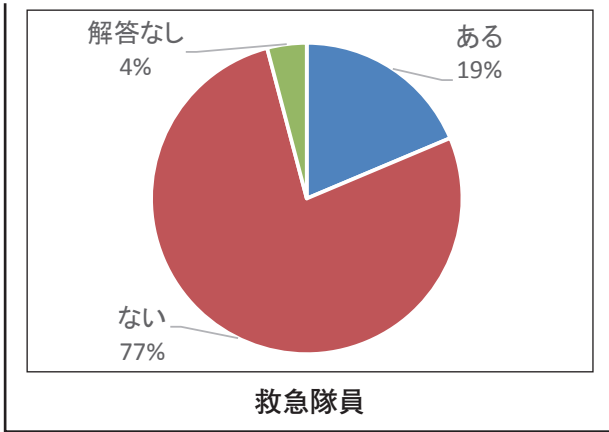
「搬送することに法令違反はないが、搬送遅延や不搬送は訴訟のリスクがあると考え」「救命処置を行うことは法令違反とはならないが、必要だったものにしなかった場合訴えられる可能性がある」という回答もみられた。

一方、何もせずに搬送した隊員からは「家族の頑なな拒否があった」「目撃のないCPAだったので説得しても応じない家族の意思を尊重した」「説明したが家族から聞き入れてもらえなかった」という回答であった。

質問⑪ ⑨のうちDNAR傷病者の場合で応急処置（救命措置含む）を、口頭や行動で拒否されたことがあるか



救急救命士



CPAで救急要請をしたにもかかわらず、DNARであった場合には心肺蘇生を拒否されたのは①救急救命士で39%、②救急隊員では19%であった(質問⑪)。

①救急救命士でその時説得後何らかの救命措置を行いながら搬送した例は約90%、何も処置せず搬送したのは4%であり質問9とほぼ同じであった。②救急隊員でその時説得後何らかの救命措置を行いながら搬送した例は約80%、何も処置せず搬送したのは10%であった(質問⑫)。

質問⑬ ⑫の内容をお願いいたします

①救急救命士

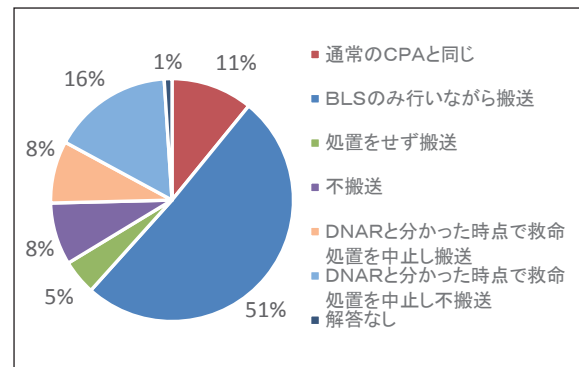
- ・家族がDNARといっても本人の意思書面がない
- ・自筆のDNAR書面を見せられるも他の親族は同意書の存在を知らないようであった
- ・家族の中でも意見が分かれている
- ・家族と親戚で救命処置への考えが違っていた。
- ・法令で処置しないと搬送できないことを説明し対応した
- ・救急隊は死亡判断ができないことを伝えBLSを行った
- ・心肺蘇生は拒否されたが搬送は強く望まれた
- ・死亡確認のため搬送してほしいと言われた

②救急隊員

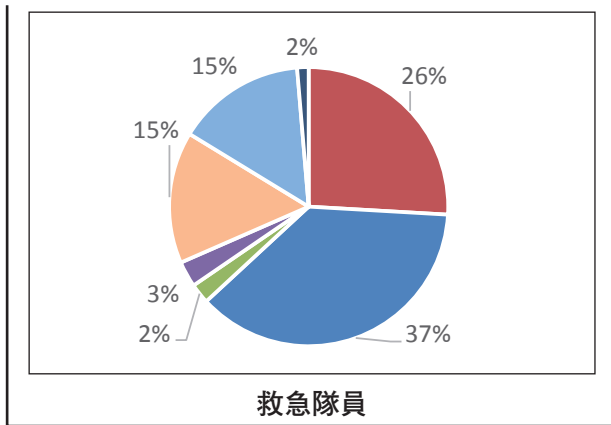
- ・家族が全ての処置を拒否し搬送のみ希望したが、説得しBLSのみ実施し搬送した
- ・死亡確認の為、家族が救急要請した

救急救命士の約90%、救急隊員の80%以上はBLSを含む何らかの処置を行いながら搬送している。本来の救急業務でない搬送のみの対応を要求されていることで救急隊も困惑している回答がみられた。

質問⑭ DNAR事案に対する活動について、あなたの考えはどれか



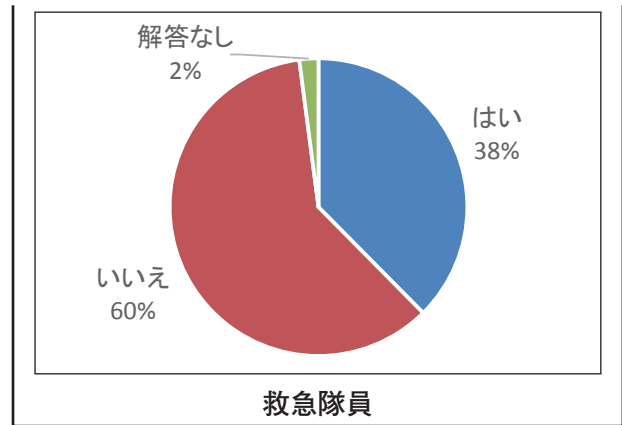
救急救命士



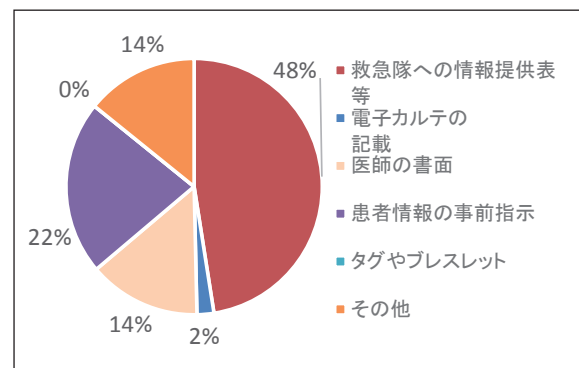
DNAR事案についての考えは、①救急救命士では62%が何らかの救命処置を行って搬送すると答えた。不搬送と判断する人は、初めからとDNARと分かった時点で、を合わせて24%であり、何も処置せず搬送するという考えの人は13%であった（質問⑭）。

②救急隊員では63%が何らかの救命処置を行って搬送すると答えた。不搬送と判断する人は、初めからとDNARと分かった時点で、を合わせ18%であり、何も処置せず搬送するという考えの人は17%であった。

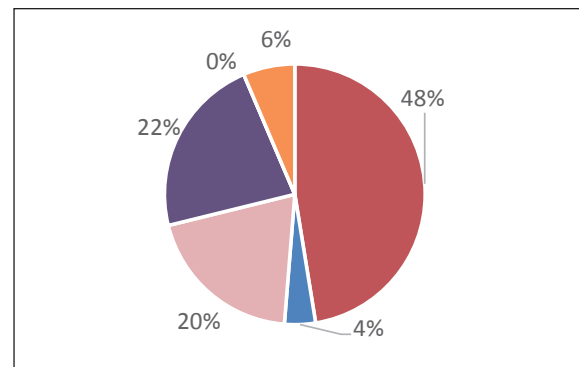
ただし、①救急救命士と②救急隊員では救命処置の内容に差があった。①救急救命士では通常のCPAと同じと答えたのは11%、②救急隊員では26%であった。



質問⑯ どのような方法か



救急救命士

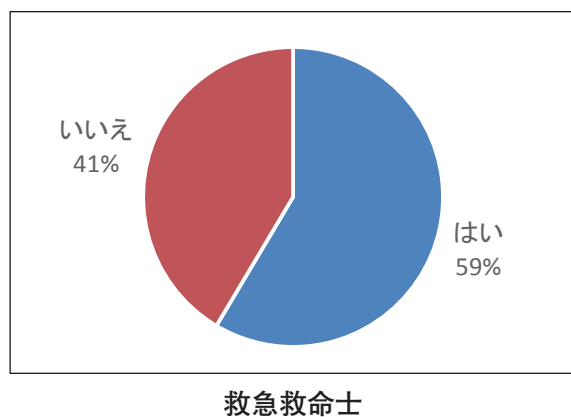


救急隊員

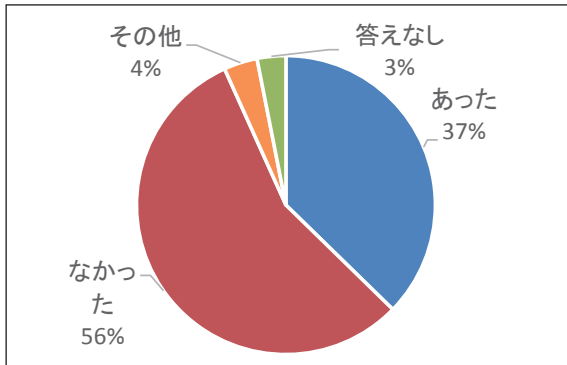
①救急救命士は高齢者福祉施設でのCPA傷病者については約60%がDNARの確認をしていると答えたが②救急隊員は38%だった（質問⑮）。

事前に情報提供表を作っているところが約半数に存在した（質問⑯）。

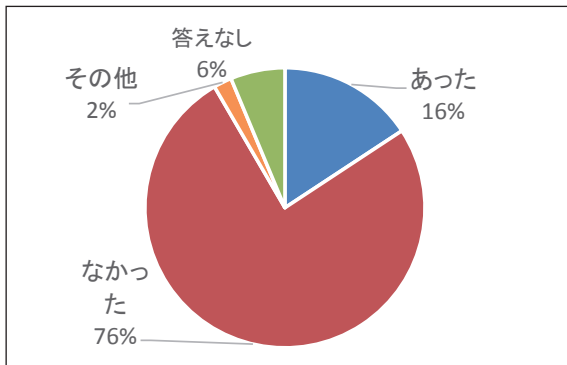
質問⑮ 高齢者福祉施設でのCPA傷病者でDNARの確認を実施しているか



質問⑰ DNAR傷病者での搬送で困難な事案があったか

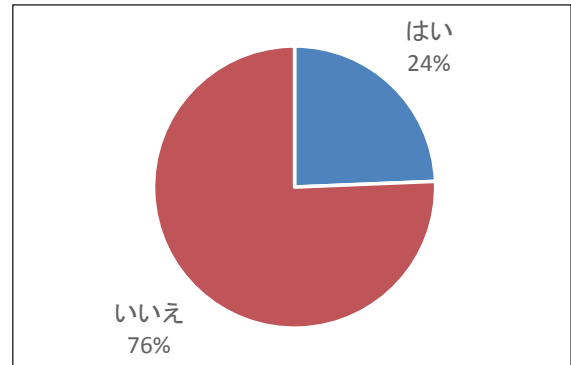


救急救命士

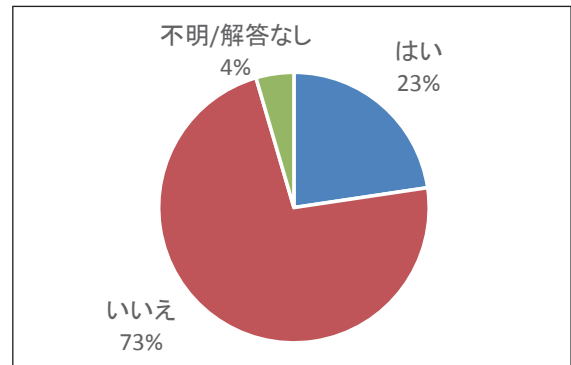


救急隊員

質問⑱ あなたの地域でのDNAR傷病者について取り決めがあるか

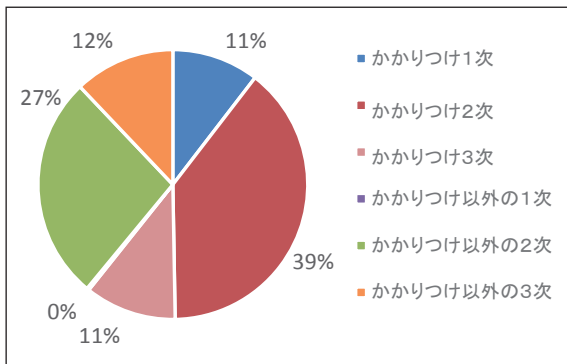


救急救命士

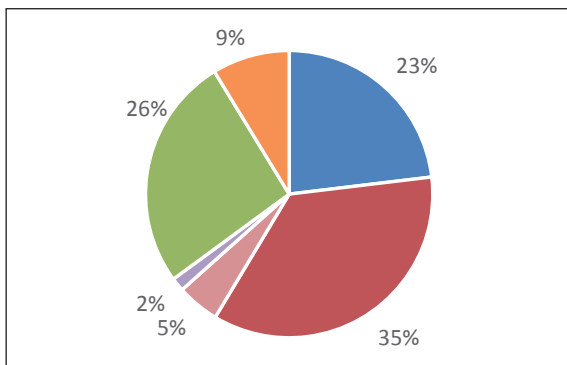


救急隊員

質問⑱ DNAR傷病者の受け入れ先医療機関

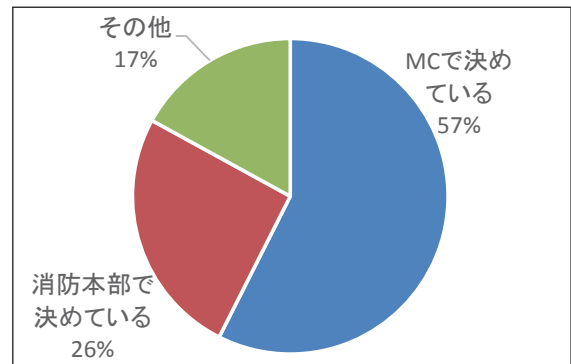


救急救命士

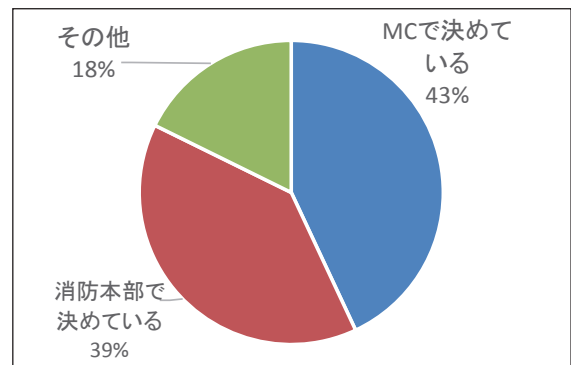


救急隊員

質問⑳ 誰が決めしているか



救急救命士



救急隊員

DNAR傷病者については扱いの取り決めがないところが約4分の3にも上っていたが、それに対し困難と感じていない人が56%で、困難と感じている人37%を上回った（質問⑰）。

救急隊員では困難と感じていない人がさらに多く76%で、困難と感じている人は16%に過ぎなかった。

受け入れ先病院はかかりつけ2次病院が最も多く、①救急救命士では次いでかかりつけでない2次病院となっていた。しかしながら、DNARでありながら3次病院に運んでいるところも23%（②救急隊員では14%）あった（質問⑱）。

DNARについて取り決めのあるところについては、①救急救命士の回答はMC（メディカルコントロール）協議会で決めているところは57%、消防本部で決めているところは26%②救急隊員の回答はMC協議会で決めているところは43%、消防本部で決めているところは39%であった（質問⑳）。

質問㉑ CPAでの搬送事例での対応困難事案を教えてください（自由記載）

①救急救命士

- ・CPAの受け入れ先、特にDNARは受け入れ先が容易でないことがある 18人
- ・CPAの傷病者は3次病院に連れて行ってくれと2次病院に言われる 3人
- ・福祉施設のDNARの患者を総合病院へ搬送したところ、蘇生処置の必要のない患者を搬送してくるのはおかしい、と叱責され配置医師が看取るべきだといわれた 14人
- ・明らかに死亡していても社会死以外は搬送の義務がある 3人
- ・家族間で救命処置や特定行為をするかしないかで意見が分かれる場合がある 5人
- ・施設に家族の方針が伝わっていなかった 4人
- ・DNAR指示が施設職員の口頭のみで確認もないのに救命処置を止められた 4人

②救急隊員

- ・かかりつけ医と連絡が取れなかった
- ・DNARの傷病者であったが、家族が急に助けて

あげてくださいと言われた

- ・家族が混乱しており、情報提供がない
- ・施設の職員が自分の担当以外理解していない事が多い
- ・不確かな情報が錯綜し、活動方針が打ち出せなかった
- ・説得に時間を要し、現場滞在が長くなった

質問㉒ DNAR傷病者に対して工夫している取り組みがあればお願いします（自由記載）

①救急救命士

- ・救急要請があったということは救命の意思があったとして活動している
- ・DNARであっても救急要請があった時点でDNARでないと判断している
- ・高齢者福祉施設への「救急要請ガイドライン」を配布し協力を依頼している
- ・高齢者福祉施設ではDNARの確認を行い判明すればBLSのみで搬送している

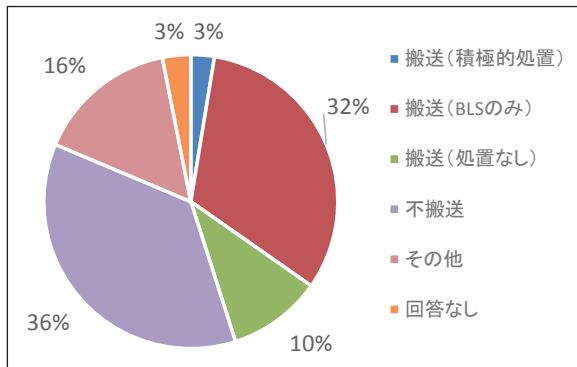
②救急隊員

- ・DNARの意思があっても、通常通り搬送すると消防本部で決めている
- ・DNARの意志がある傷病者であっても、救急要請され、死体現象がない場合はBLSを行いながら搬送する
- ・救急隊の判断での蘇生中止はせず、BLSを行い搬送するようにしている
- ・かかりつけ医に確認して対応を決定する
- ・かかりつけ医に相談し、指示が出るまでは蘇生を続けている
- ・救急要請されている時点で、家族は少なからず救命を求めているとの理由から、原則、搬送
- ・老人福祉施設に対して、入居者の情報シートを活用している署がある

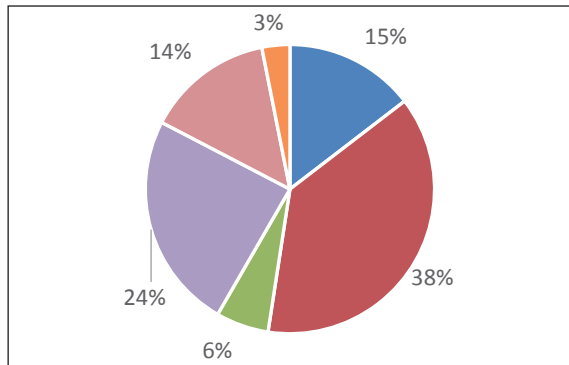
CPAの受け入れ先、特にDNARは受け入れ先が容易でないことを経験している救命士の数は多かった。また、かかりつけ医への相談、情報の確認を容易にすることなどが求められている。

質問⑳ あなたの地域でDNAR傷病者に対する地域MCでの取り決めが、「CPA患者においてDNAR事前指示書（書面）がある場合、傷病者CPA時、搬送・不搬送の判断を救急隊で決めることが可能」としている時、次の事案で出動した、現場でのあなたの行動にチェックしてください。（すべての設問において家族のICを取得可能とします）

質問㉑-1 DNAR事前指示書のある70歳男性が自宅の布団の上で息を引き取った

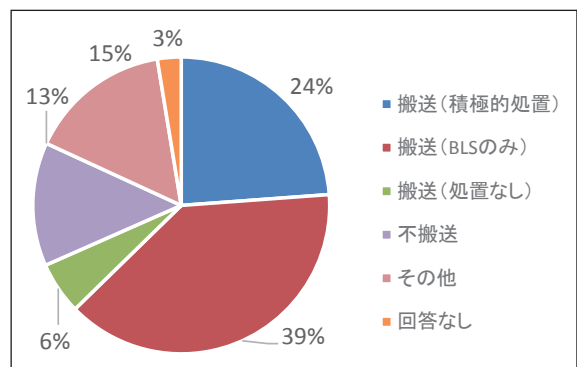


救急救命士

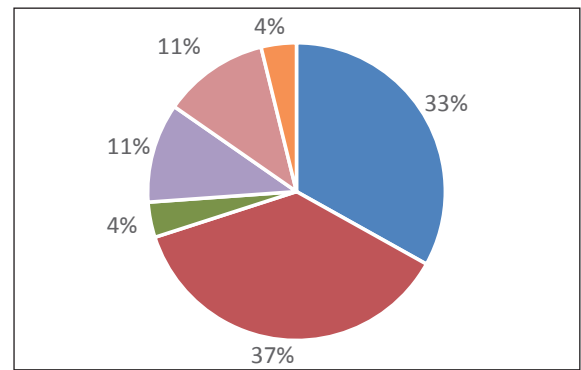


救急隊員

質問㉑-2 DNAR事前指示書のある70歳男性が自宅のトイレの前で急に倒れた

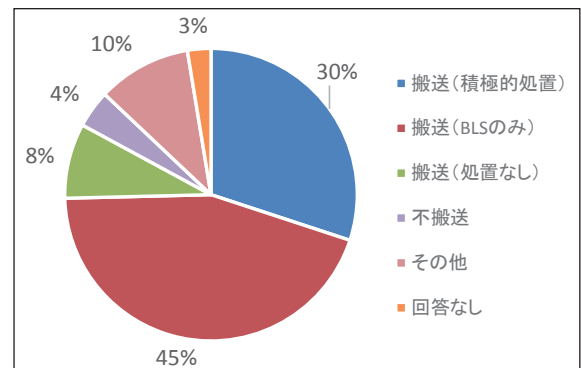


救急救命士

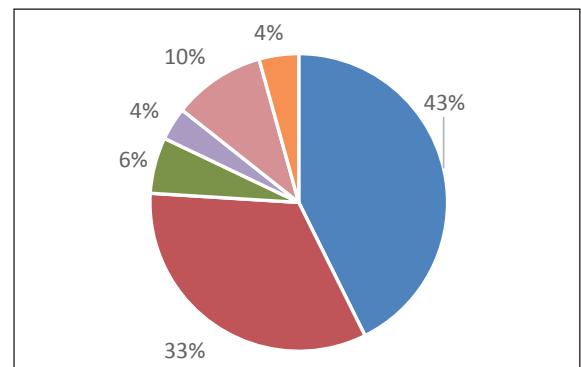


救急隊員

質問㉑-3 DNAR事前指示書のある70歳男性がスーパーのレジの前で倒れた

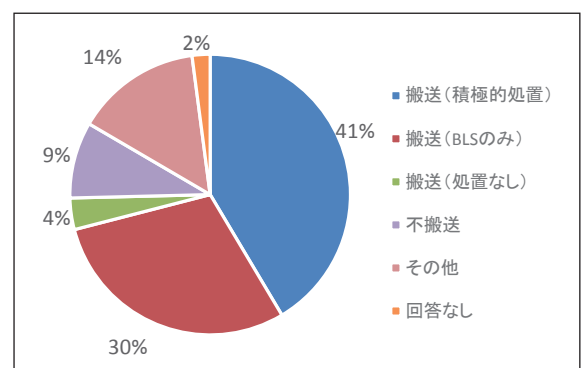


救急救命士

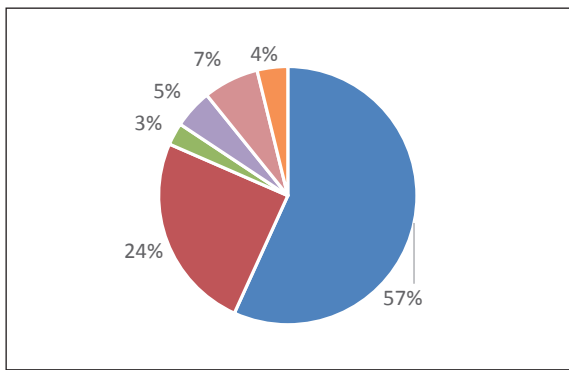


救急隊員

質問㉑-4 DNAR事前指示書のある70歳男性が自宅で食事中に窒息した

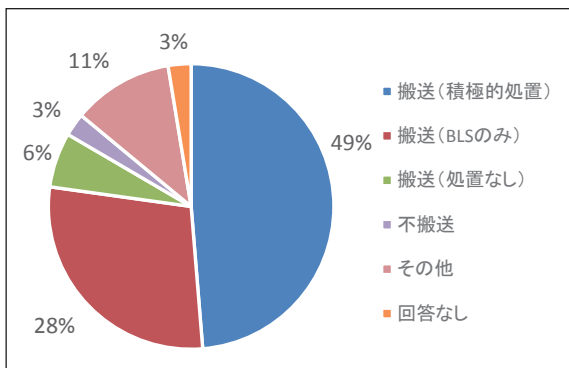


救急救命士

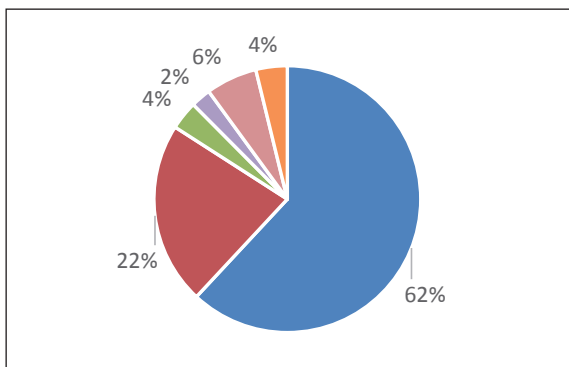


救急隊員

質問③-5 DNAR事前指示書のある70歳男性がレストランで食事中に窒息した



救急救命士



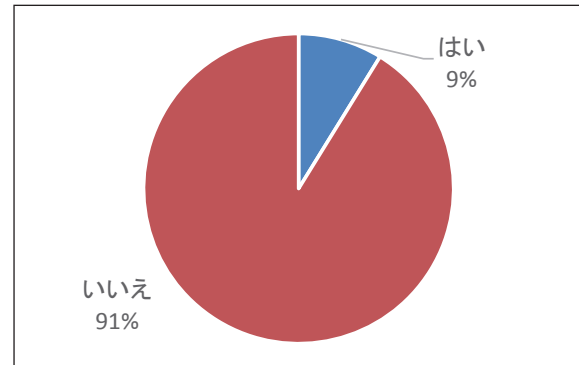
救急隊員

経験年数が豊かで現場経験の多い救急救命士と少ない救急隊員の間では積極的処置を行うという意見の数に乖離がみられた。救急隊員の方が質問③-1から③-5のどの状態でも積極的処置をとると答えた数は、救急救命士のそれより多かった。DNAR事前指示書がある傷病者が心肺停止時、搬送・不搬送の判断を救急隊で決めることが可能であれば、自宅布団の上での心肺停止ならば処置なしと不搬送という回答が、救急救命士では46%であった。その場合積極的処置をすると答えたものは3%で救急隊員の15%に比べ格段に少な

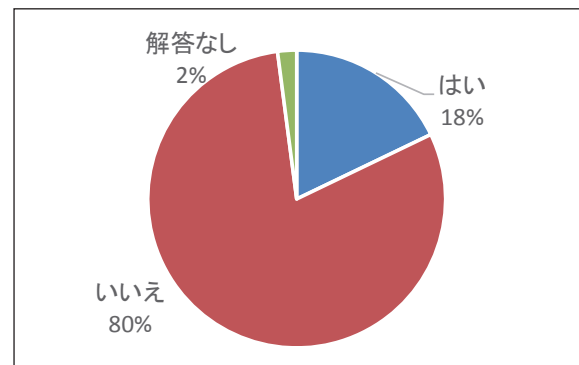
かった。しかしながらスーパーのレジ前で倒れたときでも12%は処置なし不搬送と答えた。

④高齢者福祉施設における応急手当の充実化について

質問① 高齢者福祉施設での応急手当は充実していると思うか



救急救命士

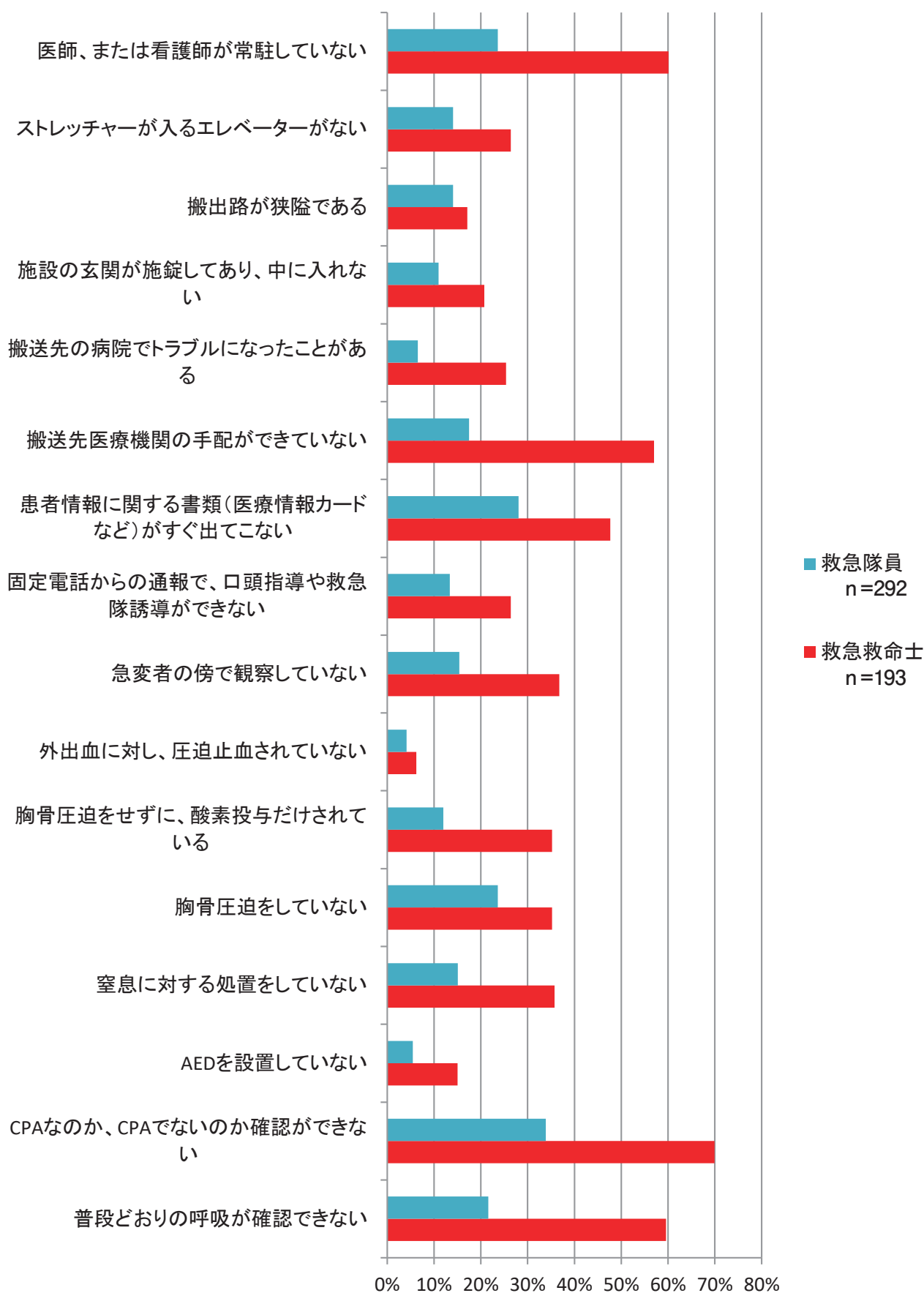


救急隊員

高齢者福祉施設での応急手当については救急救命士で91%、救急隊員では80%が充実していると思っていなかった(質問①)。

不足している点は、情報提供手段、搬送先病院、傷病者の観察・応急処置としたものが多かった。また医師か看護師の常駐を望む意見も多かった(質問②)。

質問② 施設の応急手当で不足している点は次のうちの点だと思いませんか。(複数回答可)



質問③ 高齢者福祉施設について今後改善すべき点はどこだと思いますか。(自由記載)

①救急救命士

- ・夜間の職員数が少ない
- ・状況を知っている人は同乗してほしい 2人
- ・かかりつけ医との連携 6人
- ・看取りを充実させるべき 3人
- ・病院との急変時の対応について詳細のすり合わせ 3人
- ・状態が悪くなる前の早期通報・外来受診 2人
- ・スタッフの救命に対する知識と技術の向上、応急手当の充実 18人
- ・重症（CPA含む）以外は施設の搬送車で病院に行くようにする 5人
- ・提携病院を必ず指定し病院も必ず受け入れること 7人
- ・DNARの管理、傷病者情報の更新・共有 19人
- ・消防、医療機関（MC）、市や県と一緒に確認し現状を共有できるようにすること 2人

②救急隊員

- ・入居者に対しての職員数が不足しているため、急変対応を一人で行うには無理があると感じる
- ・福祉施設に応急手当普及員（リーダー）を最低1名は義務付ける 8人
- ・定期的な救命講習、応急手当の練習 21人
- ・情報の提供 6人
- ・観察の仕方の訓練 2人

4. 考察

高齢化社会が進むにつれ、救急搬送件数は増加し特に高齢者の搬送は増え続けている。高齢化社会は大量に死亡を迎える時代でもある。救急出動における高齢者の死亡（初診時診断）搬送件数は年々増加し、平成元年と比べると平成25年は3倍以上となっている¹⁾。

今回の救急救命士を対象としたアンケートでも80%の回答者がDNAR事案に出動しており、それも複数回であることが分かった。その中でDNARの意思のある傷病者での心肺停止事案の取り扱いについて次のような問題が見えてきた。

1) 救急業務実施基準に基づく活動と問題点

まず1番に問題となるのは、救急隊の救急業務実施基準にはDNARが考えられていないことである。救急業務実施基準により、救急隊は救急要請された際には、出動及び搬送義務があり救命処置を行いながら搬送している。わが国の救急医療システムにおいて救急隊員が担当するのは、医療機関への搬送（応急手当を含む）だけで、あとは医師が診察・治療を行うことになっている。また明らかに死亡している場合を除いて救急隊員は死亡判定ができない。死亡判定ができるのは医師だけである。救急業務において救急隊員は救命処置を行うことが仕事であって、それを自己判断で中断することはできない²⁾。家族は気が動転して救急車を呼んでしまったものの心肺蘇生をしているのを見てDNARだったことを告げ、蘇生中止を訴えることも少なくない。しかしながら、蘇生の中断は医師でなければ判断できないので蘇生を中止することもできず、また不搬送という選択もできず病院搬送となる。本来DNARは本人の意思であるが、その判断は家族の影響を受けやすく、いざ心肺停止となると考えが変わったり、家族内で意見が分かれていたり、後から出てきた家族から非難されることもあるので、規則に則って行動している事が多い。このようにDNARを短時間で確認することは非常に難しい。

社会的問題が絡んだ蘇生拒否という概念を、現時点で救急活動に持ち込むことは傷病者の生命身体の危険を回避するという救急業務の性質をまぎらわしくさせ、救急現場における対応を混乱させることになる²⁾。それゆえに救急隊は、救急業務実施基準に則り、蘇生処置をやらないで訴えられることはあってもやって訴えられることはないという考えで活動せざるを得ない。また自宅での事案であると、かかりつけ医と連絡が取れない、かかりつけ医が到着するまで放置しては帰れず、3時間待たされたという回答もあった。

2) 心肺停止時の搬送先選定の問題点

2番目の問題点は、救急隊はDNAR希望の心肺

停止傷病者の受け入れ先病院を探すことに難渋しているということである。搬送選定の際に医療機関側は「『DNAR』なのになぜ搬送するのか」という反応をし、選定に時間がかかることが多い。

また、心肺停止症例であれば2次病院で拒否され3次病院に連れていけという地域も見られ、質問18)に示したように搬送先として3次の救命センターに運ぶ場合がある。今回の結果ではおよそ23%にのぼった。このことは3次の救命センターでなければ治療できない傷病者の受け入れを狭めることになる。

夜間のDNAR心肺停止事案においては、事前にDNARが判明していても、施設担当医師でなく救急隊を呼ぶようになってきている高齢者施設が多数ある。しかしながら、名目上の提携病院があっても受け入れてもらえないことも多いなどの回答があがっている。また傷病者情報がすぐに出こない、DNARであることの証明が施設の職員の口頭のみで押し通そうとされることもあり、DNARと判断するのに何が必要なのかはっきりしていないことも、現場の混乱を招いている。

これらは傷病者本人、関係家族、救急隊、医療機関の誰にとっても不幸なことである。かかりつけ医、施設配置医師などの看取り医師の体制を整えること、またそれらの医師が看取りできないときの受け入れ先病院の提携体制の確立と、DNAR制度の明確化の必要性が窺われた。

3) 看取りのしくみの必要性について

かかりつけ医の確立により自宅や高齢者福祉施設などの場所での看取りができるようにするしくみが必要である^{3) 4)}。自宅や高齢者福祉施設で看取りができない場合は、提携医療機関を指定して看取りだけの傷病者も受け入れてもらえる制度の整備が必要である。

日本医師会の救急災害医療対策委員会報告書にも「終末期を迎えた高齢患者の心停止事例への対応については国民全体で考えていかななくてはならないテーマである」とした上で、「高齢者の場合特に介護施設からの搬送例は必ずいるはずのか

かりつけ医が一時的に診ることが重要と考えられる。終末期の高齢患者を介護施設等から医療機関への搬送希望がある場合は、できるだけ二次救急医療機関や有床診療所が受け入れるようにすべきである。」と述べられている。

蘇生中止の判断や死亡判定は現行では救急隊は行えないのであるから、かかりつけ医、配置医師、または提携している搬送先病院の医師の介在が適正な救急車利用にもかかわってくる。

4) DNAR事前指示書の整備について

本人の意思を尊重したやり方で、DNAR事前指示書の整備を検討する必要があるだろう。意思表示は誰に言っておくかを明らかにして統一文書化し、かかりつけ医に示しておき、すぐに確認できるシステムが必要である。

DNARは本人の意思であるが、認知症の傷病者では本人の意思の確認ができない。いつDNARの意思をとるかという問題もある。また、本人ではなく家族の希望が優先されてしまうことがある。そして誰までが家族なのかも定まっていない。また心臓だけが動いている延命措置と蘇生処置を混同している場合がある。

現代は、助からないと分かっているときでも人生の最後を安らかに迎えたいという希望が尊重されない社会になっている。DNAR事前指示書については、諸問題はあるが社会意識の普及とかかりつけ医との共同による確認しやすい共通文書化への検討が望まれる。

5. 結語

1. DNARにはほとんどの救急救命士が複数回遭遇している。
2. 発生場所はいわゆる「看取りの場所」である。
3. DNARであることが分かるのは現場活動時以降である。つまりDNARであっても救急車を呼んでいる。
4. 救急隊の救命処置は止められない。
 - ①救急業務実施基準による活動であるため。
 - ②DNARの意思が伝わらない

- ア) 本人の中に留まっている
- イ) 家族の中に留まっている
- ウ) かかりつけ医の中に留まっている
- エ) 法的な問題

5. DNAR傷病者は搬送先病院に難渋している。

6. 今後行っていく事としては

- ①看取りの場所で医師の介在の元、看取られるようにすること。搬送病院の担保
- ②DNARという本人意思の表面化
社会意識の普及とかかりつけ医との共同による確認しやすい共通文書化
- ③救急業務実施基準の見直し

があげられる。

終末期を迎えた高齢者の心停止事例への対応については、傷病者本人の意思を尊重したやり方で、国民全体で考えていかななくてはならない問題である。

6. 文献

- 1) 平成26年版救急救助の現況；平成26年度救急業務に関するあり方検討会報告書P25)
- 2) 丸山富雄 救急現場活動における法的判断～救急事例から紛争防止を考える
近代消防社 平成26年2月
- 3) 伊藤重彦ほか 北九州市における高齢者救急の現状と問題点～とくに介護施設からの搬送事案について
日本臨床救急医学会雑誌2016；19：7-12
- 4) 長尾和宏：救急車を呼ばない選択肢―看取り搬送を未然に防ぐ取り組み
プレホスピタル・ケア2016；5：26-31

7. 利益相反

開示すべき事項なし

DNARを希望する高齢者の救急搬送における、 政令市北九州市と中核市下関市の救急隊員への意識調査と両市の比較検討

研究報告者 野村 修

竹中 ゆかり、田邊 晴山、日野 俊昭、村上 哲也、木原 健雄

1. 背景と目的

近年の高齢化が加速する中、全国的に年々救急件数が増加しており、平成27年中の救急自動車による救急出動件数は605万1,168件（対前年比6万6,247件増、1.1%増）、搬送人員は546万5,879人（対前年比5万9,962人増、1.1%増）で救急出動件数、搬送人員とともに過去最多を記録した。そのため、救急出動件数増加に対する救急需要対策の一環として、高齢者救急搬送の適正化及びDNAR（Do Not Attempt Resuscitation）の意思表示のある傷病者に対する対応基準の制度作りが急務であるため、病院前救護を担う救急隊員の活動基準を標準化することで、救急増加対策の歯止めになることを期待するものである。本項では、高齢化が進む政令市北九州市、中核市下関市の両市の救急隊員に対して、DNARに関する意識調査を実施し、両市で比較検討したので、報告する。

2. 研究方法

(1) 調査対象地域

北九州市（政令市）：人口95万5967人
（平成28年12月1日現在）

消防職員 973人

保有救急車 25台（内4台は予備）

下関市（中核市）：人口26万9699人
（平成28年12月1日現在）

消防職員 322人

保有救急車 13台（内3台は予備）

(2) 調査期間

平成28年8月～9月の一ヶ月間

今回、人口構成比及びMC（メディカルコントロール）体制の異なる地域のうち、全国的にも高い高齢化率である北九州市消防局の消防職員213人と下関市消防局の救急隊員155人、合計368人を対象にDNAR対応に関するアンケート調査（地域における傾向調査）を実施した。アンケートの回答者は救急救命士資格を有する救急隊員及びその他の救急隊員資格を有する救急隊員とした。

アンケートは

①共通項目（9項目）

②救急救命士資格を有する救急隊員（30項目）

③その他の救急隊員資格を有する救急隊員（29項目）

で実施し、共通項目、救急隊員資格別の有無に分けて集計、検討した。

3. アンケート調査結果

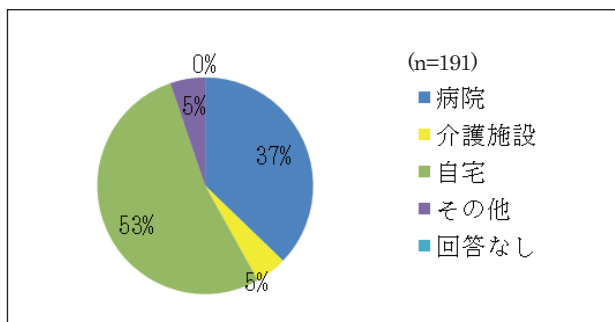
北九州市消防局の消防職員208人（救急救命士129人、救急救命士以外79人）、下関市消防局の消防職員155人（救急救命士60人、救急救命士以外95人）、合計363人から回答を得て、回収率は98.8%であった。今回、政令市である北九州市消防局と中核市である下関市消防局の消防職員からの回答についてDNAR等の意識の差について比較調査した結果を以下に示す。

4. 共通編

質問1 自分の死が近いときどこで迎えたいか？

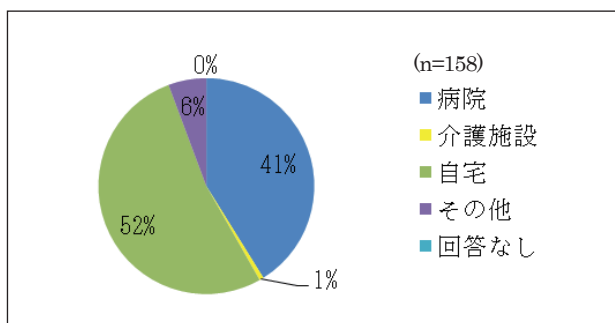
1 自分の死が近いときどこで迎えたいかの質問に対して、「自宅」が北九州市は「53%」、下関市は「52%」で共に「自宅」が最も多く、次いで「病院」という結果となった。

病院：71件 介護施設：9件 自宅：101件
 その他：10件 回答なし：0件



北九州市

病院：65件 介護施設：1件 自宅：83件
 その他：9件 回答なし：0件

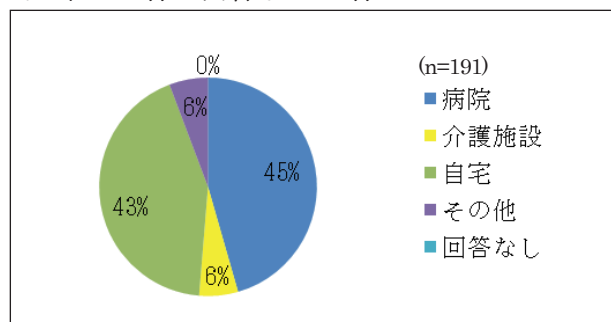


下関市

質問2 自分の家族の臨終をどこで看取りたいか？

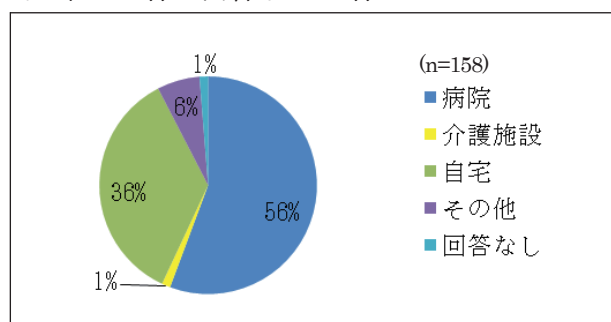
2 自分の家族の臨終をどこで迎えたいかの質問に対して、「病院」が北九州市は「45%」、下関市は「56%」で最も多く、次いで「自宅」という結果となった。

病院：87件 介護施設：11件 自宅：82件
 その他：11件 回答なし：0件



北九州市

病院：88件 介護施設：2件 自宅：56件
 その他：10件 回答なし：2件

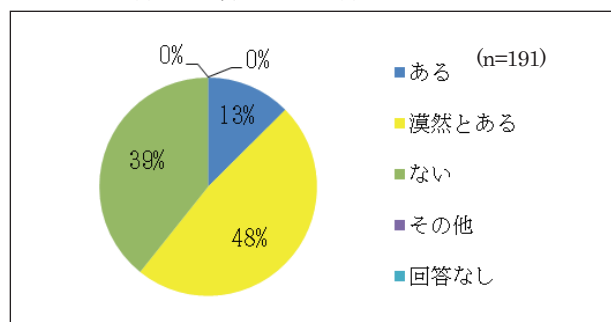


下関市

質問3 DNAR等について話し合ったことがあるか？

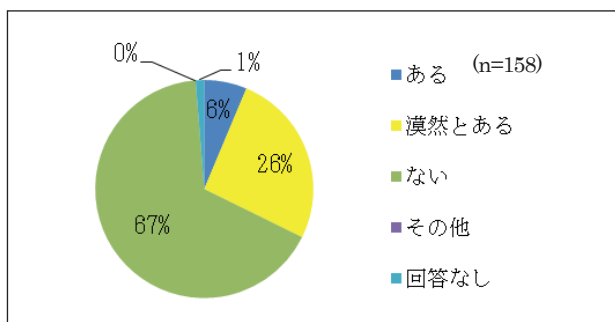
3 DNARについて話し合ったことがあるかの質問に対して、北九州市は「話し合ったことがある」と「漠然と話し合ったことがある」を合わせて「61%」に対し、下関市は「話し合ったことがない」が最も多く、「67%」という結果となった。

ある：24件 漠然とある：92件 ない：75件
 その他：0件 回答なし：0件



北九州市

ある：10件 漠然とある：41件 ない：105件
 その他：0件 回答なし：2件

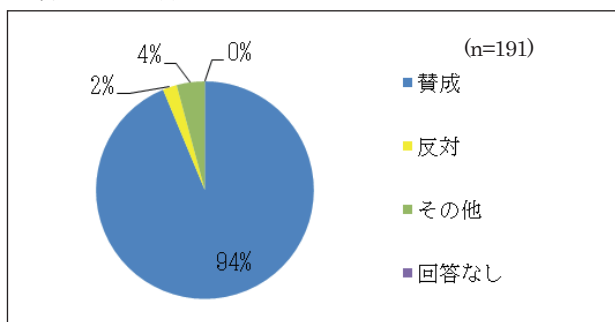


下関市

質問4 DNAR等書類事前作成に賛成か？

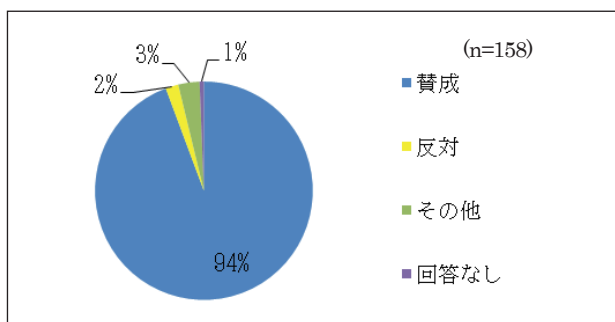
4 DNAR等書類事前作成に賛成かの質問に対して、北九州市、下関市共に「賛成」が「94%」という結果となった。

賛成：179件 反対：4件 その他：8件
 回答なし：0件



北九州市

賛成：149件 反対：3件 その他：5件
 回答なし：1件

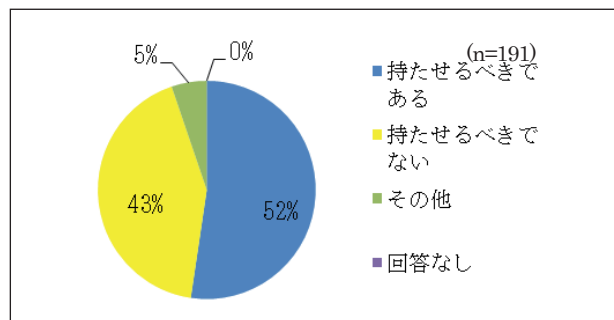


下関市

質問5 DNAR書類に法的拘束力を持たせるべきか？

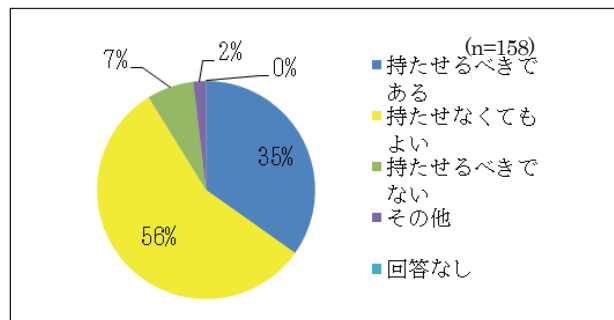
5 DNAR書類に法的拘束力をもたせるべきかの質問に対して、北九州市は「持たせるべき」が「52%」と最も多く、下関市では「持たせなくともよい」が「56%」で最も多いという結果となった。

持たせるべき：100件
 持たせるべきでない：81件
 その他：10件 回答なし：0件



北九州市

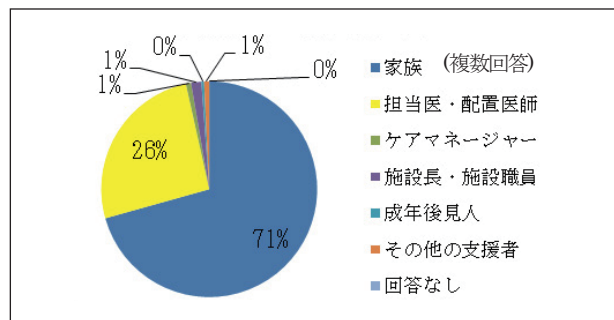
持たせるべき：55件
 持たせなくともよい：89件
 持たせるべきではない：11件
 その他：3件 回答なし：0件



下関市

質問6 死期が近い時の最終決定者は誰が希望か？

6 死期が近いときの最終決定者は誰が希望かの質問に対して、北九州市は「家族」が「71%」で最も多く、次いで「担当医・配置医師」が「26%」に対して、下関市では「家族」が「51%」で「担当医」は「3%」、また、「家族・医師」が「40%」という結果となった。
 家族：183件 担当医：67件 ケアマネ：2件
 施設職員：4件 後見人：1件 その他：2件
 回答なし：0件



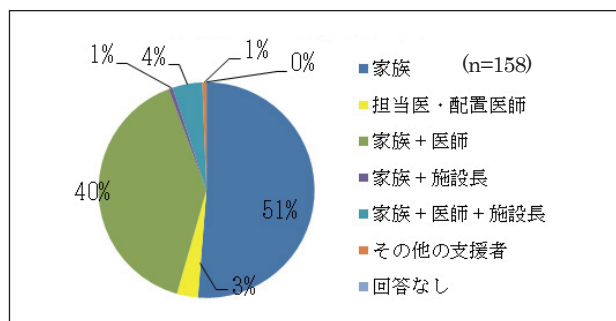
北九州市

家族：81件 担当医：5件

家族+医師：63件 家族+施設長：1件

家族+医師+施設長：7件 その他：1件

回答なし：0件



下関市

7 回答者の背景

地域		年齢						未回答
		30歳未満	30～34歳	35～39歳	40～44歳	45～49歳	50歳以上	
北九州	救命士	16	13	18	24	19	38	1
	救命士以外	37	11	11	11	1	8	0
下関	救命士	6	14	11	14	8	5	2
	救命士以外	70	10	3	1	2	9	2

経験年数

		地域	4年未満	5～9年	10～14年	15～19年	20年以上	未回答
救急隊 (救命士)	北九州市		11	22	32	26	40	1
	下関市		1	13	19	7	17	3
救命士 以外	北九州市		53	17	7	1	1	0
	下関市		42	37	3	2	9	2
救命士	北九州市		30	22	41	25	12	2
	下関市		7	22	19	6	4	2
救急隊長 (救命士)	北九州市		43	21	11	10	1	1
	下関市		13	22	11	5	3	2
救命士 以外	北九州市		33	5	1	0	0	0
	下関市		14	5	1	2	2	2

8 男女比

地域		性別		未回答
		男	女	
北九州	救命士	122	6	1
	救命士以外	74	5	0
下関	救命士	59	1	0
	救命士以外	93	2	0

5. 救急救命士編

質問1 DNAR事案に出動したことがあるか？

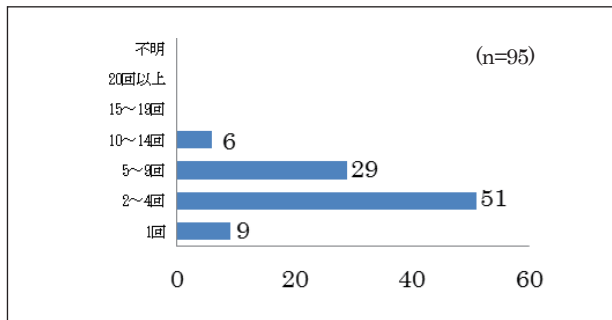
1 DNAR事案に出動したことがあるかの質問に対して、北九州市（n=129）は「はい」が111件（86%）、下関市（n=60）は40件（67%）でDNAR事案に出動した経験があり、人口に比例した結果となった。

質問2 DNAR事案におよそ何回くらい出動したか？

2 DNAR事案におよそ何回くらい出動したかとの質問に、北九州市は1回が9%、2～4回が51%、5～9回が29%、10回以上は6%であり、下関市でも同じような比率であることが分かり、複数回の経験があることが分かった。

1回：9件 2～4回：51件 5～9回：29件

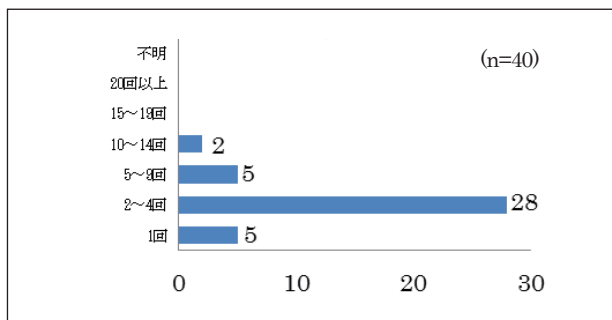
10～14回：6件 15回以上：0件



北九州市

1回：5件 2～4回：28件 5～9回：5件

10～14回：2件 15回以上：0件



下関市

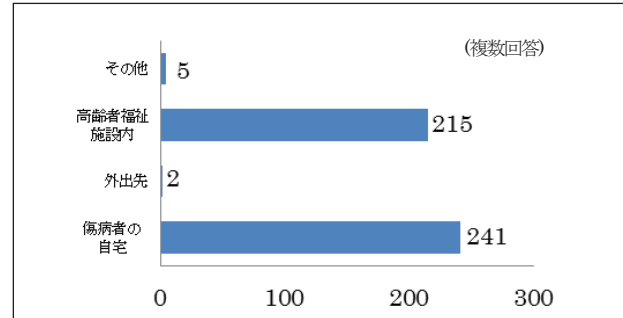
質問3 DNAR発生場所はどこであったか？

3 DNAR発生場所はどこであったかの質問（複数回答）では、北九州市では傷病者宅が241件、高齢者社会福祉施設内が215件、外出先が2件であり、下関市では、傷病者宅が83件、高齢者福祉施設が28件で、どちらも、傷病者宅

での発生場所が多いが、北九州市では、高齢者社会福祉施設内での発生もまた、多い結果となった。これは、施設数の違いによるものと思われる。

傷病者宅：241件 外出先：2件

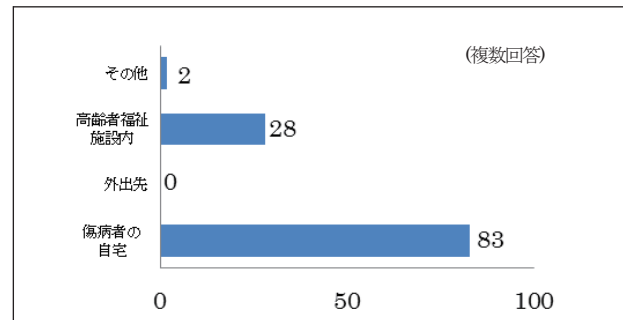
高齢者福祉施設：215件 その他：5件



北九州市

傷病者宅：83件 外出先：0件

高齢者福祉施設：28件 その他：2件

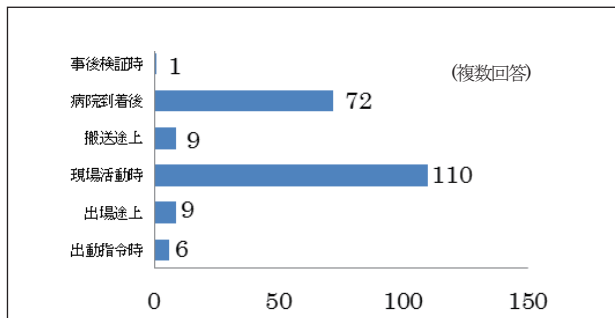


下関市

質問4 どの時点でDNARと判明したか？

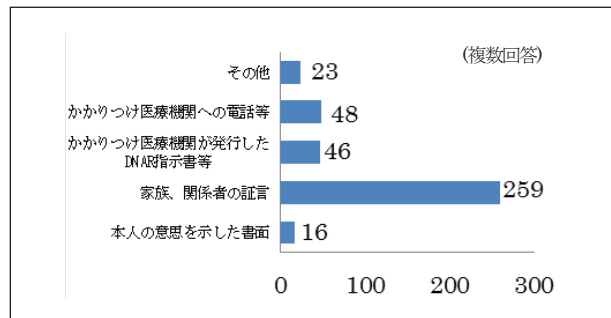
4 どの時点でDNARと判明したか（複数回答）の質問に対して、北九州市、下関市共に「現場活動時」が最も多い。このことは、救急隊は通報時や、出動時には当該救急事案の傷病者がDNARであることが分からないことの方が多いため、救急現場において、救急隊の活動方針が不明確になりまた、現場滞在時間の延長につながることで、他の救急事案への対応の遅れが危惧される。

出動指令時：6件 出動途中：9件
 現場活動時：110件 搬送途中：9件
 病院到着後：72件 事後検証時：1件



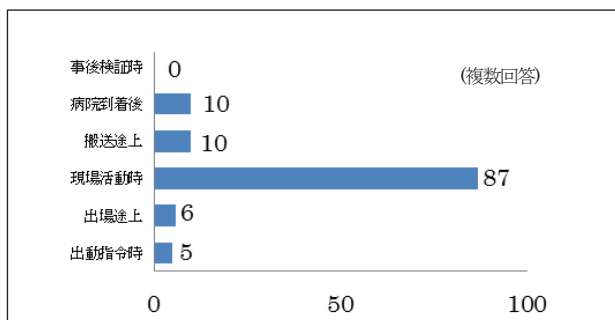
北九州市

本人意思の書面：16件 家族等の証言：259件
 DNAR事前指示書：46件
 かかりつけ医への電話：48件 その他：23件



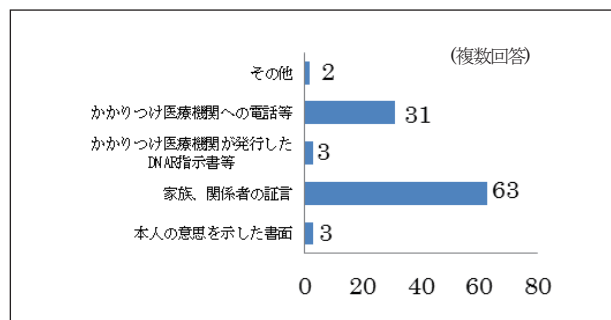
北九州市

出動指令時：5件 出動途中：6件
 現場活動時：87件 搬送途中：10件
 病院到着後：10件 事後検証時：0件



下関市

本人意思の書面：3件 家族等の証言：63件
 DNAR事前指示書：3件
 かかりつけ医への電話：31件 その他：2件



下関市

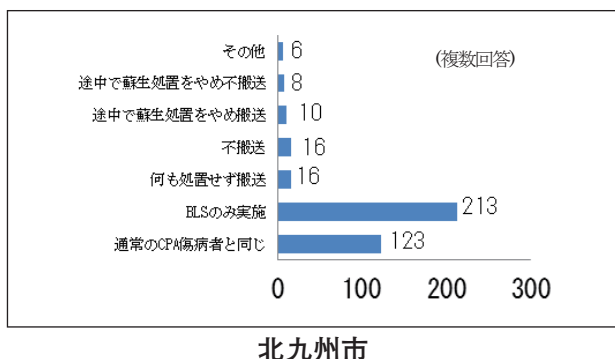
質問5 DNAR確認の情報元は？

5 DNAR確認の情報元は（複数回答）との質問に対して、北九州市、下関市共に「家族、関係者の証言」が最も多く、次いで「かかりつけ医への連絡」となっている。つまり、ほとんどの救急出動で、DNARの情報が得られないまま活動を行っている。また、「本人の意思を示した書面」は、北九州市では16件、下関市では3件と少ない結果になっている。

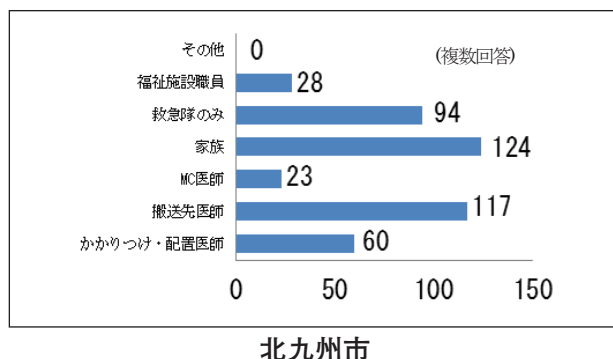
質問6 DNAR時にとった対応は？

6 DNAR時にとった対応は（複数回答）との質問に対して、北九州市は213件、下関市は56件と両市共に「BLSのみ実施」が最も多く、次いで、北九州市は「通常のCPA傷病者と同じ」が多いが、一方、下関市は「処置を中止し搬送」が多い。これは、救命士の救急業務に対する根拠法令の認識の相違ではないかと思われる。また、最終的に不搬送としたのは、北九州市では24件、下関市では10件にすぎなかった。

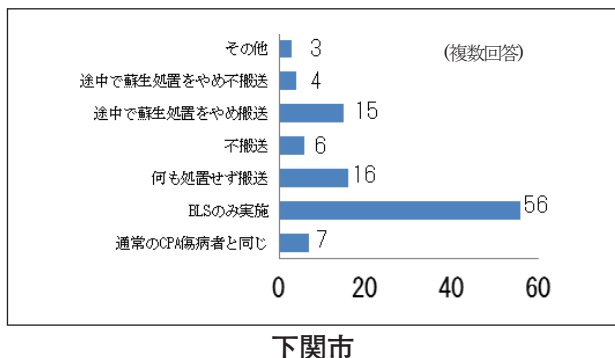
通常と同じ：123件 BLSのみ：213件
 未処置：16件 不搬送：16件
 途中で蘇生処置をやめ搬送：10件
 途中で蘇生処置をやめ不搬送：8件 その他：6件



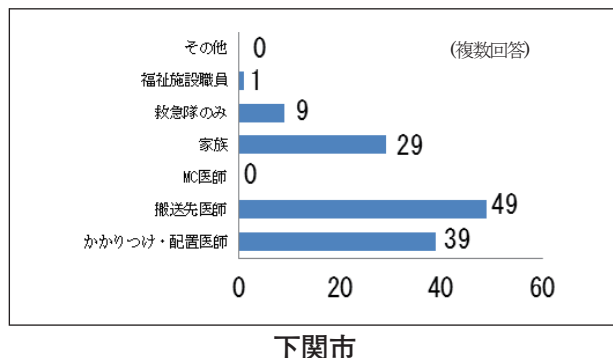
かかりつけ医：60件 搬送先医師：117件
 MC医師：23件 家族：124件
 救急隊のみ：94件 福祉施設職員：28件
 その他：0件



通常と同じ：7件 BLSのみ：56件
 未処置：16件 不搬送：6件
 途中で蘇生処置をやめ搬送：15件
 途中で蘇生処置をやめ不搬送：4件 その他：3件



かかりつけ医：39件 搬送先医師：49件
 MC医師：0件 家族：29件
 救急隊のみ：9件 福祉施設職員：1件
 その他：0件



質問7 DNAR時の相談相手は？

7 DNAR時の相談相手は（複数回答）の質問に対して、北九州市は「家族」が124件で最も多く、次いで「搬送先医師」が117件で「MC医師」は23件であるに対して、下関市は「搬送先医師」が49件で最も多く、次いで「かかりつけ医」が39件、「MC医師」にあっては、0件という結果であった。

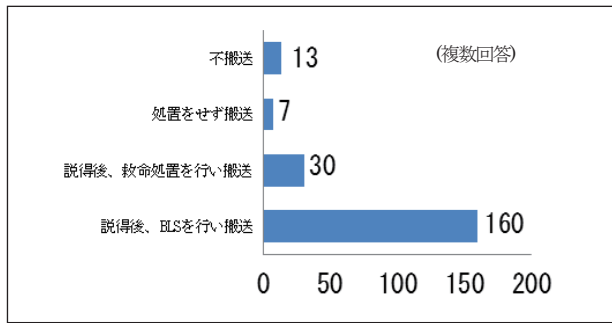
質問8 応急処置を拒否されたことがあるか？

8 応急処置を拒否されたことがあるかとの質問に対して、北九州市（n=129）は「ある」が53%で「ない」が47%、下関市（n=60）は「ある」が7%、「ない」が93%という結果で、政令市と中核市では大きく異なった結果となった。

質問9 蘇生拒否された後取った行動は？

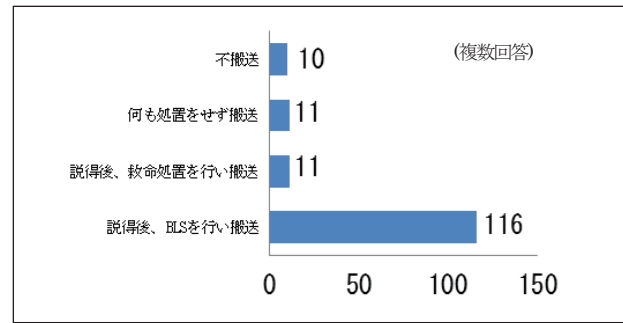
9 質問8では、「応急処置を拒否された」が北九州市では半数以上で、下関市は7%であったが、蘇生拒否された後取った行動は（複数回答）との質問に対して、北九州市、下関市共に「説得後BLSを行ない搬送」が最も多く、「処置をせず搬送」が北九州市では7件、下関市は0件という結果になった。

説得後BLS：160件 説得後救命処置：30件
処置をせず搬送：7件 不搬送：13件



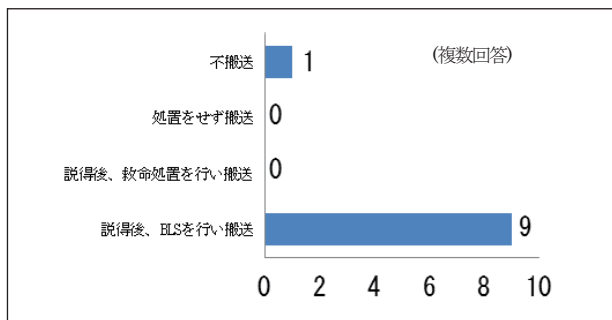
北九州市

説得後BLS：116件 説得後救命処置：11件
処置をせず搬送：11件 不搬送：10件



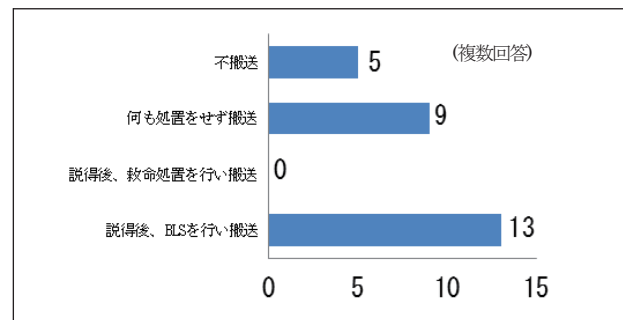
北九州市

説得後BLS：9件 説得後救命処置：0件
処置をせず搬送：0件 不搬送：1件



下関市

説得後BLS：13件 説得後救命処置：0件
処置をせず搬送：9件 不搬送：5件



下関市

質問10 DNAR傷病者で蘇生拒否されたことがあるか？

10 DNAR傷病者で蘇生拒否されたことがあるかとの質問に対して、北九州市 (n=128) は「ある」が38%、「ない」が62%、下関市 (n=60) は「ある」が23%、「ない」が77%という結果であった。

質問11 DNAR蘇生拒否後の対応は？

11 DNAR蘇生拒否後の対応は (複数回答) との質問に対して、北九州市、下関市共に「説得後BLSにて搬送」が最も多く、下関市では「処置せず搬送」が9件で二番目に多い結果となった。

質問12 DNARに対する考え方は？

12 DNARに対する考え方は (複数回答) との質問に対して、北九州市は、「BLSのみ」が64件、「通常と同じ」が27件に対して、下関市は「BLSのみ」が25件、次いで「分かった時点で蘇生中止」が13件という結果であった。

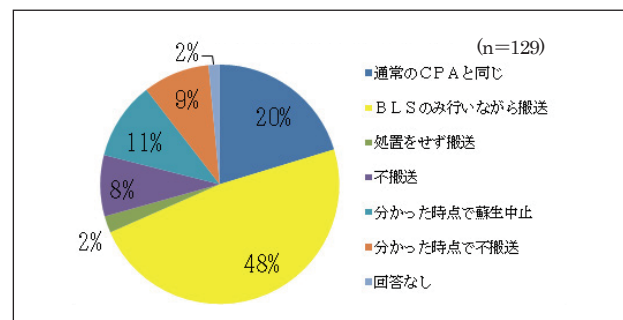
通常と同じ：27件 BLSのみ：64件

未処置：3件 不搬送：11件

分かった時点で蘇生中止：14件

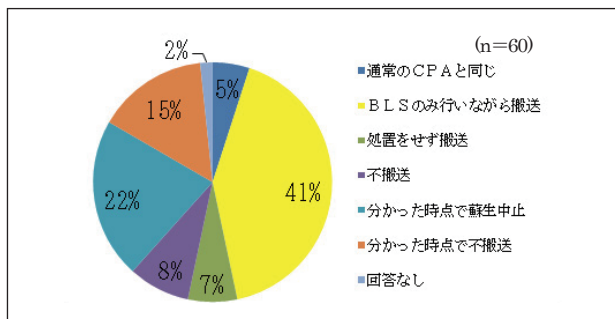
分かった時点で不搬送：12件

回答なし：2件



北九州市

通常と同じ：3件 BLSのみ：25件
 未処置：4件 不搬送：5件
 分かった時点で蘇生中止：13件
 分かった時点で不搬送：9件
 回答なし：1件

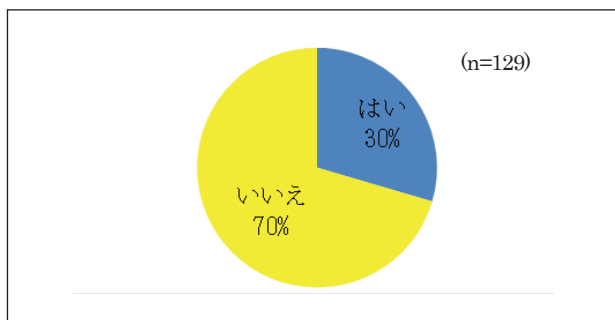


下関市

質問13 福祉施設等でDNAR確認をするか？

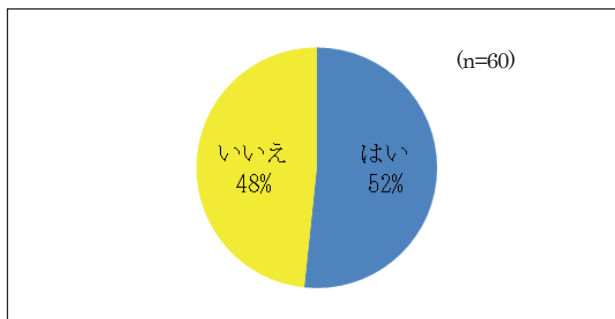
13 福祉施設等でDNARを確認するかとの質問では、北九州市は約1/4の30%が「はい」であるのに対して、下関市は「はい」は半数以上の52%で政令市と中核市では少し、異なった結果になった。

はい：39件 いいえ：93件



北九州市

はい：31件 いいえ：29件



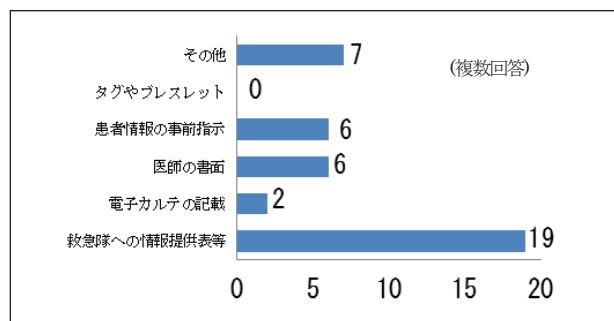
下関市

質問14 DNARの確認方法は？

14 DNARの確認方法は（複数回答）との質問では、北九州市、下関市共に「救急隊への情報

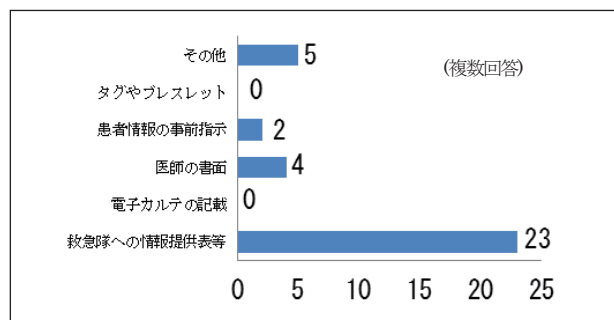
提供」が最も多い結果となった。

情報提供表：19件 電子カルテ：2件
 医師の書面：6件 DNAR事前指示書：6件
 その他：7件



北九州市

情報提供表：23件 電子カルテ：0件
 医師の書面：4件 DNAR事前指示書：2件
 その他：7件



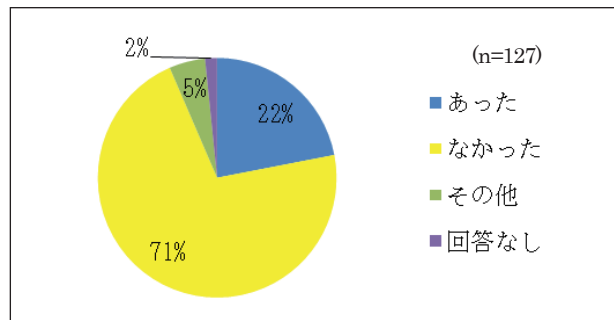
下関市

質問15 DNAR傷病者の搬送困難事案はあったか？

15 DNAR傷病者の搬送困難事案はあったかとの質問では、北九州市は「あった」が22%、「なかった」が71%であるのに対して、下関市は「あった」が8%、「なかった」が85%という結果であった。

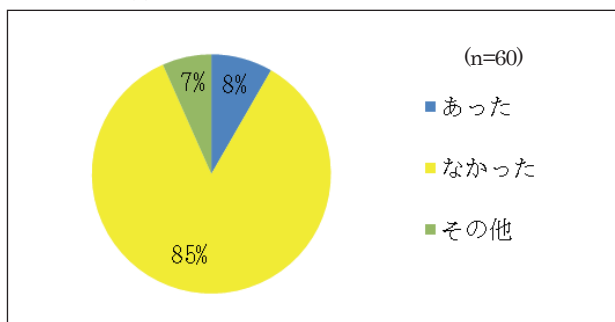
あった：27件 なかった：88件

その他：6件 回答なし：2件



北九州市

あった：5件 なかった：51件
 その他：4件

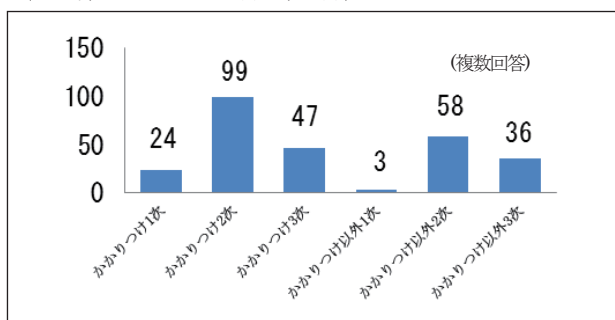


下関市

質問16 DNAR傷病者受入先医療機関は？

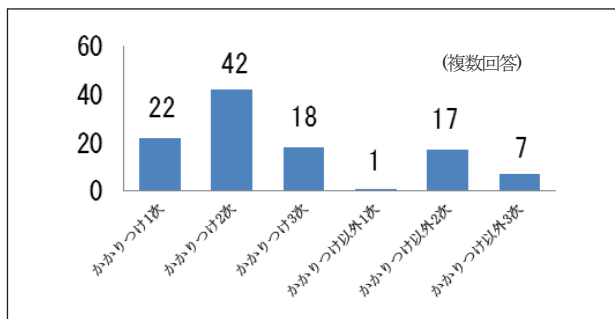
16 DNAR傷病者受入れ先医療機関は（複数回答）との質問では、北九州市は「かかりつけ2次」が、最も多く、次いで「かかりつけ3次」が多い。下関市は「かかりつけ2次」が最も多く、次いで「かかりつけ1次」が多い結果となった。

かかりつけ1次：24件（3件） 2次：99件（58件）
 （以外） 3次：47件（36件）



北九州市

かかりつけ1次：22件（1件） 2次：42件（17件）
 （以外） 3次：47件（7件）



下関市

質問17 DNAR傷病者についての取り決めは？

北九州市、下関市共に取り決めはありません。

質問18 誰が決めているか？

取り決めがないため、ありません。

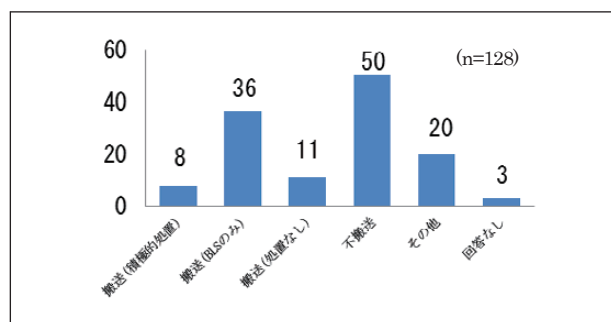
質問19 DNAR事前指示書のある70歳男性の傷病者に対する判断を救急隊が決めていい場合、傷病者に対する行動は？

19 DNAR事前指示書のある傷病者に対する判断を救急隊が決めていい場合、次の傷病者に対する行動について、次の5想定で質問した。

①自宅の布団でCPAでは、北九州市は「不搬送」が50件、次いで「BLSのみの搬送」が36件であるのに対して、下関市は「不搬送」が多いが、その他の意見にも分かれた。②自宅トイレ前でCPAでは、北九州市では「BLSのみの搬送」が最も多く、下関市は「その他」の次に「BLSのみの搬送」が多い③スーパーのレジの前でCPAでは、北九州市、下関市共に「BLSのみの搬送」が最も多い④食事中に窒息CPA⑤レストランで食事中窒息CPAでは、北九州市は、「積極的処置」及び「BLSのみの搬送」が多く、下関市は「積極的処置」が約半数を占めている。このことは、外出先や窒息事案では、何らかの救急処置を施行しながらの搬送が大半を占めていることとなった。

①自宅の布団でCPA

積極的処置：8件 BLSのみ：36件
 搬送のみ：11件 不搬送：50件
 その他：20件 回答なし：3件

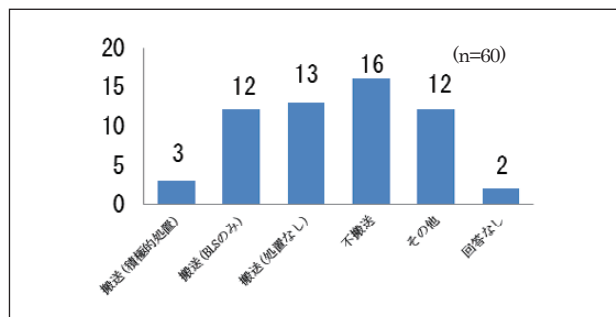


北九州市

積極的処置：3件 BLSのみ：12件

搬送のみ：13件 不搬送：16件

その他：12件 回答なし：2件



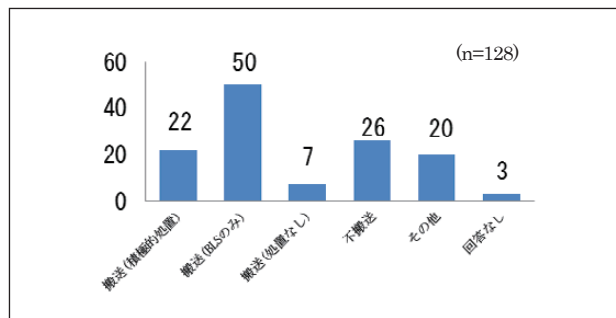
下関市

②自宅トイレ前でCPA

積極的搬送：22件 BLSのみ：50件

搬送のみ：7件 不搬送：26件

その他：20件 回答なし：3件

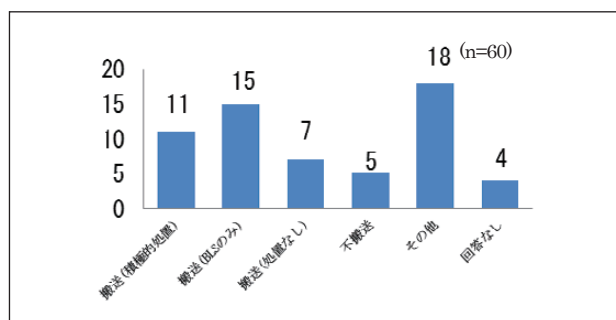


北九州市

積極的搬送：11件 BLSのみ：15件

搬送のみ：7件 不搬送：5件

その他：18件 回答なし：4件



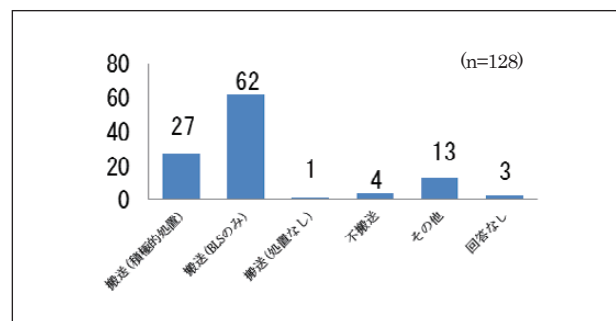
下関市

③スーパーのレジの前でCPA

積極的処置：27件 BLSのみ：62件

搬送のみ：19件 不搬送：4件

その他：13件 回答なし：3件

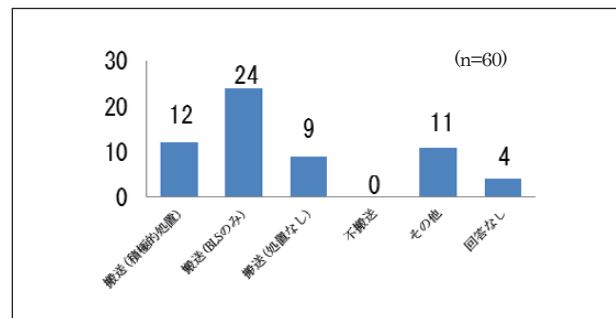


北九州市

積極的処置：12件 BLSのみ：24件

搬送のみ：9件 不搬送：0件

その他：11件 回答なし：4件



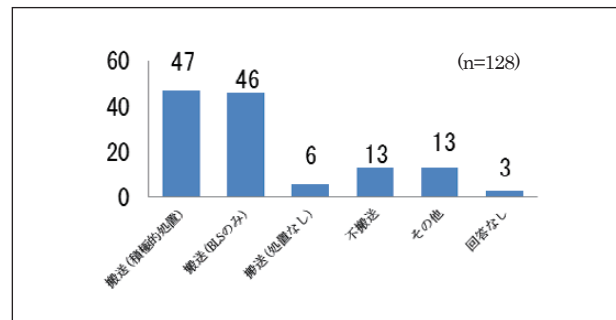
下関市

④食事中に窒息CPA

積極的搬送：47件 BLSのみ：46件

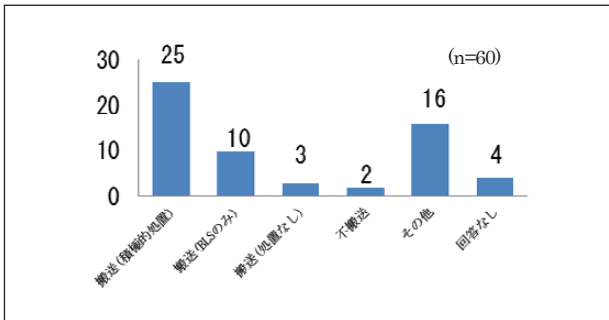
搬送のみ：6件 不搬送：13件

その他：13件 回答なし：3件



北九州市

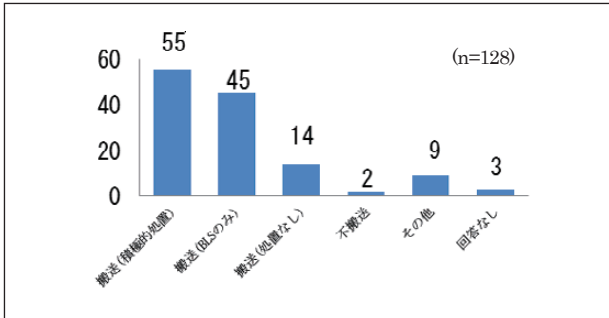
積極的搬送：25件 BLSのみ：10件
 搬送のみ：3件 不搬送：2件
 その他：16件 回答なし：4件



下関市

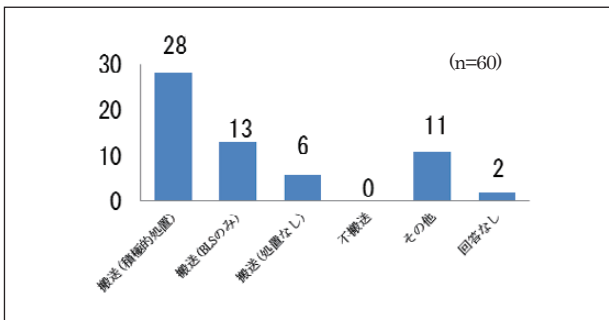
⑤レストランで食事中窒息CPA

積極的処置：55件 BLSのみ：45件
 搬送のみ：14件 不搬送：2件
 その他：9件 回答なし：3件



北九州市

積極的処置：28件 BLSのみ：13件
 搬送のみ：6件 不搬送：0件
 その他：11件 回答なし：2件

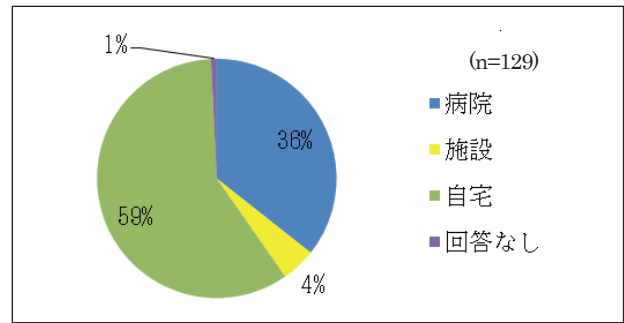


下関市

質問20 自分の臨終の際どこでむかえたいか？

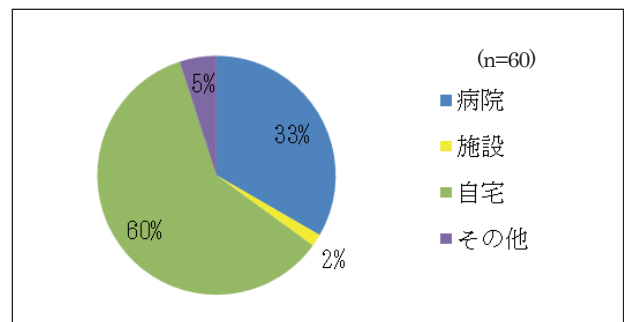
20 自分の臨終の際、どこで迎えたいかとの質問では、北九州市、下関市共に「自宅」が最も多く、次いで「病院」という類似した結果になった。

病院：46件 施設：6件 自宅：76件
 回答なし：1件



北九州市

病院：20件 施設：1件 自宅：36件
 その他：3件

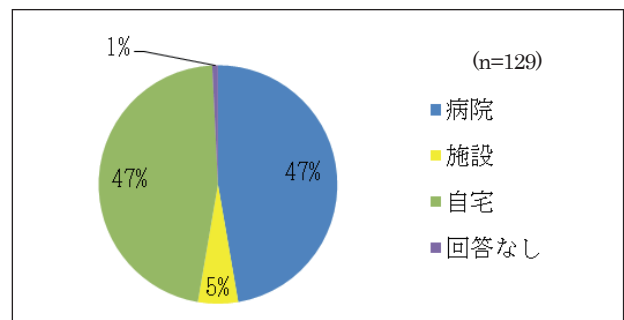


下関市

質問21 親族の臨終の際どこで看取りたいか？

21 親族の臨終の際、どこで迎えたいかとの質問に対しては、北九州市では「病院」が47%であるのに対し下関市では「病院」が43%で、質問20「自分の臨終の際どこで迎えたいか」と同様な結果になった。やはり、臨終の際は半数近い人が「病院」や「施設」での希望をすることが分かった。

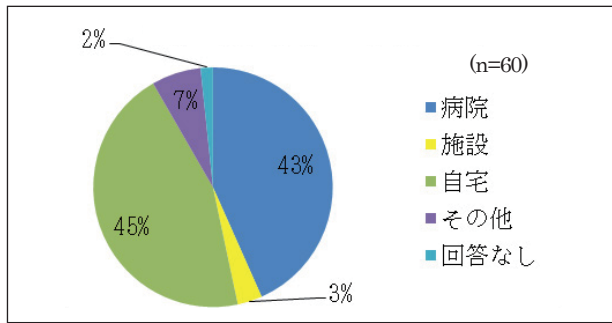
病院：61件 施設：7件 自宅：60件
 その他：0件 回答なし：1件



北九州市

病院：26件 施設：2件 自宅：27件

その他：4件



下関市

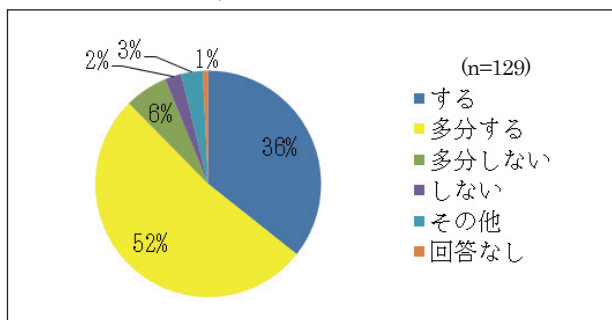
質問22 終末期にDNAR事前指示書申告するか？

22 終末期にDNAR事前指示書の申告をするかとの質問では、北九州市は「する」が36%、「多分する」が52%「多分しない・しない」が8%に対して、下関市は「する」が36%、「多分する」が38%、「多分しない・しない」が7%と同じような結果であった。

する：46件 多分する：67件

多分しない：8件 しない：3件

その他：4件 回答なし：1件

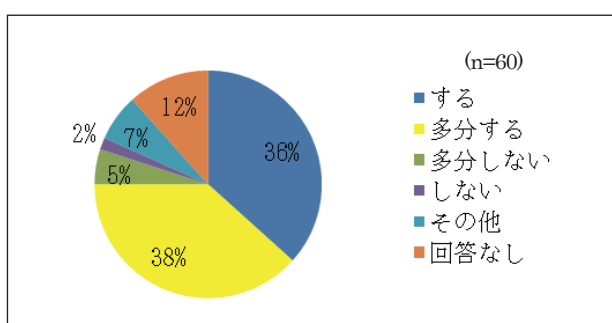


北九州市

する：22件 多分する：23件

多分しない：3件 しない：1件

その他：4件 回答なし：7件



下関市

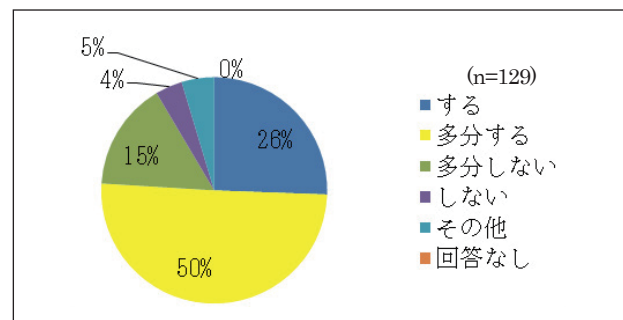
質問23 認知症などの前にDNAR申告するか？

23 認知症などの前にDNAR申告をするかの質問では、北九州市は「する」が26%、「多分する」が50%、「多分しない・しない」が19%、下関市は「する」が27%、「多分する」が46%、「多分しない・しない」が10%という結果であった。

する：33件 多分する：65件

多分しない：20件 しない：5件

その他：6件 回答なし：0件

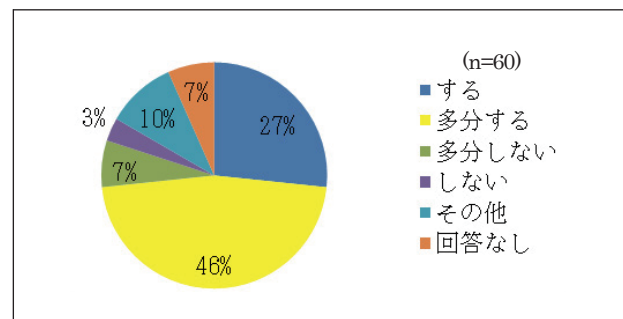


北九州市

する：16件 多分する：28件

多分しない：4件 しない：2件

その他：6件 回答なし：4件

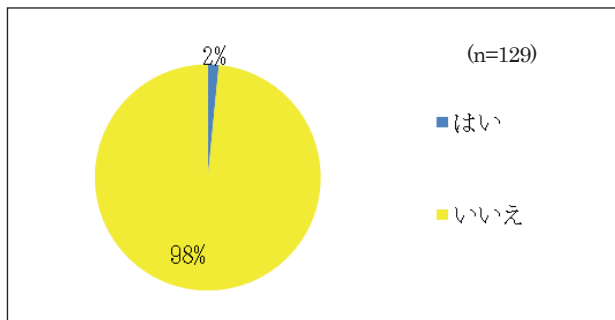


下関市

質問24 福祉施設等の応急手当は充実しているか？

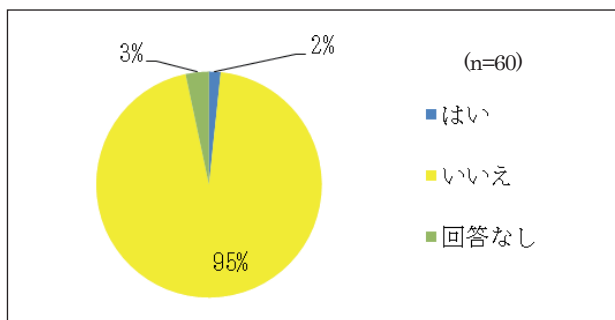
24 福祉施設等の応急手当は充実しているかとの質問に対して、北九州市は「いいえ」が98%、下関市では「いいえ」95%が充実していると感じていない結果であった。

はい：3件 いいえ：126件



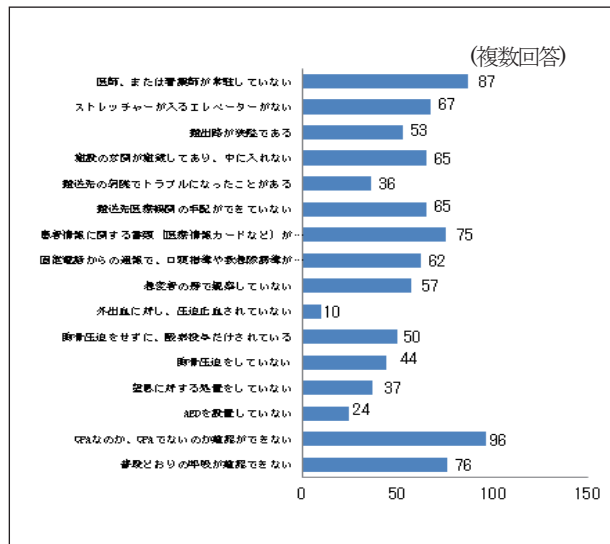
北九州市

はい：1件 いいえ：57件 回答なし：2件



下関市

はい：52件 (91%) 医療機関手配：46件 (81%) 病院でトラブル：16件 (28%) 施錠があり入れない：20件 (35%) 搬出路狭隘：14件 (25%) エレベーターにストレッチャーが入らない：24件 (42%) 医師等の常駐がない：32件 (56%)



北九州市

質問25 福祉施設等で不足している応急手当は？

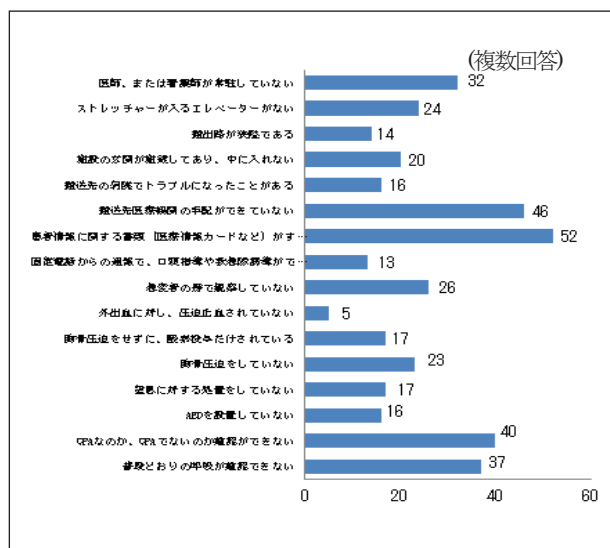
25 福祉施設等で不足している応急手当はの質問（複数回答）結果は以下のとおりとなった。

北九州市

呼吸の確認：76件 (60%) CPAの確認：96件 (76%)
 AED未設置：24件 (19%) 窒息患者未処置：37件 (29%) 胸骨圧迫していない：44件 (35%) CPRせず酸素投与のみ：50件 (40%) 圧迫止血未処置：10件 (8%) 観察していない：57件 (45%) 口頭指導や誘導ができない：62件 (49%) 患者情報がでてこない：75件 (60%) 医療機関手配：65件 (52%) 病院でトラブル：36件 (29%) 施錠があり入れない：65件 (62%) 搬出路狭隘：53件 (42%) エレベーターにストレッチャーが入らない：67件 (53%) 医師等の常駐がない：87件 (69%)

下関市

呼吸の確認：37件 (65%) CPAの確認：40件 (70%)
 AED未設置：16件 (28%) 窒息患者未処置：17件 (30%) 胸骨圧迫していない：23件 (40%) CPRせず酸素投与17件 (30%) 圧迫止血未処置：5件 (9%) 観察していない：26件 (46%) 口頭指導や誘導ができない：13件 (23%) 患者情報がでてこ



下関市

6. 救急救命士以外編

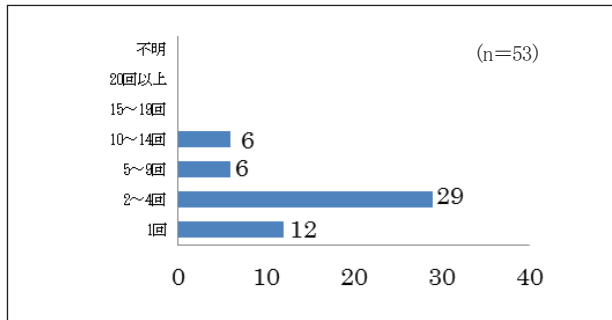
質問1 DNAR事案に出動したことがあるか？

1 DNAR事案に出動したことがあるかの質問に対して、北九州市 (n=79) は「はい」が52件 (66%)、「いいえ」が27件 (34%)、下関市 (n=95) は「はい」が32件 (34%)で、「いいえ」が63件 (63%)で正反対の結果となった。

質問2 およそ何回くらいですか？

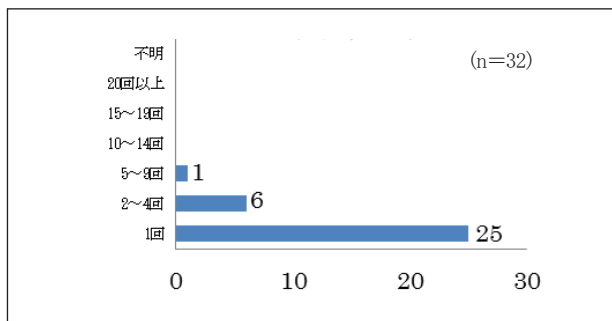
2 およそ何回くらい出動しましたかとの質問に、北九州市は1回が23%、2～4回が55%、5～9回が11%、10回以上は11%であり、下関市では1回が78%と出動経験値に差が分かった。

1回：12件 2～4回：29件 5～9回：6件
10～14回：6件 15回以上：0件



北九州市

1回：25件 2～4回：6件 5～9回：1件
10回以上：0件



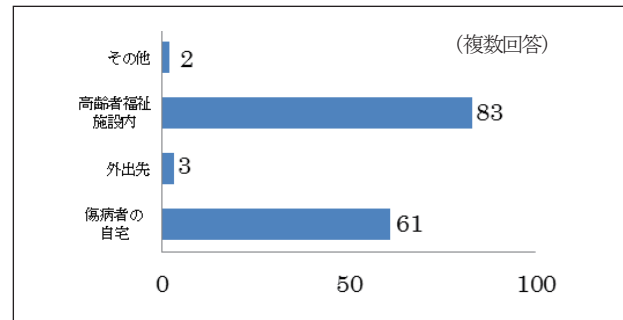
下関市

質問3 DNAR発生場所は？

3 DNAR発生場所はどこであったかの質問（複数回答）では、北九州市では「傷病者宅」が61件、「高齢者社会福祉施設内」が83件、「外出先」が3件であり、下関市では、「傷病者宅」が45件、「高齢者福祉施設」が7件で、どちらも、「傷病者宅」での発生場所が多いが、北九州市では、高齢者社会福祉施設内での発生もまた、多い結果となった。これは、施設数の違いによるものと思われる。

傷病者宅：61件 外出先：3件

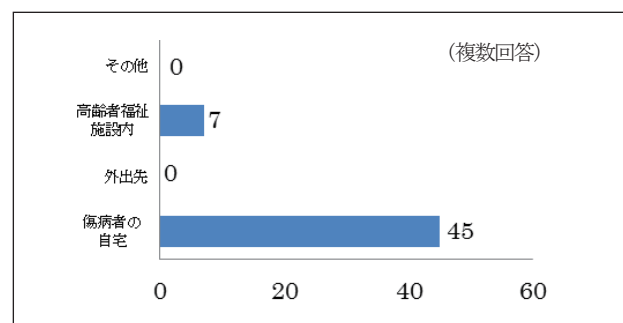
高齢者福祉施設内：83件 その他：2件



北九州市

傷病者宅：45件 外出先：0件

高齢者福祉施設内：7件 その他：0件



下関市

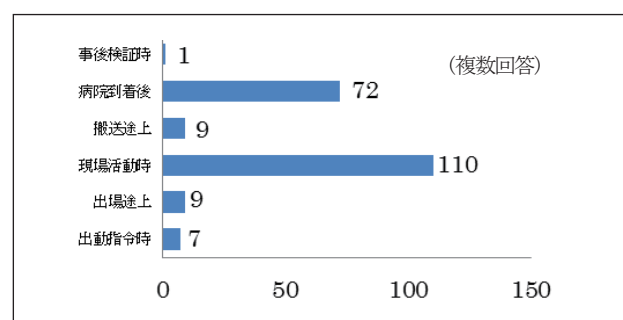
質問4 どの時点でDNARと判明したか？

4 どの時点でDNARと判明したか（複数回答）の質問に対して、救急救命士編と同じく、北九州市、下関市共に「現場活動時」が最も多い。このことは、救急隊は通報時や、出動時には当該救急事案の傷病者がDNARであることが分からないことの方が多いため、救急現場において、救急隊の活動方針が不明確になりまた、現場滞在時間の延長につながることで、他の救急事案への対応の遅れが危惧される。

出動指令時：7件 出動途中：9件

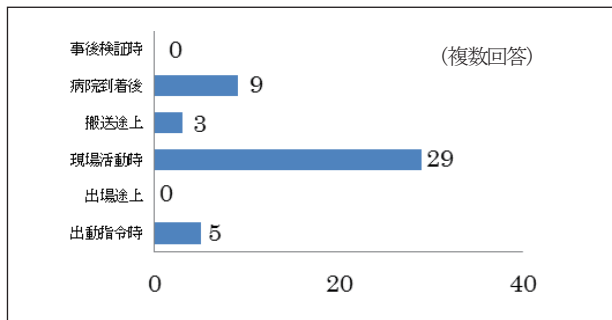
現場活動時：110件 搬送途中：9件

病院到着後：72件 事後検証時：1件



北九州市

出動指令時：5件 出動途中：0件
 現場活動時：29件 搬送途中：3件
 病院到着後：9件 事後検証時：0件

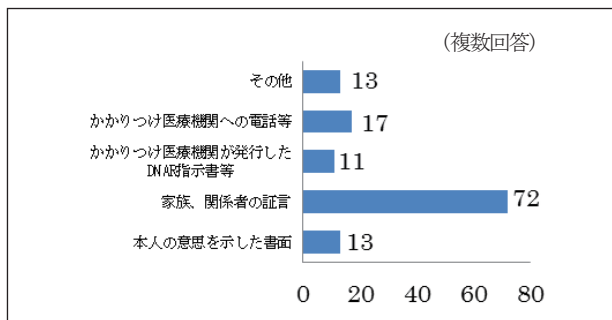


下関市

質問5 DNAR確認の情報元は？

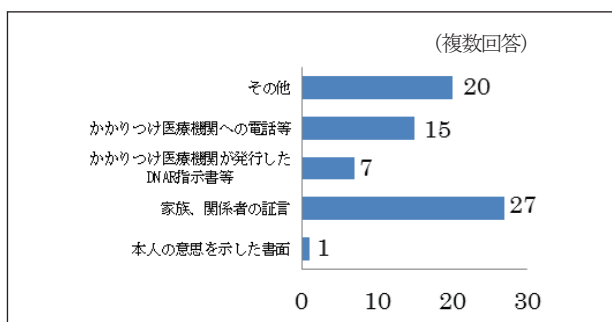
5 DNAR確認の情報元は（複数回答）との質問に対して、北九州市、下関市共に「家族、関係者の証言」が最も多く、次いで「かかりつけ医への連絡」となっている。

本人意思の書面：13件 家族等の証言：72件
 DNAR事前指示書：11件
 かかりつけ医への電話：17件 その他：13件



北九州市

本人意思の書面：1件 家族等の証言：27件
 DNAR事前指示書：7件
 かかりつけ医への電話：15件 その他：20件

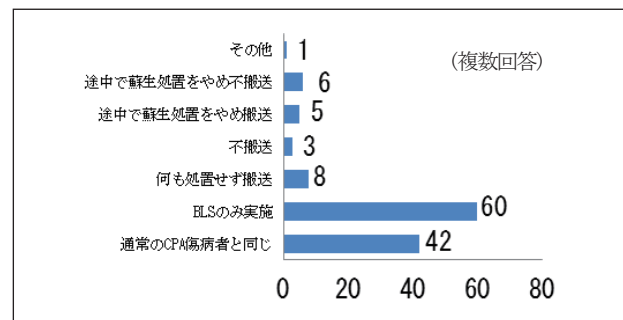


下関市

質問6 DNAR時とった対応？

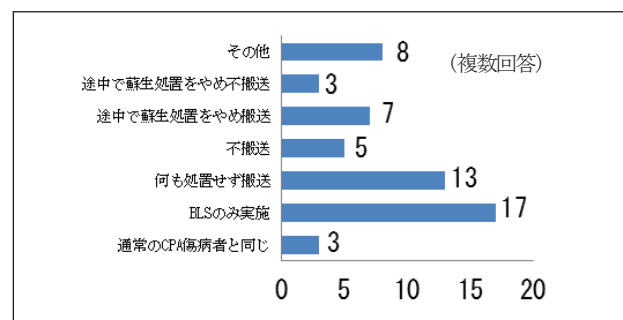
6 DNAR時にとった対応（複数回答）との質問に対して、北九州市、下関市共に「BLSのみ実施」が最も多く、次いで北九州市は「通常のCPA傷病者と同じ」が多いのに対して、下関市は「処置をせず搬送」が多い。

通常と同じ：42件 BLSのみ：60件
 未処置：8件 不搬送：3件
 途中で蘇生処置をやめ搬送：5件
 途中で蘇生処置をやめ不搬送：6件 その他：1件



北九州市

通常と同じ：3件 BLSのみ：17件
 未処置：13件 不搬送：5件
 途中で蘇生処置をやめ搬送：7件
 途中で蘇生処置をやめ不搬送：3件 その他：8件

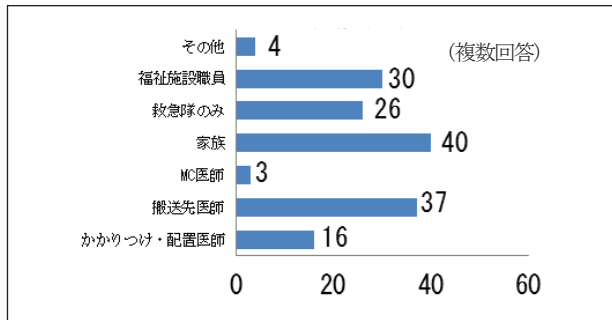


下関市

質問7 DNAR時の相談相手は？

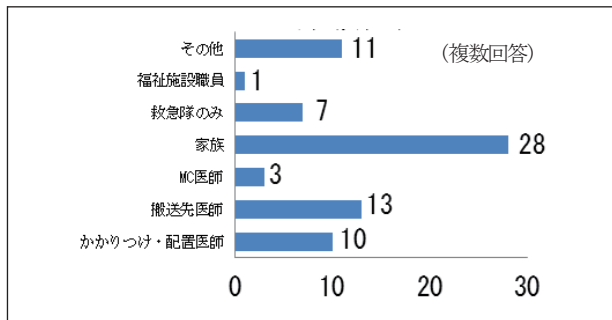
7 DNAR時の相談相手は（複数回答）の質問に対して、北九州市は「家族」が40件で最も多く、次いで「搬送先医師」が37件で「福祉施設職員」は30件であるのに対して、下関市は「家族」が28件で最も多く、次いで「搬送先医師」が13件、「福祉施設職員」にあっては、1件という結果であった。

かかりつけ医：16件 搬送先医師：37件
 MC医師：3件 家族：40件
 救急隊のみ：26件 福祉施設職員：30件
 その他：4件



北九州市

かかりつけ医：10件 搬送先医師：13件
 MC医師：3件 家族：28件
 救急隊のみ：7件 福祉施設職員：1件
 その他：11件



下関市

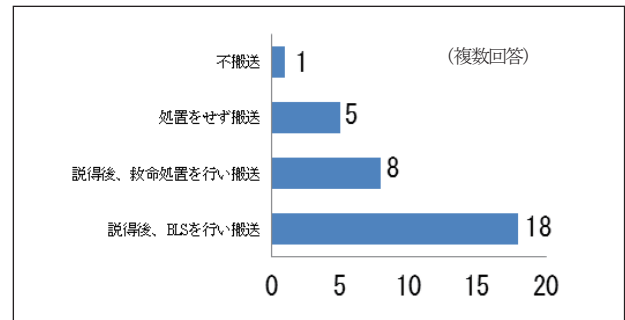
質問8 応急処置を拒否されたことがあるか？

8 応急処置を拒否されたことがあるかとの質問に対して、北九州市 (n=78) は「はい」が27%で「いいえ」が73%、一方、下関市 (n=95) は「はい」が7%、「いいえ」が93%という結果で、政令市と中核市では大きく異なった結果となった。

質問9 蘇生拒否された後取った行動は？

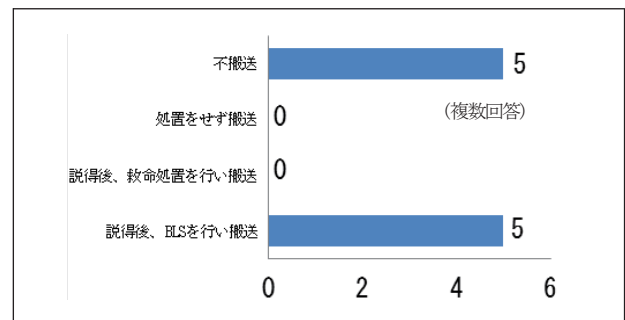
9 蘇生拒否された後取った行動は (複数回答) との質問に対して、北九州市、は「説得後BLSを行ない搬送」が最も多いが、下関市は半数が「説得後BLSを行ない搬送」と残り半数は「不搬送」と同数であった。

説得後BLS：18件 説得後救命処置：8件
 処置をせず搬送：5件 不搬送：1件



北九州市

説得後BLS：5件 説得後救命処置：0件
 処置をせず搬送：0件 不搬送：5件

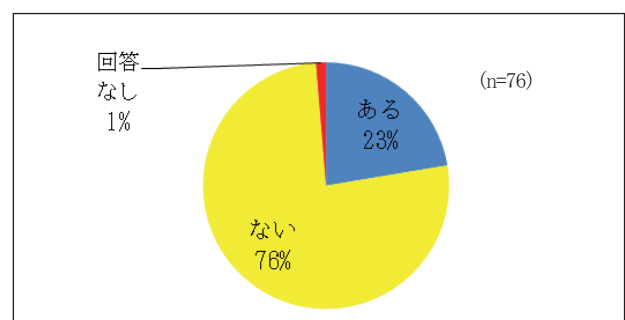


下関市

質問10 DNAR傷病者で蘇生拒否されたことがあるか？

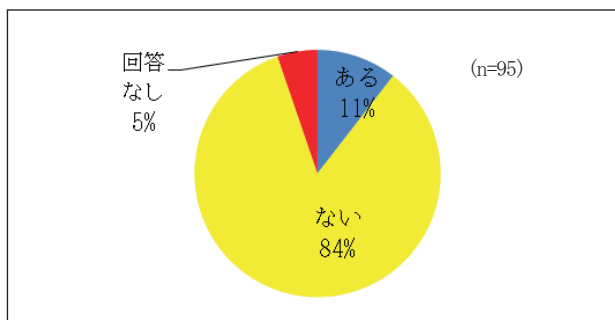
10 DNAR傷病者で蘇生拒否されたことがあるかとの質問に対して、北九州市は「ある」が23%、「ない」が76%、下関市は「ある」が11%、「ない」が84%というほぼ同様の結果であった。

ある：17件 ない：58件 回答なし：1件



北九州市

ある：10件 ない：80件 回答なし：5件

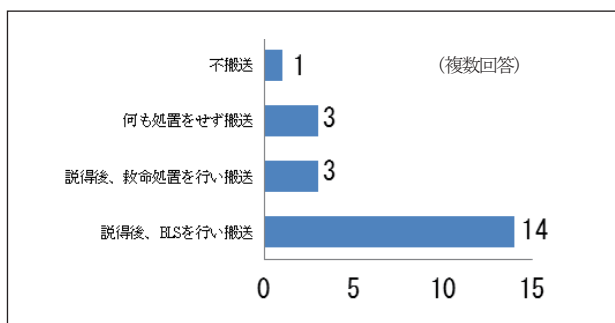


下関市

質問11 DNAR蘇生拒否後の対応は？

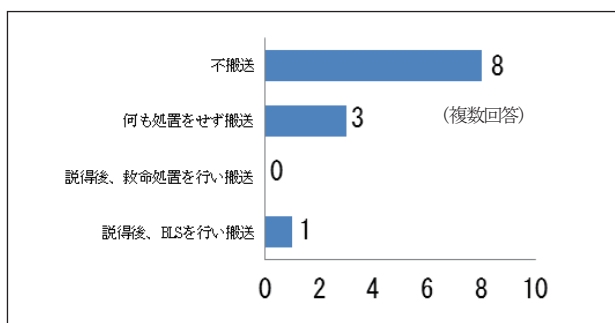
11 DNAR蘇生拒否後の対応は（複数回答）との質問に対して、北九州市は「説得後BLSにて搬送」が14件で最も多く、一方、下関市では「不搬送」が8件で最も多い結果となった。これは、救急業務（法令等）に対する理解が異なっている結果ではないかと推測される。

説得後BLS：14件 説得後救命処置：3件
処置をせず搬送：3件 不搬送：1件



北九州市

説得後BLS：1件 説得後救命処置：0件
処置をせず搬送：3件 不搬送：8件



下関市

質問12 DNARに対する考え方は？

12 DNARに対する考え方は（複数回答）との質問に対して、北九州市は、「BLSのみ」が34%、「通常と同じ」23%で合わせて57%に

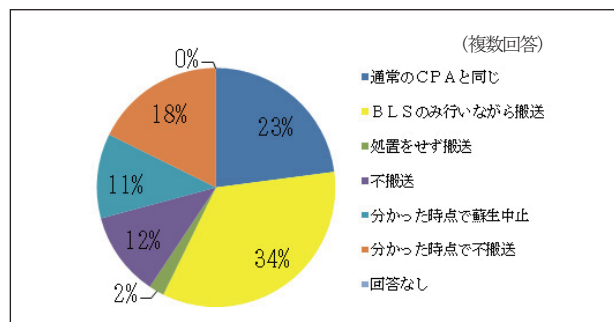
して、下関市は「通常と同じ」が21%、「BLSのみ」20%であわせて41%であるが、「分かった時点で蘇生中止」が北九州市の11%に対し下関市は20%という結果であった。

通常と同じ：22件 BLSのみ：33件

未処置：2件 不搬送：11件

分かった時点で蘇生中止：11件

分かった時点で不搬送：17件 回答なし：0件



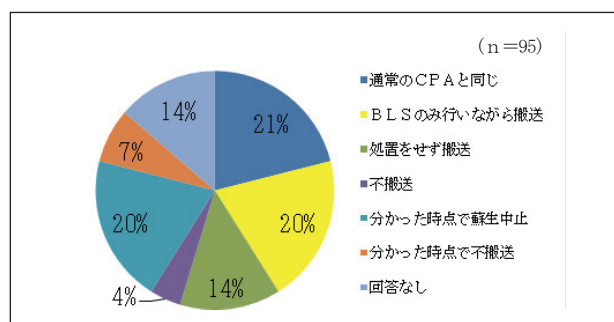
北九州市

通常と同じ：20件 BLSのみ：19件

未処置：13件 不搬送：4件

分かった時点で蘇生中止：19件

分かった時点で不搬送：7件 回答なし：13件



下関市

質問13 福祉施設等でDNAR確認をするか？

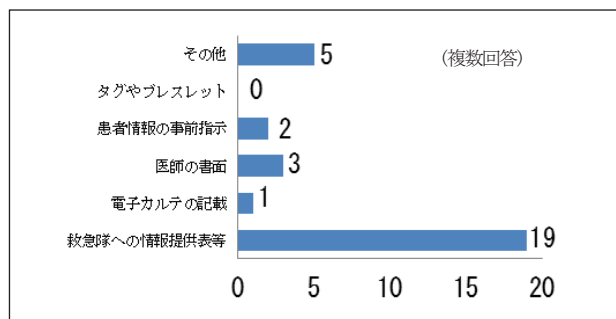
13 福祉施設等でDNARを確認するかの質問では、「はい」が北九州市（n=77）は30%、下関市（n=95）は23%であった。これは、救急隊が福祉施設へ出動の際に先ず、「DNAR」の確認をすることはなく、施設や家族等からの申し入れがない限り、マニュアル的に「DNAR」を確認することは行っていない結果であると思われる。

質問14 DNAR確認方法は？

14 DNARの確認方法は（複数回答）との質問で

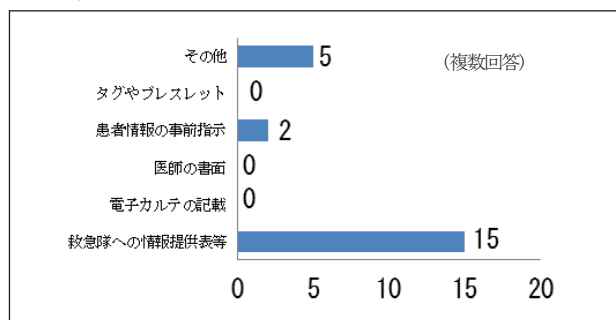
は、北九州市、下関市共に「救急隊への情報提供」が最も多い。

情報提供表：19件 電子カルテ：1件
 医師の書面：3件 事前指示書：2件
 タグ等：0件 その他：5件



北九州市

情報提供表：15件 電子カルテ：0件
 医師の書面：0件 事前指示書：2件
 タグ等：0件 その他：5件

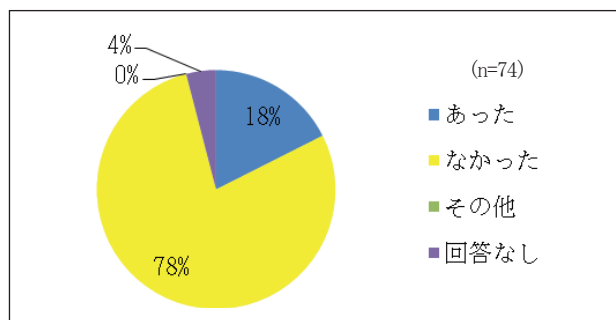


下関市

質問15 DNAR傷病者の搬送困難事案はあったか？

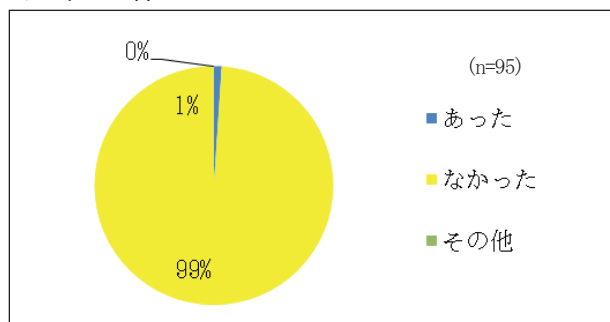
15 DNAR傷病者の搬送困難事案はあったかとの質問では、北九州市は「あった」が18%、「なかった」が78%であるのに対して、下関市は「あった」が1%、「なかった」が99%という結果であった。

あった：13件 なかった：58件
 その他：0件 回答なし：3件



北九州市

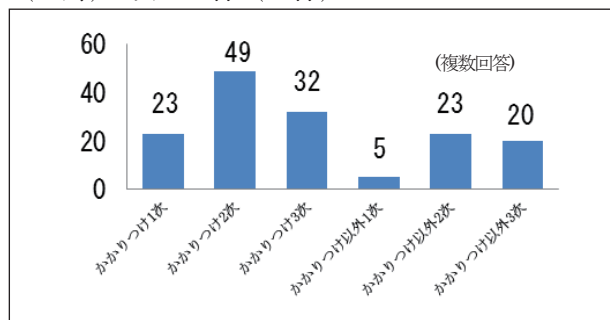
あった：1件 なかった：94件
 その他：0件



下関市

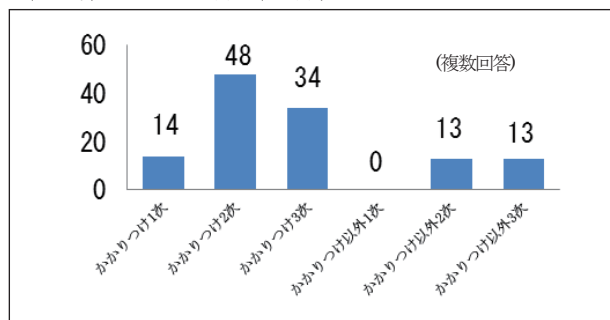
質問16 DNAR傷病者受入先医療機関は？

16 DNAR傷病者受入れ先医療機関は？（複数回答）との質問では、北九州市、下関市共に「かかりつけ2次」が最も多く、次いで「かかりつけ3次」が多いという結果になった。
 かかりつけ1次：23件（5件） 2次：49件（23件）
 （以外）3次：32件（20件）



北九州市

かかりつけ1次：14件（0件） 2次：48件（13件）
 （以外）3次：34件（13件）



下関市

質問17 DNAR傷病者についての取り決めは？

北九州市、下関市共に取り決めはありません。

質問18 誰が決めているか？との質問では

取り決めがないため、ありません。

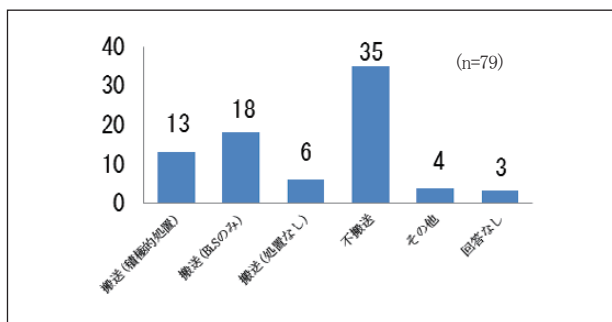
質問19 DNAR事前指示書のある傷病者に対する判断を救急隊が決めている場合、次の傷病者に対する行動は？

19 DNAR事前指示書のある傷病者に対する判断を救急隊が決めている場合、次の傷病者に対する行動について、次の5想定で質問した。

①自宅の布団でCPAでは、北九州市は「不搬送」が多く、次いで「何らかの処置を施行しての搬送」が多く、一方、下関市は「処置なし搬送」が最も多く、次いで「不搬送」が多い結果であった。②自宅トイレ前でCPAでは、北九州市では「積極的処置」が最も多く、下関市は「処置なし搬送」が多い結果となった。一方、③スーパーのレジの前でCPA④食事中に窒息CPA⑤レストランで食事中窒息CPAでは、北九州市、下関市共に「積極的処置」が最も多い結果となった。これは、外出時の事故や窒息では、可能な限りの救急処置を施行するという結果になった。

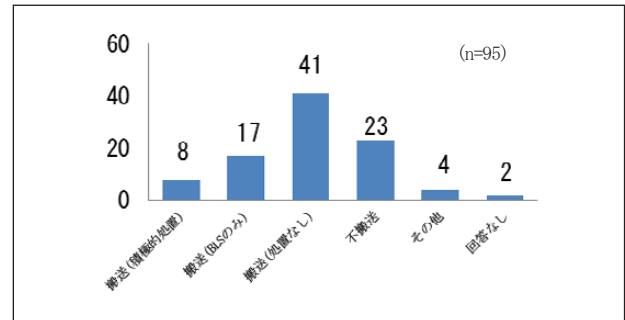
①自宅の布団でCPA

積極的処置：13件 BLSのみ：18件
搬送のみ：6件 不搬送：35件
その他：4件 回答なし：3件



北九州市

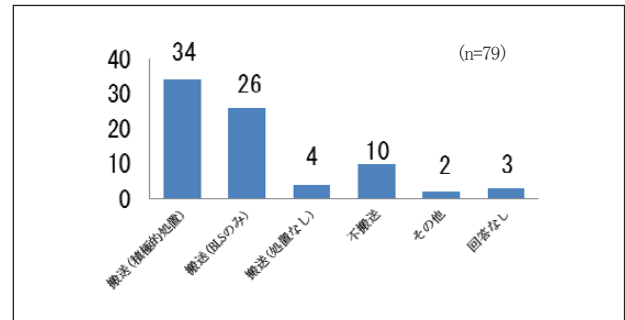
積極的処置：8件 BLSのみ：17件
搬送のみ：41件 不搬送：23件
その他：4件 回答なし：2件



下関市

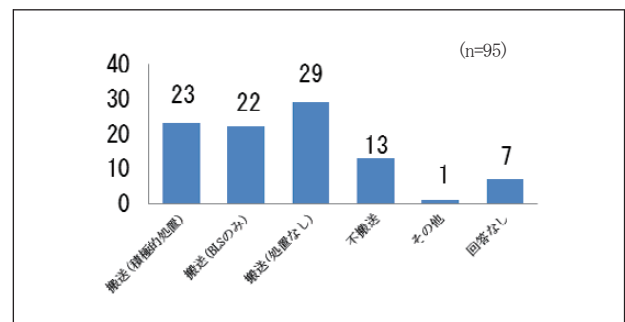
②自宅トイレ前でCPA

積極的搬送：34件 BLSのみ：26件
搬送のみ：4件 不搬送：10件
その他：2件 回答なし：3件



北九州市

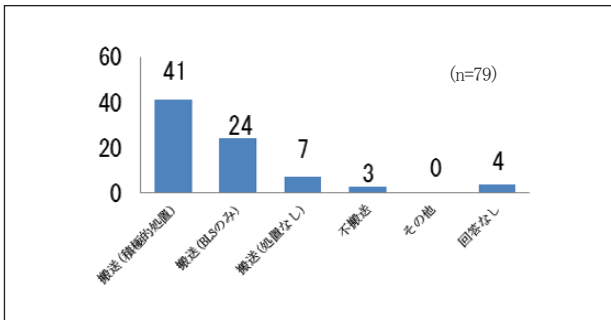
積極的搬送：23件 BLSのみ：22件
搬送のみ：29件 不搬送：13件
その他：1件 回答なし：7件



下関市

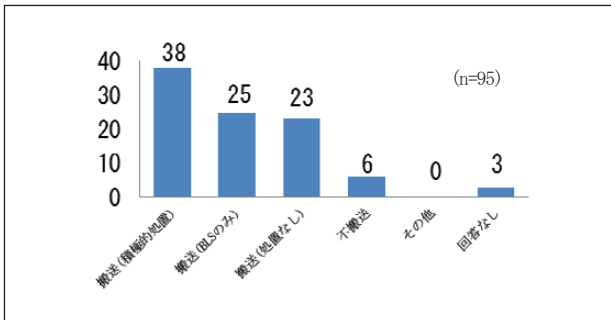
③スーパーのレジの前でCPA

積極的処置：41件 BLSのみ：24件
 搬送のみ：7件 不搬送：3件
 その他：0件 回答なし：4件



北九州市

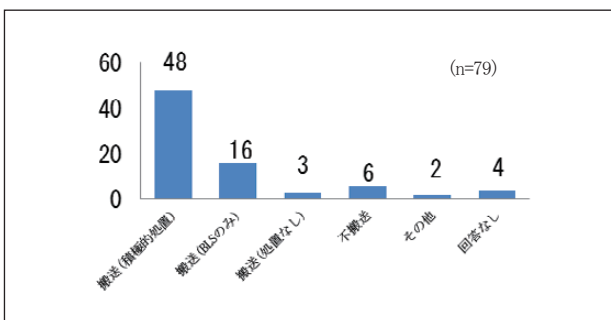
積極的処置：38件 BLSのみ：25件
 搬送のみ：23件 不搬送：6件
 その他：0件 回答なし：3件



下関市

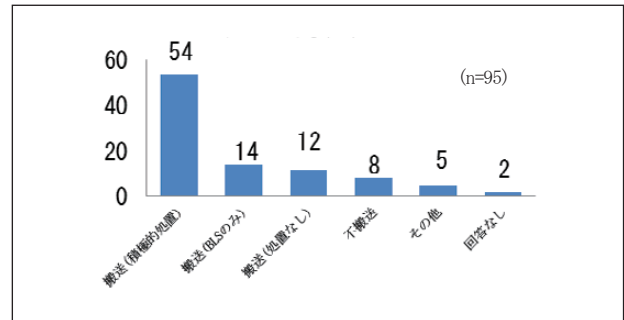
④食事中に窒息CPA

積極的搬送：48件 BLSのみ：16件
 搬送のみ：3件 不搬送：6件
 その他：2件 回答なし：4件



北九州市

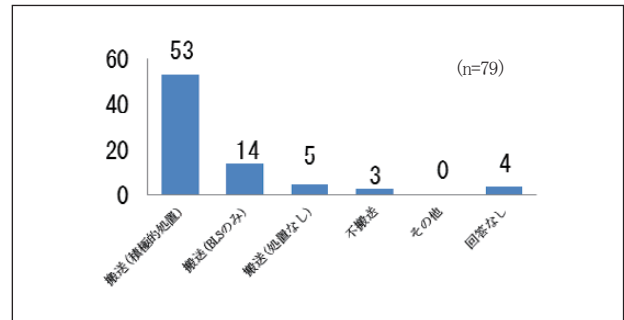
積極的搬送：54件 BLSのみ：14件
 搬送のみ：12件 不搬送：8件
 その他：5件 回答なし：2件



下関市

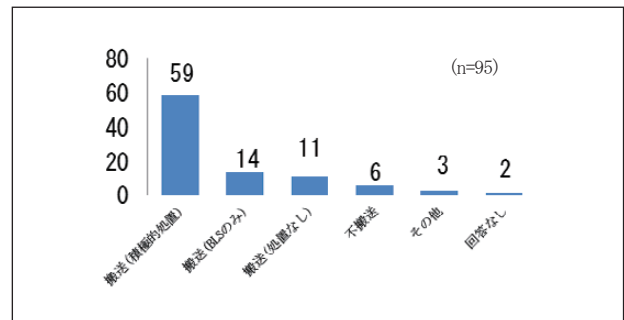
⑤レストランで食事中窒息CPA

積極的処置：53件 BLSのみ：14件
 搬送のみ：5件 不搬送：3件
 その他：0件 回答なし：4件



北九州市

積極的処置：59件 BLSのみ：14件
 搬送のみ：11件 不搬送：6件
 その他：3件 回答なし：2件

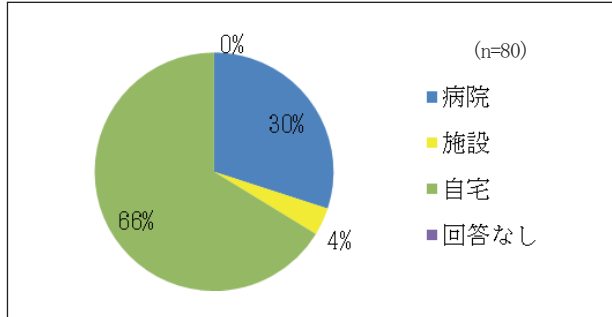


下関市

質問20 自分の臨終の際どこで迎えたいか？

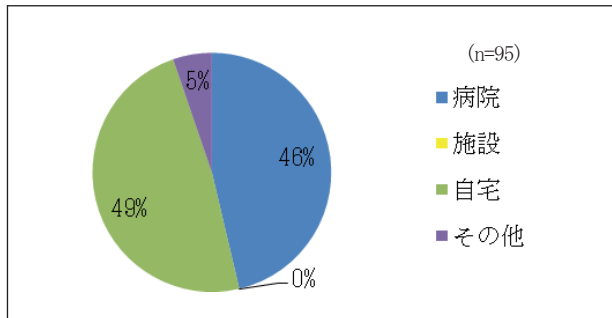
20 自分の臨終の際、どこで迎えたいかとの質問では、北九州市では「自宅」が最も多く66%であるのに対し、下関市では「自宅」と「病院」がほぼ同数となった。

病院：24件 施設：3件 自宅：53件
回答なし：0件



北九州市

病院：44件 施設：0件 自宅：46件
その他：5件

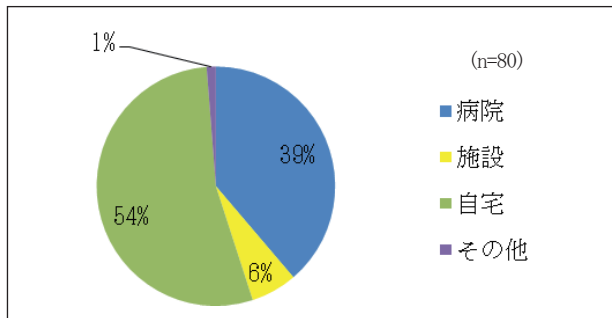


下関市

質問21 親族の臨終の際どこで看取りたいか？

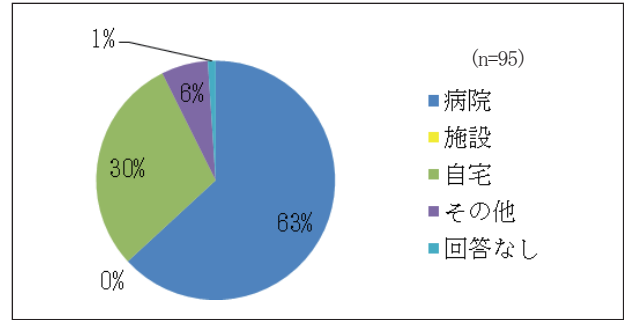
21 親族の臨終の際、どこで迎えたいかとの質問に対しては、北九州市では「自宅」が最も多く54%であるのに対し、下関市では「病院」が最も多く63%という結果になった。

病院：31件 施設：5件 自宅：43件
その他：1件



北九州市

病院：60件 施設：0件 自宅：28件
その他：6件 回答なし：1件

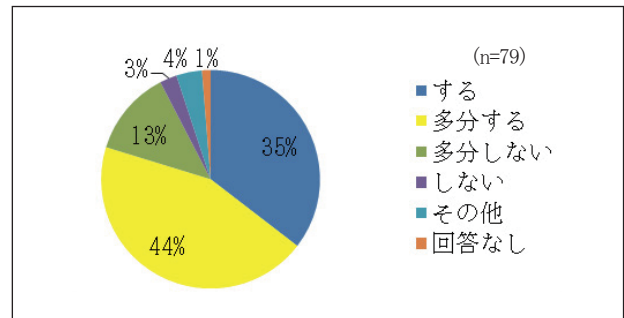


下関市

質問22 終末期にDNAR事前指示書申告するか？

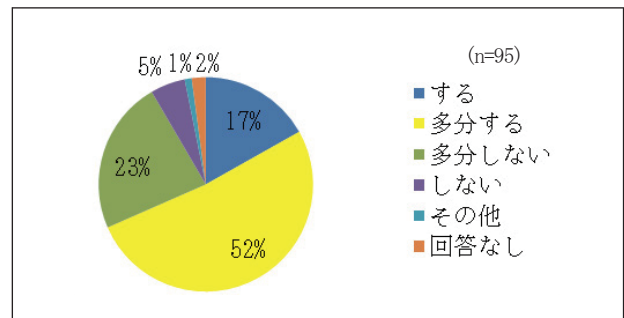
22 終末期にDNAR事前指示書の申告をするかとの質問では、北九州市は「する」が35%、「多分する」が44%「しない」が3%に対して、下関市は「する」が17%、「多分する」が52%、「しない」が5%であった。

する：28件 多分する：35件
多分しない：10件 しない：2件
その他：3件 回答なし：1件



北九州市

する：16件 多分する：49件
多分しない：22件 しない：5件
その他：1件 回答なし：2件



下関市

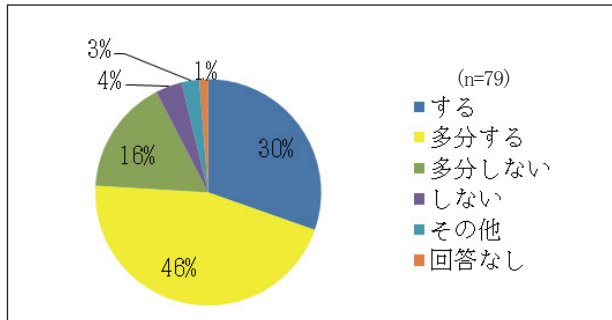
質問23 認知症などの前にDNAR申告するか？

23 認知症などの前にDNAR申告をするかの質問では、北九州市は「する」が30%、「多分する」が46%、「多分しない・しない」が20%、下関市は「する」が21%、「多分する」が44%、「多分しない・しない」が31%という結果であった。

する：24件 多分する：36件

多分しない：13件 しない：3件

その他：2件 回答なし：1件

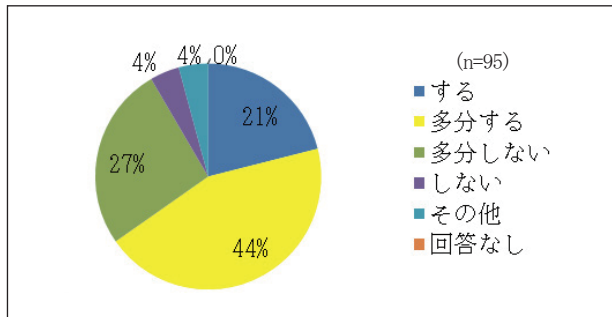


北九州市

する：20件 多分する：42件

多分しない：25件 しない：4件

その他：4件 回答なし：0件

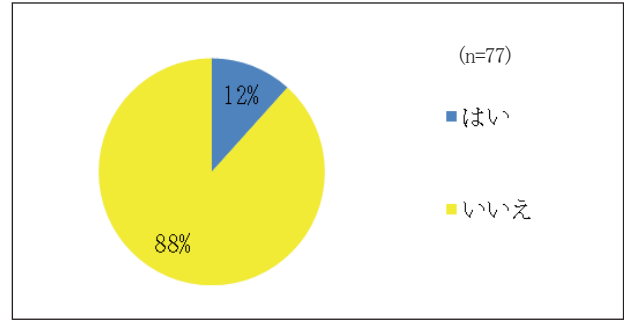


下関市

質問24 福祉施設等の応急手当は充実しているか？

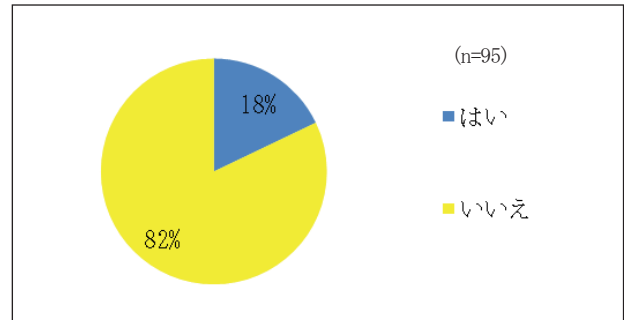
24 福祉施設等の応急手当は充実しているかとの質問に対して、「いいえ」が北九州市では88%、下関市では82%という同じような結果であった。

はい：9件 いいえ：68件



北九州市

はい：17件 いいえ：78件



下関市

質問25 福祉施設等で不足している応急手当は？

25 福祉施設等で不足している応急手当はの質問（複数回答）結果は以下のとおりとなった。

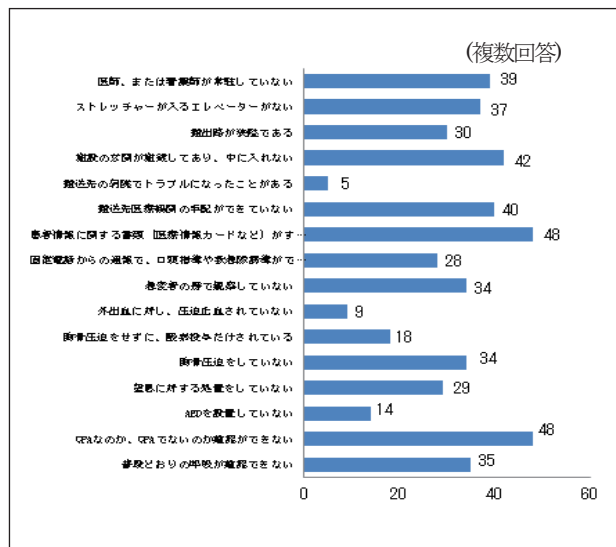
北九州市

呼吸の確認：35件 (52%) CPAの確認：48件 (71%)
 AED未設置：14件 (21%) 窒息患者未処置：29件 (43%)
 胸骨圧迫していない：34件 (50%) CPRせず酸素投与のみ：18件 (27%)
 圧迫止血未処置：9件 (13%) 観察していない：34件 (50%)
 口頭指導や誘導ができない：28件 (41%) 患者情報がでてこない：48件 (71%)
 医療機関手配：40件 (59%) 病院でトラブル：5件 (7%)
 施錠があり入れない：42件 (62%) 搬出路狭隘：30件 (44%)
 エレベーターにストレッチャーが入らない：37件 (54%) 医師等の常駐がない：39件 (57%)

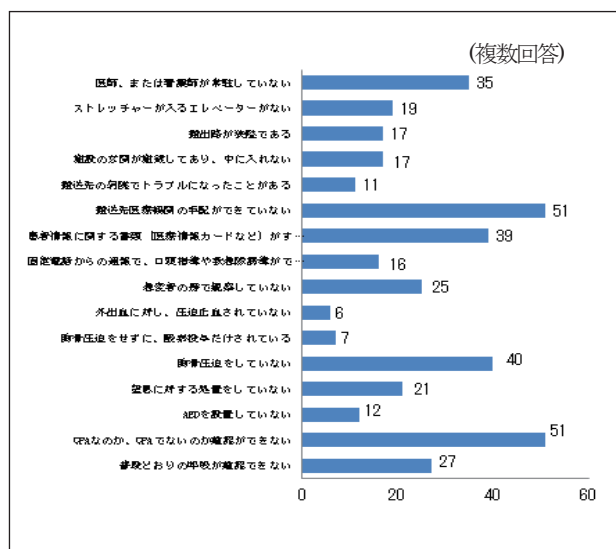
下関市

呼吸の確認：27件 (35%) CPAの確認：51件 (65%)
 AED未設置：12件 (15%) 窒息患者未処置：21件 (27%)
 胸骨圧迫していない：40件 (51%) CPRせず酸素投与のみ：7件 (9%)
 圧迫止血未処置：6件 (8%) 観察していない：25件 (32%)
 口頭指導や誘導ができない：16件 (21%) 患者情報がでてこない：

39件 (50%) 医療機関手配:51件 (65%) 病院でトラブル:11件 (14%) 施錠があり入れない:17件 (22%) 搬出路狭隘:17件: (22%) エレベーターにストレッチャーが入らない:19件 (24%) 医師等の常駐がない 35件 (45%)



北九州市



下関市

7. 考察

DNAR事案に出動経験のある救急隊員は、北九州市では約80%、下関市では約50%で、DNAR事案の発生場所は両市を比較すると、北九州市では自宅と福祉施設がほぼ同数であるのに対して、下関市では自宅が福祉施設の約3倍多い結果であった。このことは、「ご臨終の際、どこで迎えたいか」との質問で得た回答を反映している結果である。また、「現場到着時、DNAR指示が確認でき

た場合の対応 (複数回答)」として、両市共に、「BLSのみの処置を行う」が最も多く、次いで、北九州市では、「通常のCPA対応」が多いのに対して、下関市では「何も処置せずに搬送」が多い。このことは、「蘇生開始後にDNARが判明」した時の対応と類似している結果となった。下関市では、DNARであると分かった時点でBLS等の応急処置を中止して、何もなされないまま、病院へ搬送しているケースが少ない結果となった。実際現場では、DNAR意思表示のある傷病者への対応に苦慮している。救急隊は活動基準で定めていることを行わないと、それは不作為となり、その結果、法律的に責任を問われる可能性が危惧される。しかし、道義的に傷病者の最善の利益を考慮すると、DNARの意思表示のある傷病者への対応は、家族、施設職員が主治医へ連絡を取り、主治医が現場に到着するのを待つ、又は主治医の指示により、不搬送として引き揚げるのが可能になること、いわゆる看取りが容認されることが望ましい。また、救急隊にとってはDNARが判明した時点で蘇生処置を中止したことが不法行為にならないような体制作りが急務である。

一方、救急隊員の多くが、DNARの傷病者が家庭内やレストランでの窒息事故や外出先で卒倒などの疾病時は、積極的な応急処置を施し搬送すると回答している。これに対して、自宅の布団でのCPAやトイレの前での卒倒などのCPAでは、北九州市では半数近くが「不搬送」と回答し、残りの半数が「BLSのみの搬送」と回答し、下関市では、「不搬送」「処置なし搬送」「BLSのみの搬送」がほぼ同数であった。ここでも、両市で異なった回答が得られた。すなわち、CPAの背景として、そもそもある疾病が悪化してCPAに至った事案以外では、両市共に通常の救急対応をすると解釈できる。

生きているものはいつしか“死”を迎えるが、自分や家族の臨終場所は「病院」を希望している消防職員が多く、自らが「終末期にDNAR事前指示書を申告するか」の質問では、北九州市では、「しない」、「多分しない」が約8%、下関市で

は、約7%であった。また、DNAR事前指示書の申告を「しない」、「多分しない」の割合が北九州市では、約16%、下関市では約28%にのぼる結果となった。以上2つの質問で興味深いのは、救急救命士と救急救命士以外の回答の違いである。救急救命士の年齢は、北九州市では40歳以上が63%、下関市では45%であるのに対して、救急救命士以外の救急隊員の年齢構成は北九州市では40歳以下が75%、下関市では85%であり、両市共に比較的若い年齢の職員が多いためなのか、現場経験値の問題なのか、DNARに対する認識不足なのか、“死”への価値観の相違なのか、救急救命士資格の有無によって、回答が正反対の結果となった。

また、「死期が近い時の最終決定者を誰に希望するか」との質問では、北九州市は約75%が「家族」と回答しているが、下関市では半数に留まっていることは、地域差が現れた結果となった。

「DNAR書類に法的効力を持たせるべきか」との質問では、北九州市は半数以上が「持たせるべき」と回答しているのに対して、下関市では、「持たせなくてもよい」が半数以上を占め、最も多い回答となった。これは、DNAR事案への出動経験値の違いであると考えられる。

次に「福祉施設の応急手当は充実しているか」との質問では、両市共に「充実していない」という回答が殆どであった。私見であるが、福祉施設等の職員は、傷病者の正しい呼吸・脈拍の確認が出来ていないため、CPAの認知が不確実であり、CPAであるにも関わらず胸骨圧迫が未実施であることが散見された事案を多く経験してきました。

また、「福祉施設で不足している応急手当は」との質問（複数回答）では、北九州市では、「CPAの確認」「医師の常駐がない」「胸骨圧迫未実施」「患者情報が出て来ない」「CPRなしで酸素のみ投与」等、の意見があがった。一方、下関市では、「患者情報の提供が得られない」「医療機関の手配がない」等などの意見があった。このような福祉施設側への要望は、今後の応急手当普及啓発等に活かせるものと考えられる。

救急隊員は、現場で「死亡」と推定（判断）するには、消防庁救急企画室長から平成26年2月24日消防救第36号で通知のあった、次の基準に沿った判定を行った上で、不搬送にすることが可能である。

「救急業務において傷病者が明らかに死亡している場合の一般的な判断基準」

（消防実務質疑応答集から抜粋）

- 1 意識レベルがJCS300であること
- 2 呼吸が全く感じられないこと
- 3 総頸動脈で脈拍が全く触知出来ないこと
- 4 瞳孔の散大が認められ対光反射が全くないこと
- 5 体温が感じられず冷感が認められること
- 6 死後硬直又は死斑が認められること

以上の全てが該当した場合となっている。

また、北九州市の場合、次のいずれかに該当するとき

- 1 頭部又は体幹の切断等の状態から社会通念上死亡と判断できる場合
- 2 下顎部及び四肢の硬直、または死斑及び腐乱等の状況から、社会通念上死亡と判断できる場合となっている。

つまりDNARがあったとしても、現状では、救急隊員は傷病者の観察を行い、その結果適切な処置を施しながら適応する医療機関へ搬送することが、救急業務として課せられている。また、アンケートからも分かるように、DNARの意思表示をしているにも関わらず、救急要請があり、現場に到着したが、家族や福祉施設職員等から「DNARなので、何もせずに病院へ搬送をして欲しい」等を告げられ、本来業務を逸脱した活動を行うことがあるなど、救急隊員への混乱を招き、現場等でのトラブルの要因にもなりかねない。

今後、近年の救急出動件数の増加に対する需要対策として、各地域の実情に応じた「高齢者救急搬送やDNARの意思表示のある傷病者の救急搬送」に関する制度作りを行うため、MCを核とした関係機関とのシステムの構築と、傷病者本人の最善の利益を尊重するDNAR対応をするため、

傷病者本人、家族や主治医等を含めた話し合いを経て、傷病者本人の意思を最重要視した指示書（事前を含む）を明確にすることで、119番通報の救急要請が減少し、救急需要対策の一助となることを期待する。

8. 結語

1. 政令市北九州市と中核市下関市において、DNAR 傷病者に対する意識及び救急活動を比較検討した。
2. 両市共に、救急要請されたあとのDNAR対応に苦慮している現状があった。
3. 北九州市と下関市の比較では、1) 救急業務（法令等）への理解、2) DNAR対象者の搬送手段（不搬送と処置なし搬送）、3) DNARの法的拘束力の必要性等において、両市の違いを認めた。
4. 傷病者本人のDNARの意思が明確にできる事前指示書等の整備により、119番通報による救急要請が減少し、救急需要対策の一助となることを期待する。

9. 利益相反

開示すべき事項なし

介護施設におけるDNAR対応に関する調査研究

研究報告者 伊藤 重彦

佐野 耕作、福本 怜、長岡 敏信、高嶋 雅樹、権頭 聖、飴山 晶、山下 智省

研究要旨

北九州市および下関市の各保健所が把握している介護老人福祉施設(特養)、介護老人保健施設(老健)、介護療養型医療施設、特定施設入居者生活介護施設を対象に、入所高齢者の心肺停止時のDNAR対応についてアンケート調査し、123施設から回答を得た。急変時に医師が24時間対応出来る施設は23%で、56%の施設で常時看取りが行えると回答した。入所者のDNARの意思を1回以上確認している施設は71%、DNARの意思を明文化している施設は35%であった。57%の施設で、本人のDNARの意思が事前に確認できている場合は蘇生処置を行なわないと答えた。DNAR対応の判断に最も影響するのは、家族、主治医・配置医師、施設職員の順であった。高齢入所者の心肺停止事例において、本人のDNARの意思が十分確認出来る状況下では、担当医師や家族など関係者の協力のもとで、適切なDNAR対応が可能である。

1. 背景と目的

介護施設から搬送される傷病者には、救命医療を必要とする傷病者と救命医療を必要としない、本人のDNAR(Do Not Attempt Resuscitation)の意思が確認できる傷病者の両者が混在している。また、急変した高齢者を受入れる二次医療機関が減少し、DNARの意思が確認できる心肺停止高齢者が救命救急センター等の救急医療機関へ搬送されている。地域包括ケアシステムが導入されるなかで、高齢者の救急搬送の適正化は喫緊の課題である。北九州市、下関市の高齢化率はそれぞれ29%(H28.3)、33.5%(H28.12)で、全国的にも高い高齢化率である。そこで、介護施設の利用者が心肺停止に至った事案について、北九州市と下関市の介護施設においてDNARの意思、DNAR指示の確認方法、救急搬送の現状等に関するアンケート調査を行った。なお本調査では、「DNARの意思」とは、高齢者の心肺停止時に本人の意思に従い心肺蘇生を実施しないことと定義した。

また、「延命処置を希望しない意思」とは、心肺停止に至った場合に蘇生処置をしない意思という狭い範囲に限定した。

2. 研究方法

北九州市および下関市の各保健所が把握している介護老人福祉施設(特養)、介護老人保健施設(老健)、介護療養型医療施設、特定施設入居者生活介護施設を対象に、郵送法によるDNAR対応に関するアンケート調査を行った。調査期間は平成28年9月中旬～10月中旬までの約1ヶ月間である。アンケート回答者は、施設を運営する施設長、または施設内で指導的立場にある職員とした。

3. アンケート調査結果

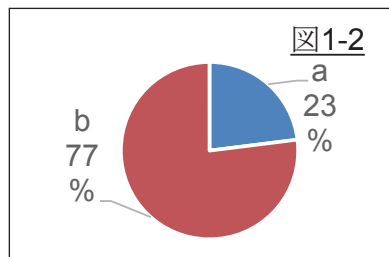
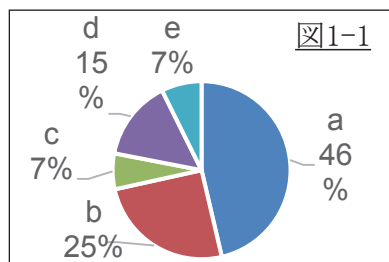
北九州市、下関市の保健衛生部門が把握している介護施設213施設にアンケート調査を実施し、

123施設（回答率57.7%）から回答を得た。回答施設の地域は北九州市99施設、下関市24施設で、施設の種類の、特別養護老人ホーム（特養）57、介護老人保健施設（老健）31、介護療養型医療施設8、特定施設入居者生活介護指定施設ほか（介護付き有料老人ホーム、ケアハウス、グループホームなど）27などである。調査の質問数は14問で、以下に質問内容および回答件数を示す。

質問1. 施設の形態について伺います。

- (1) 施設の形態はどれですか（○は一つ）
- | | |
|----------------------------------|-----|
| a) 特別養護老人ホーム | 57件 |
| b) 介護老人保健施設 | 31件 |
| c) 介護療養型医療施設 | 8件 |
| d) 特定施設入居者生活介護
（介護付き有料老人ホーム等） | 18件 |
| e) その他 | 9件 |
- (2) 施設長は医師ですか。
- | | | | |
|-------|-----|---------|-----|
| a) 医師 | 26件 | b) 医師以外 | 87件 |
| | | 無回答 10件 | |
- (3) 届け出ている施設の入所者数
- | | | | |
|-----------|-----|-----------|-----|
| a) 50名未満 | 28件 | b) 50～99名 | 56件 |
| c) 100名以上 | 9件 | 無回答 30件 | |

回答施設123施設の内訳は、特別養護老人ホーム57（46%）、介護老人保健施設31（25%）、介護療養型医療施設8（7%）、d) 特定施設入居者生活介護（介護付き有料老人ホーム等）18（15%）であった（図1-1）。その他9施設（7%）には、認知症対応型共同生活介護、ケアハウスなどが含まれた。施設長が医師である割合は26%で、医師以外が78%であった（図1-2）。施設の規模としては、施設利用者数50～99名、50名未満の順が多かった。



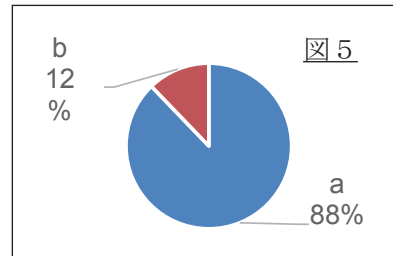
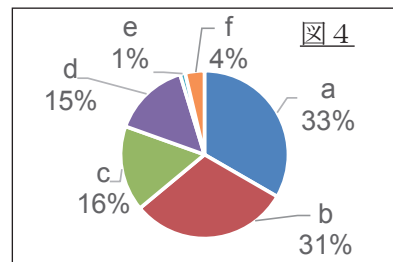
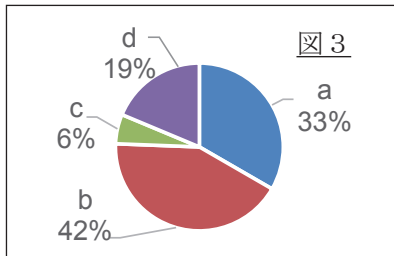
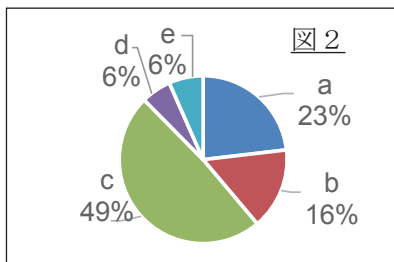
質問2. 施設に常勤の医師はいますか。

- （○は一つ）
- | | |
|---------------------------------------|-----|
| a) 24時間、施設内／隣接施設にいて、急変時に駆けつけることができる | 28件 |
| b) 平日日勤帯には施設内／隣接施設にいて、急変時に駆けつけることができる | 19件 |
| c) 往診のみ委託している（配置医、嘱託医がいる） | 59件 |
| d) 契約医師はいない | 7件 |
| e) その他（ ） | 10件 |

質問3. 施設に常勤の看護師はいますか。

- （○は一つ）
- | | |
|---------------------------|-----|
| a) 常時勤務している（当直している） | 41件 |
| b) 平日時間帯のみ勤務している（当直していない） | 52件 |
| c) 勤務していない | 7件 |
| d) その他（ ） | 23件 |

質問2は、施設利用者急変時のDNAR対応に、配置医師の判断が迅速出来る環境であるかどうかを質問している。契約医師がいない施設は6%で、ほとんどの施設では施設利用者急変時になんらかの形で契約医師が対応できる体制であった（図2）。医師が24時間急変時対応できる施設は23%である。回答施設の75%において、看護師が常勤していた（図3）。非常勤を含めて看護師が全く勤務していない施設は7施設（6%）であった。その他（19%）の施設の多くでは、看護師と非常勤契約を結んでいた。



質問4. 普段、施設利用者が急変した際には、どのように対応されていますか。(複数回答可)

- a) かかりつけ医や担当医に連絡を取り指示を受ける 99件
- b) 看護師に連絡し指示を受ける 91件
- c) 家族やケアマネに連絡し対応を決定する 49件
- d) 施設長に連絡し対応を決定する 44件
- e) 誰にも相談せずに、119番通報している 3件
- f) その他 () 11件

質問5. 普段、施設利用者が急変した際には、搬送する医療機関を決めていますか

- a) 決めている場合が多い 108件
- b) 決めていない 15件

質問4の施設利用者急変時の対応に関する相談先としては、かかりつけ医師・配置医師33%、看護師31%、家族・ケアマネ16%、施設長15%の順で多かった(図4)。e)その他の内訳は、搬送要請判断は施設長、現場スタッフ、看護、相談員、ケアマネ等の多職種で話し合い決定している、かかりつけ医の運営する施設、併設する病院、協力医療機関へ搬送するなどの回答であった。また、質問5の患者が急変した際の搬送先の選定については、予め搬送医療機関を決めている施設は88%であった(図5)。

質問6. 「延命処置を希望しない意思」の確認はどのように行っていますか。(○は一つ)

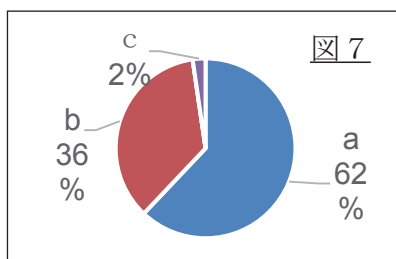
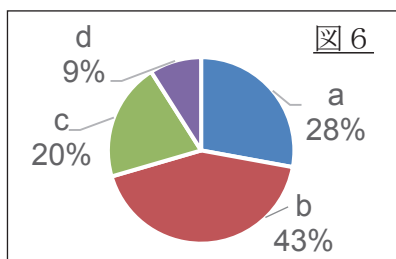
- a) 入所前、入所時、あるいは入所後のいずれかの時期に1回行っている 34件
- b) 入所後も定期的、あるいは複数回の確認を行っている 52件
- c) 確認は行っていない 25件
- d) その他 () 12件

質問7. 質問6で、a) ,b) に回答されたご施設のみに伺います。どのようなかたが入所されたときに「延命処置を希望しない意思」の確認を行っていますか。(○は一つ)

- a) 入所者全員に確認している 54件
- b) 対象を決めて確認している 31件
- c) その他 () 2件

質問6,7では、介護施設利用者のDNARの意思の確認方法について質問している。入所者に対してDNARの意思を確認している施設は86施設(71%)であった(図6)。そのうち、DNARの意思の確認を入所後も定期的に複数回確認を行っている施設は43%であった。一方で、DNARの意思の確認をしていない施設も20%あった。e)その他の内訳は、看取りが必要と判断した時期に意思の確認をしていると言う回答が多かった。DNARの意思を確認する対象は、施設利用者すべてに確認している施設が62%、対象を絞っている施設が37%であった(図7)。質問6のb)と回答し、かつ質問7のa)と回答した施設は29施設(24%)で、4

分の1の施設では、施設利用者すべてを対象に定期的にDNARの意思確認が行われていた。



質問8. 「延命処置を希望しない意思」に関する書類は、どの職種のかたが係わって作成されていますか。（複数回答）

a) 本人	40件	b) 家族	73件
c) 担当医・配置医師	48件		
d) ケアマネージャー	53件		
e) 施設長・施設職員	63件		
f) 成年後見人	16件		
g) その他の支援者	10件		

質問9. 施設で「延命処置を希望しない意思」があるかたの看取りができますか。（○は一つ）

a) 常時可能である	66件
b) 日勤帯など一部では可能である	19件
c) 対応できない	23件
d) その他（ ）	10件
	無回答 5件

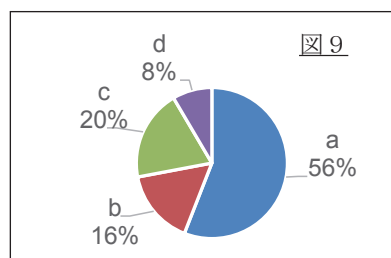
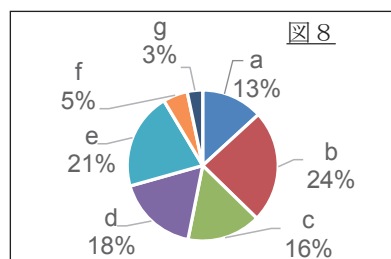
質問10. 質問9で、c) 対応できないと回答されたご施設のみに伺います。「延命処置を希望しない意思」があるかたの看取りが出来ない理由をお聞かせください（自由記載）

質問8の回答結果から、施設利用者のDNARの意思に関する書類は、家族、施設職員、意思、ケアマネージャー等が、可能な限り本人を交えて意思確認を行っている実情が推察できる（図8）。回答118施設のうち、66施設（56%）は、常時看取りが可能であると回答した（図9）。日勤帯など一

部で看取り可能を加えると72%の施設で看取りが可能である。一方、23施設（20%）が看取り体制がないと回答した。d) その他の内訳は、医師や看護師の体制が整っていない、ご遺体の安置や処置等の設備が整っていない、併設の病院で見取りを行っているなどの回答であった。

質問10の、看取りができない理由としては、以下のような回答を得た。

- ・家族の意向を含めて検討する
- ・本人及び家族の意向と身体状況により行う
- ・状態に応じ家族、主治医と話し合いを行いながら行う
- ・看取りは病気の内容によって判断する
- ・やむを得ない場合にのみ対応する
- ・隣接している病院で看取りを行っており、介護施設では看とりはしない方針である

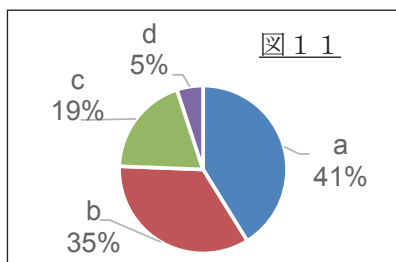


質問11. 施設として、「延命処置を希望しない意思」があるかたへの対応の仕方について明文化していますか。（○は一つ）

a) 明文化している	49件
b) 明文化していないが、対応の仕方は定まっている	41件
c) 明文化しておらず、対応の仕方も定まっていない	23件
d) その他（ ）	6件
	無回答 4件

質問11に回答した119施設のうち、DNARの意思を明文化している施設は49施設（41%）であっ

た(図11)。明文化していないが、施設して対応の手順を定めていると回答した施設が41施設(35%)あり、あわせて76%の施設がDNARの意思を示した施設利用者への急変時対応手順を定めていた。d)その他の内訳は、意思についてカルテに記録として記載、本人の状態や家族の意向が変わることがあるため、その都度、家族、医師と相談しながら対応している、今後は明文化を検討したいなどの回答を得た。



質問12. 「延命処置を希望しない意思」があることが事前に判明している方が心肺停止に至った場合、どのように対応されていますか。

(○は一つ)

- a) 蘇生を行わずに、施設で対応する
(原則、救急車は呼ばない) 59件
 - b) 蘇生を行わずに、救急車を呼ぶ 9件
 - c) 蘇生しながら、救急車を呼ぶ 26件
 - d) その他 () 25件
- 無回答 4件

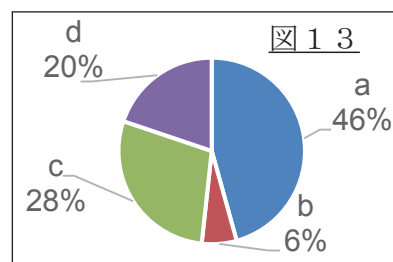
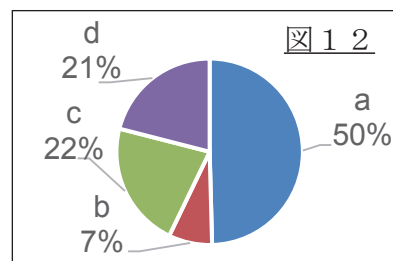
質問13. 心肺停止に至った入所者に施設職員が蘇生を開始した後に、「延命処置を希望しない意思」があることが判明しました。その場合にはどのように対応されていますか。

(○は一つ)

- a) 蘇生を中止し、施設で対応する
(原則、救急車は呼ばない) 53件
 - b) 蘇生は中止するが、救急車を呼ぶ 7件
 - c) 蘇生を継続しながら、救急車を呼ぶ 33件
 - d) その他 () 23件
- 無回答 7件

質問12に回答した119施設のうち、a)とb)を合わせた68施設(57%)がDNARの意思が確認できている場合は蘇生処置を行わないと答えた(図

12)。また、回答施設の29%は、DNARの意思が確認できていても救急車を呼ぶと回答した。d)その他の内訳は、蘇生処置を行わずに協力病院へ連絡、救急車を呼ぶ、家族、医師へ連絡するなどの回答であった。関係者へ連絡するがその間は蘇生処置を行わない回答が多かった。質問13に回答した116施設のうち、a)とb)を合わせた60施設(52%)がDNARの意思を確認した時点で蘇生処置を中止すると答えた(図13)。一方、蘇生処置を開始したあとにDNARの意思が判明した場合、33施設(28%)が心肺蘇生を続けながら、救急車を呼ぶと回答した。d)その他の内訳は、蘇生処置を中止して主治医(協力医)に連絡し、指示を仰ぐという回答が最も多かった。

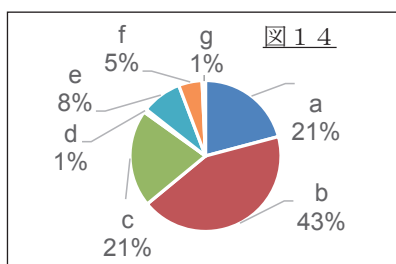


質問14. 質問12または質問13で、a)またはb)と回答されたご施設のみに伺います。蘇生を行わない、あるいは蘇生を中止する判断は、どなたの考えを優先していますか。

(複数回答)

- a) 本人の意思 29件
- b) 家族 60件
- c) 担当医・配置医師 29件
- d) ケアマネージャー 1件
- e) 施設長・施設職員 12件
- f) 成年後見人 7件
- g) その他の支援者 1件

介護施設において、施設利用者のDNAR対応の判断に最も影響するのは、家族、主治医・配置医師、施設職員の順であった。



4. 考察

地域包括ケアシステムは、高齢者の介護施設、在宅での生活重視を掲げているが、急変時対応に関する議論はまだまだ十分に行われていない。消防庁の調査では、高齢者の救急搬送件数は年々増加し、H27年の547万人を越える総搬送件数のうち、65歳以上高齢者の搬送は56.7%（前年比1.2%増）、75歳以上後期高齢者の搬送は40.3%（前年比1.0%増）である¹⁾。高齢者救急搬送の適正化の観点からは、介護施設や在宅で生活する高齢者急変時の搬送手段、搬送先選定に係る課題の解決は急務である。厚生労働省の調査では、平成22年の死亡場所は病院77.9%、自宅12.6%の順で多く、特養はわずか1.3%である²⁾。別の調査でも、介護保険3施設における100床あたりの看取り件数は、医師・看護師が常勤する介護療養型医療施設が22.8件とある程度の看取りができていますが、その他の介護施設は介護老人福祉施設（特養）9.9件、介護老人保健施設（老健）5.8件、特定施設（有料老人ホーム等）利用者6.0件であり、介護施設の看取り体制はまだまだ十分とは言えない³⁾。今回の調査で、57%の施設がDNARの意思が事前に確認できている場合は蘇生処置を行なわないと回答した。しかしながら、書類等で本人のDNARの意思が確認できた場合でも、施設職員が119番通報し、救急車で救急病院へ搬送されることは希ではない。回答施設の29%がDNARの意思が確認できても救急車を呼ぶと回答している。DNARの意思が明らかな施設利用者の心肺停止事案においては、本人の最善の利益を選択できるように本人およびその家族、施設職員、配置医師等の間で、普段からDNAR対応について十分協議しておくことが重要である。

5. 結果

本調査結果から、介護施設のDNARに対する取組はある程度進んでいることが判った。今後は、医学・倫理・法的観点から、本人のDNARの意思が明らかな場合、明らかでない場合それぞれにおいて、家族や介護施設職員が本人の最善の利益であると自信を持って行動できるための、DNARの意思とDNAR指示に関する指針と手順書の整備が必要である。さらには、看取り搬送における救急車以外の搬送手段、救急病院以外の契約施設へ搬送システムの導入など、地域の事情に合わせた看取り体制の構築が望まれる。

6. 文献

- 1) 平成28年版 救急・救助の現況 http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/fieldList9_3.html (2016.12.26アクセス)
- 2) PDF在宅医療・介護の推進について—厚生労働省 http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/zaitakuiryou_all.pdf (2016.12.26アクセス)
- 3) 平成22年人口動態統計—厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii10/> (2016.12.26アクセス)

7. 利益相反

開示すべき事項なし

医学生、看護学生の応急処置とDNARに関する実態調査

研究報告者 真弓 俊彦

伊藤 重彦、荒木 厚博、佐藤 穰、平田 敬治、大村 昌人、中原 千尋、
森永 俊彦

1. はじめに

介護施設等で急変した入所者のなかには、心肺蘇生を希望しない意思（DNARの意思）があるにも関わらず救急搬送される事例が少なからず存在する。本調査ではこのような事例に今後遭遇する医学生および看護学生に対して、DNAR対応に関する調査を行った。なお、本調査では、「DNAR（Do Not Attempt Resuscitation）」とは、高齢者の心肺停止において、急変した施設内、救急搬送中、病院収容後に、蘇生処置を希望しない本人の意思に従い心肺蘇生を実施しないことと定義した。延命処置を希望しない意思とは、心肺停止に至った場合に蘇生処置を希望しない意思（以下DNARの意思）という狭い範囲に限定した。

2. 方法

平成28年9月から11月にかけて、産業医科大学医学科・看護学科、八幡医師会看護専門学院の看護師科・准看護師科の学生に対して、書面によるアンケート調査を行った。アンケート内容は表1の通りである。

3. 結果

1) 背景

産業医科大学医学科学生1、3、5年生（以下医学生）、看護学科学学生1～4年生、八幡医師会看護専門学院看護師科学生1～3年生、准看護師科学生1、2年生以下看護学生716名から総回答数を得た。それぞれ

の内訳は表2のようであった。

表2 回答者の内訳

	回答件数 (件)	年齢 (平均±SD)	性別 (男:女)
医学部 医学科学生	275	22±2.5	163:112
医科大学 看護学科学学生	228	21±1.7	7:221
看護学院 看護師科学生	70	29±7.3	12:57
看護学院 准看護師科学生	143	29±8.2	15:127

2) 応急処置（BLS+AED）講習

応急処置（BLS+AED）講習の受講について問うたところ、表3の如く、65.7～82.7%の医学生・看護学生が応急処置講習を受講していた。

表3 応急処置（BLS+AED）講習の受講状況

	受講数／回答数	(%)
医学部医学科学生	225/272	82.7
医科大学看護学科学学生	181/228	79.4
看護学院看護師科学生	66/71	93.0
看護学院准看護師科学生	94/143	65.7

しかし、「自信を持って応急処置（BLS+AED）を実施できるか」について尋ねたところ、自信を持って実施できるという回答は、医学生で10.7%、看護学生で2.8～4.3%と非常に低く、逆に「全くできない」学生は7.2～24.5%と多かった（表4）。

表4 自信を持って応急処置 (BLS+AED) を実施できるか

	自信を持って できる (%)	ある程度は できる (%)	あまりできない (少ししかできない) (%)	全く できない (%)
医学部医学科学生 (N=272)	29 (10.7%)	135 (49.6%)	78 (38.7%)	30 (11.0%)
医科大学看護学科学生 (N=226)	7 (3.1%)	83 (36.7%)	99 (43.8%)	37 (16.4%)
看護学院看護師科学生 (N=69)	3 (4.3%)	25 (36.2%)	36 (52.2%)	5 (7.2%)
看護学院准看護師科学生 (N=143)	4 (2.8%)	43 (30.1%)	61 (42.7%)	35 (24.5%)

3) DNARに関する調査

「DNARという言葉を知っているか」について尋ねたところ、医科大学では11.8～14.6%であったのに対し、看護専門学院では51.4～82.6%とよく知っていた (表5)。

表5 DNARという言葉を知っているか

	知っている	(%)
医学部医学科学生 (N=274)	40	14.6
医科大学看護学科学生 (N=228)	27	11.8
看護学院看護師科学生 (N=69)	57	82.6
看護学院准看護師科学生 (N=142)	73	51.4

また、「DNARについて学校以外で話を聞いたことがある」のも、医科大学では低率で、看護専門学院では高かった (表6)。

表6 DNARについて学校以外で話を聞いたことがあるか

	ある	(%)
医学部医学科学生 (N=274)	20	7.3
医科大学看護学科学生 (N=216)	12	5.3
看護学院看護師科学生 (N=70)	38	54.3
看護学院准看護師科学生 (N=142)	24	16.9

「DNARの授業」も、医科大学では10%以下であったのに対して、看護専門学院では30.1～40%が授業を受けていた (表7)。

表7 DNARの授業を受けたことがあるか

	ある	(%)
医学部医学科学生 (N=275)	24	8.7
医科大学看護学科学生 (N=228)	20	8.8
看護学院看護師科学生 (N=70)	28	40.0
看護学院准看護師科学生 (N=143)	43	30.1

同様に、「自らDNARについて調べたことがある」のも医科大学では5.1%以下であったのに対し、看護専門学院では11.9～34.3%であった。

表8 自らDNARについて調べたことがあるか

	ある	(%)
医学部医学科学生 (N=275)	14	5.1
医科大学看護学科学生 (N=228)	6	2.6
看護学院看護師科学生 (N=70)	24	34.3
看護学院准看護師科学生 (N=143)	17	11.9

「病院実習等でDNAR希望の意思を表明している患者の診療に立ち会ったことがある」のは、看護専門学院の看護学生でのみ4割を超えたが、その他は1割に満たなかった。

表9 DNAR希望の意思を表明している患者の診療に立ち会ったことがあるか

	ある	(%)
医学部医学科学生 (N=275)	14	5.1
医科大学看護学科学生 (N=228)	3	1.3
看護学院看護師科学生 (N=70)	29	41.4
看護学院准看護師科学生 (N=143)	12	8.4

4. 考察

応急処置 (BLS+AED) 講習は受けているものの、自信を持って実施できる者の割合は非常に低く、逆に「全くできない」者は7.2～24.5%と実習が充分効果を示していないことが示唆された (表4)。

一方、DNARに関する調査では、DNAR という言葉を知っている頻度、DNARが話題にあがった頻度、DNARについて調べた頻度は、医科大学

と看護専門学院で大きな差があることが明らかになった。この原因として、医科大学と看護専門学院とのDNARに関する授業の有無やDNAR希望の意思を表明している患者の診療への立ち会いの有無がその一因であることが示唆された。

5. 結語

医学生、看護学生を対象に、DNARに関する意識、応急処置技術についてアンケート調査した。医科大学学生より看護専門学院の学生のほうが、DNARの内容を理解している生徒の比率が高かった。応急処置講習を受けているにもかかわらず、自信を持って応急処置ができる学生の割合は少なかった。

6. 利益相反

開示すべき事項なし

医学科・看護学科学生に対するDNARに関するアンケート調査

※このアンケートにおいて、「DNARの意思」とは、死が近づき心肺停止に至ったときに、心肺蘇生を希望しないことを指します。DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) とは、施設内、救急搬送中、病院収容後において、延命処置を希望しない本人の意思に従い心肺蘇生を実施しないことを指します (DNAR指示)。また、一次救命処置 (BLS) とは、心肺停止者に対する胸骨圧迫と人工呼吸を指します。

質問1. あなたの年齢・性別・学年についてお答えください

- (1) 現在何歳ですか (歳)
- (2) 性別をお答えください
a) 男性 b) 女性
- (3) 所属をお答えください。
a) 医科 b) 看護学科 c) その他 ()
- (4) 学年をお答えください (年生)

質問2. あなたは、応急処置 (BLS+AED) の講習を受けたことがありますか。

- a) ある b) ない

質問3. あなたは、自信を持って応急処置 (BLS+AED) が実施できますか。

- a) 自信を持って出来る b) ある程度は出来る
- c) あまり出来ない (少ししか出来ない) d) 全く出来ない

質問4. あなたは、DNARという言葉を知っていますか。

- a) 知っている b) 知らない

質問5. 過去に、DNARについて学校 (大学) 以外で話を聞いたことがありますか。

- a) ある b) ない

質問6. 学校または大学で、DNARに関する授業を受けたことがありますか。

- a) ある b) ない

質問7. あなたは、自分からDNARについて調べたことがありますか。

- a) ある b) ない

質問8. 病院実習等で、「DNARの意思」を表明している患者の診療に立ち会った経験はありますか。

- a) ある b) ない

介護施設利用者急変時の施設内応急手当の充実化に関する調査研究

研究報告者 田口 健蔵

野田 英一郎、福本 怜、長岡 敏信、佐野 耕作、野村 修、木原 健雄

研究要旨

北九州市、下関市の介護施設213施設を対象に応急手当の充実化に関するアンケート調査を行い、122施設から回答を得た(回答率57.3%)。回答結果からは応急手当に関する関心は高く、職員に対する教育にも積極的な姿勢が伺われた。しかし、応急手当に関する講習会の受講状況には施設でばらつきがあり、施設への訪問指導などを強化し、講習受講者を増やしていく必要があると考えられた。また、地域全体の応急手当充実化を考えた場合、今回のアンケートに回答がなかった施設に対しても、何らかの介入をしていく必要があると考えられた。

1. 背景と目的

介護施設からの救急要請件数は年々増加している。なかでも、急変時に救命処置を必要とする入所者においては、救急隊が到着するまでの間の施設職員による効果的な応急手当は不可欠である。今回、介護施設内応急手当の充実化を目的として、入所者急変時、とくに心肺停止に至ったときの応急手当実施の現状及び介護職員の応急手当技術維持・向上のための教育・研修体制についてアンケート調査を行った。

2. 研究方法

北九州市および下関市の各保健所が把握している介護老人福祉施設(特養)、介護老人保健施設(老健)、介護療養型医療施設、特定施設入居者生活介護施設を対象に、郵送法による応急手当の充実化に関するアンケート調査を行った。調査期間は平成28年9月中旬～10月中旬までの約1ヶ月間で、回答者は施設長または施設内の指導的立場にある職員とした。

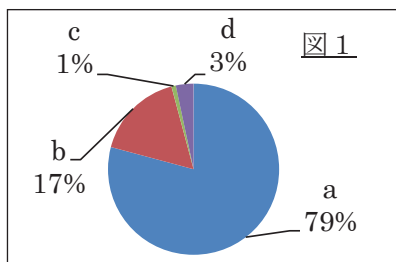
3. アンケート調査結果

両保健所が把握する介護施設213施設へアンケートを郵送、122施設から回答を得た(回答率57.3%)。回答施設の地域は北九州市99施設、下関市23施設である。質問数は12問で以下に質問内容および回答件数を示す。

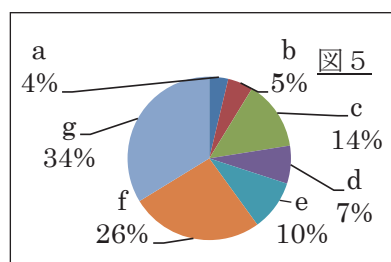
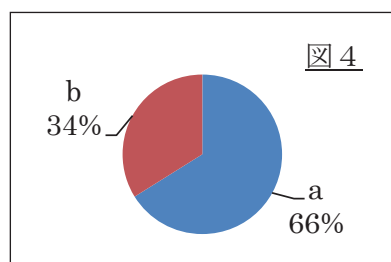
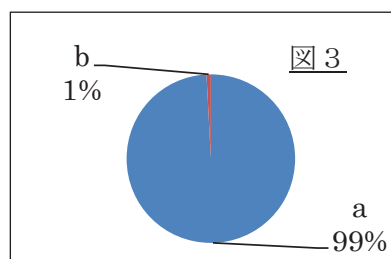
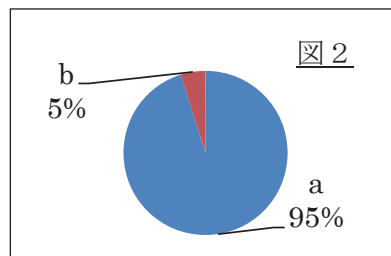
質問1. 本人・家族が積極的な治療を希望している場合の入所者の急病やけがにおいて、救急隊到着までの間、職員が行う応急手当をどのように指示されていますか。(○は一つ)

- a) すべての職員に対し、積極的に応急手当を実施するように指示している 95件
 - b) 応急手当は必要であるが、実施の判断は職員に任せている(応急手当を行う職員と行わない職員がいる) 20件
 - c) 応急手当は救急隊に任せるように指示している 1件
 - d) その他() 4件
- 無回答 3件

質問1では、施設内で応急手当を積極的に行っているかどうかを尋ねた。79%の施設では、入所者急変時に積極的な応急手当実施をすべての職員に対して指示していた。d) その他の内訳は、直接併設病院に運ぶので応急手当を行っていない、職種によりできることが異なる、心肺停止時の蘇生処置以外の応急手当は行っている、応援を呼んで応急手当を実施しているなどの回答であった(図1)。



95%の施設は、消防機関や医師会が開催する講習会について把握していた。また99%の施設は、応急手当に関する教育が必要と回答した。施設内職員の研修状況を66%の施設が把握しており、60%の施設において、1/2以上～ほぼ全員の職員が研修を受けていた(質問4、5)。



質問2. 消防機関や医師会等が応急手当講習会を開催しているのをご存じですか。

- a) 知っている 116件 b) 知らない 6件
無回答 1件

質問3. 施設職員の応急手当に関する講習会参加や教育は必要と思われますか。

- a) 必要と思う 120件
b) 必要ないと思う 1件
無回答 2件

質問4. 応急手当講習会を受けている職員数を把握しておられますか。(○は一つ)

- a) 把握している 80件
b) 把握していない 41件
無回答 2件

質問5. 質問4で、a) 把握していると回答されたご施設に伺います。応急手当講習会を受けている職員のかたは、何人おられますか。(○は一つ)

- a) ひとりもない 3件
b) 1～2名 4件 c) 3～5名 11件
d) 職員の1/10～1/5程度 6件
e) 職員の1/4～1/3 8件
f) 職員の1/2以上 21件
g) ほぼ全員 27件
h) その他 (人) 0件
無回答 43件

質問6. 職員に対する応急手当講習を自施設で開催していますか。

- a) 自施設で開催している 86件
b) 自施設では開催していない 35件
無回答 2件

質問7. 施設外の講習会等への受講を勧めますか。(○は一つ)

- a) 施設として、積極的に受講するよう職員に指導している 73件
b) 職員の希望があれば受講を許可している 47件

- c) 応急手当は行わない方針なので、受講を勧めていない 1件
無回答 2件

質問8. 職員が講習・研修に参加する場合、以下のどの方法が可能ですか。(○は一つ)

- a) 公務扱いで、費用を負担する 97件
b) 公務とは認めないが、有給休暇を取得して参加する場合には、費用は補助する 3件
c) 何も支援しない(受ける場合は休暇を取得するか、時間外に自費参加) 6件
d) その他() 8件
無回答 9件

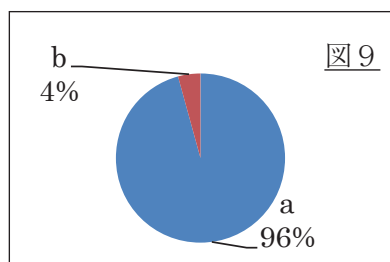
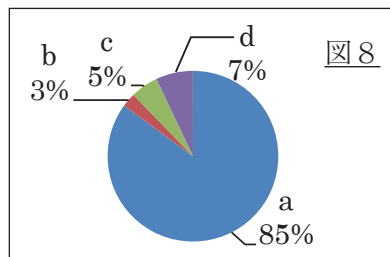
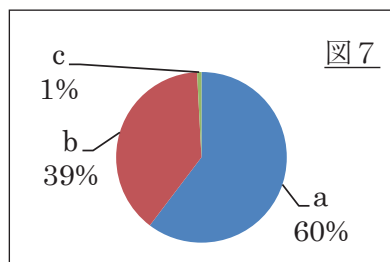
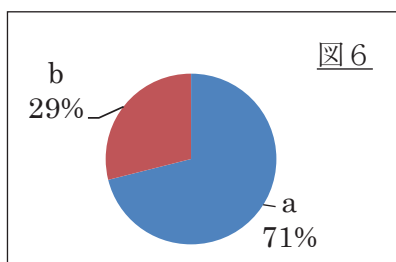
質問9. 応急手当講習を行う消防機関や団体をご施設へ出向いて指導する場合は、希望しますか。(○は一つ)

- a) 希望する 112件 b) 希望しない 5件
無回答 8件

介護施設の応急手当に対する取り組みは思った以上に充実していた。受講希望者の受講を認めているを含めると、99%の施設が職員研修に前向きであった(図7)。また85%の施設は、受講に掛かる経費を施設が公務として負担していた(図8)。

質問8 d) その他の内訳を以下に示す

- ・ 自施設で実施している
- ・ 講習の内容による
- ・ 受講は休日でも費用は負担
- ・ 準公務扱いで費用は一部負担
- ・ 講師をする者は費用負担・自己啓発の場合は自費
- ・ 公務扱い・自費



質問10. 施設内に AED を設置していますか。

- a) はい 100件 b) いいえ 15件
無回答 8件

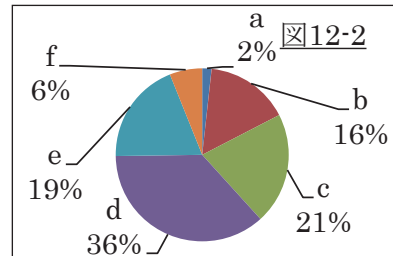
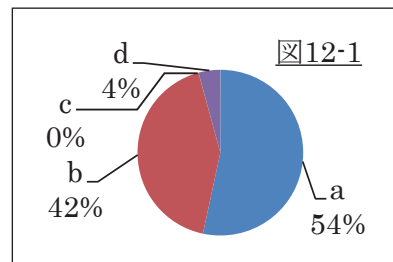
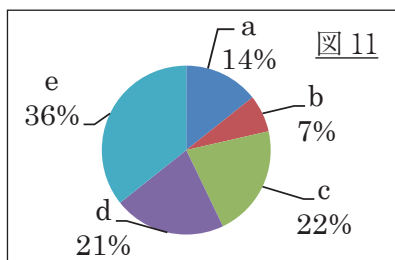
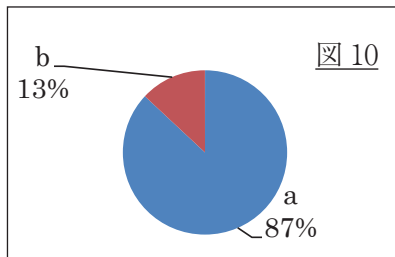
質問11. 質問10で、b) いいえと回答されたご施設に伺います。AEDを設置されていない理由を、以下から選んでください(複数回答可)

- a) 職員による応急手当を行わないため、AEDを設置していない 2件
b) AEDを扱える職員がいないために、AEDを設置していない 1件
c) 応急手当は行っているが、予算の都合でAEDを設置していない 3件
d) AED の設置を検討中である 3件
e) その他() 5件

回答した介護施設115施設のAED設置率は87%であった(図10)。AEDを設置していない理由として、隣接する施設を利用できるが2件で、残りは看取りを中心とする高齢者に対してAEDによる除細動の適応がないと考えている施設が多かった(図11)。

d) その他の内訳は、入所者の多くが延命を望んでいないのにAEDを設置すると使わざるを得な

い、80～100歳の方に使う適応はないと思う、併設病院、隣接の病院にAED設置している、高齢者～超高齢者には複数の疾患があり、AEDで一時的に救命できたとしても、その後QOL改善に有用とは思われないなど、AED使用に否定的な回答が多かった。



4. 考察

今回のアンケート調査の結果、回答が得られた施設においては応急手当への関心は高く、職員への教育の必要性も十分感じていることが分かった（質問1～3）。職員の受講歴を把握している施設は66%あった反面、すべての職員に対して応急手当講習を受けさせている施設は全体の34%に留まった（質問4、5）。施設職員による応急手当の充実化のためには、施設職員すべてが心肺蘇生講習を積極的に受講できる体制作りが重要である。職員研修を公務として取り扱っている施設は86%あり、96%の施設が施設への出前講習を希望していた（質問8、9）。保健行政、消防機関からの研修参加の働きかけ、自施設を会場とする出前研修の実施等によりより多くの職員が講習に参加する機会が増す可能性が高い。また、施設の研修費用の負担が少なくなれば、アンケート調査に参加しなかった施設においても、自施設職員の応急手当講習参加に協力しやすいと考える。

今回のアンケート調査は回答率57.3%であり、回答のあった施設については北九州市、下関市の介護施設の応急手当に関する関心は高いと考えられる。一方で、回答のなかった施設については関心が低い可能性があり、今回のアンケート調査の結果が地域全体の状況を反映しているとは必ずしもいえないであろう。介護施設全体の質の向上を考えると、参加しやすい応急手当講習の開催方法、医師会、消防機関等による講習会開催案内の

質問12. このアンケートにご回答頂いた方へ伺います。（○は一つ）

(12-1) 役職は以下のどれですか。

- | | |
|------------------------------------|--------|
| a) 施設長 | 63件 |
| b) 職員を指導する立場の常勤の管理職
(医師、看護師を含む) | 50件 |
| c) 非常勤の医師または看護師 | 0件 |
| d) 一般職員 | 5件 |
| | 無回答 5件 |

(12-2) 年齢を教えてください。

- | | | | |
|---------|-----|----------|--------|
| a) 20歳代 | 2件 | b) 30歳代 | 18件 |
| c) 40歳代 | 24件 | d) 50歳代 | 42件 |
| e) 60歳代 | 22件 | f) 70歳以上 | 7件 |
| | | | 無回答 8件 |

本研究のアンケートに関しては、大部分が施設長または指導的立場の常勤管理職が回答していることから、8割以上は40歳代以上の職員であった。適切な回答者によって回答されているものと考えられた（図12-1、12-2）。

積極的な広報活動は今後も必要である。

応急手当の充実化に必須事項としてのAED設置は87%であった。どの施設においても、蘇生処置を必要とする入所者の急変は必ず存在する。連携施設、近隣施設と共用している現状もあるようであるが、できるだけ早期の除細動実施の必要性を考えると、100%のAED設置を目指した保健行政からの働きかけが必要であろう。

5. 結語

北九州市、下関市の介護施設を対象に応急手当の充実化に関するアンケート調査を行った。回答のあった施設において結果からは応急手当に関する関心は高く、職員に対する教育にも積極的な姿勢が伺われた。一方、実際の応急手当講習会への受講状況は十分とは言えず、講習会開催案内の周知、施設への訪問指導などにより、介護施設職員の受講者を増やしていく必要があると考えられた。また、地域全体における応急手当の充実化のために、今回のアンケートに回答がなかった施設に対しても、応急手当での充実化の対する指導を行っていく必要がある。

6. 利益相反

開示すべき事項なし

平成28年度 消防庁消防防災科学技術推進制度

「地域包括ケアシステムにおける高齢者救急搬送の適正化及びDNAR対応に関する研究」

(研究代表者：伊藤 重彦 北九州市立八幡病院 救命救急センター長)

介護施設における心肺停止時のDNAR対応に関する指針の提言—特に病院前救急 における本人のDNAR意思とDNAR指示に関する倫理的・法的課題の検討

研究報告者 伊藤 重彦

松村 龍彦、鈴木 朋絵、安孫子 健輔、田邊 晴山、佐藤 穰

介護施設における心肺停止時のDNAR対応に関する検討会議構成員

伊藤 重彦	北九州市立八幡病院 副院長・救命救急センター長
松村 龍彦	安原・松村・安孫子法律事務所
安孫子 健輔	安原・松村・安孫子法律事務所
鈴木 朋絵	鈴木法律事務所
佐藤 穰	関門医療センター 副院長・救命救急センター長
竹中 ゆかり	一般財団法人救急振興財団救急救命九州研修所 教授
田口 健蔵	北九州市立八幡病院 救急科部長
田邊 晴山	一般財団法人救急振興財団救急救命東京研修所 教授
真弓 俊彦	産業医科大学 救急医学 教授
高嶋 雅樹	北九州市医師会 理事・高嶋クリニック 院長
権頭 聖	もやい聖友会権頭クリニック 院長
館山 晶	下関市医師会 理事 医療介護ネットワーク代表
山下 智省	下関市医師会 理事
水内 知子	牛尾医院 理事長
森永 俊彦	下関医療センター 副院長
野田 英一郎	地方独立行政法人福岡市立病院機構 福岡市民病院救急科
今井 丈二	特別養護老人ホーム 誠光園施設長
佐野 耕作	北九州市保健福祉局 保健医療課長
日野 俊昭	北九州市消防局 救急課長
野村 修	北九州市消防局 救急課救急指導係長
福本 怜	下関市保健部 部長
長谷川 学	前 下関市保健部 部長 (現 厚生労働省健康局総務課課長補佐)
長岡 敏信	下関市保健部 保健医療課 主任
村上 哲也	下関市消防局 警防課 主幹
木原 健雄	下関市消防局 情報指令課 係長

1. 病院前救急におけるDNAR (Do Not Attempt Resuscitation) に関する研究の必要性

1) 背景1—高齢化社会への対応

内閣府の平成28年版高齢社会白書によると、総人口が減少する中でも65歳以上高齢者は増加し、平成47年（2035）の高齢化率は33.4%で3人に1人が高齢者となると報告している¹⁾。そのため、厚生労働省は2025年（平成37年）を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、生活環境を介護施設や在宅にシフトする地域包括ケアシステムの導入を進めている。しかし、一方で、消防庁の報告では、H27年の総救急搬送に占める65歳以上高齢者搬送件数は56.7%（前年比1.2%増）で、うち75歳以上高齢者が40.3%である²⁾。なかでも、近年介護施設への出動件数が増加しており、高齢利用者急変時（心肺停止時のDNAR対応を含む）の救急搬送手段や搬送先の選定は喫緊の課題である³⁾

2) 背景2—介護施設における看取りの現状

社会保険審議会—介護給付費分科会の資料によると、特別養護老人ホームと老人保健施設の半数以上が看取り期に入った利用者に対して看取り計画を立てて、看取りを行っているという回答している⁴⁾。一方で、介護療養病床、医療療養病床では、看取りを行っているが、看取りの計画は立てていないという回答している。このことから、介護施設等における本人の意思に基づく看取り、あるいはDNAR対応は定まった計画やルールがないまま行われている現状が伺える。一方、DNARの意思が明らかな心肺停止事案が介護施設から搬送されてくる現状がある。救急要請された救急隊は、看取り対象と認識しながら蘇生処置を行いながら搬送している。また、本研究の消防職員へのアンケート調査でも判るように、救急車内で蘇生処置を行わずに救急病院へ搬送する事例も散見される。このような状況に対して、受入れる救急病院や搬送する救急隊は、病院前におけるDNAR対応の指針

を求めている。

3) 背景3—病院前救急におけるDNAR対応の課題

病院前救急においてDNAR対応が必要な対象は介護施設利用者で、DNAR指示を最終判断するのは医師である。医師の指示に従いDNAR対応を行うのが介護施設職員であり、救急隊員である。

終末期医療（心肺停止時のDNARを含む）に関する提言やガイドラインとしては、厚生労働省の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（H27年改訂）⁵⁾、日本臨床倫理学会「DNAR指示に関するワーキンググループ」の報告及びPOLST（Physician Orders for Life Sustaining Treatment）作成指針⁶⁾、日本集中治療学会倫理委員会の提言⁷⁾などが報告されている。しかし、これらの指針は、患者急変時に必要な救命医療の提供や医師によるDNAR対応がいつでもできる医療機関入院患者を対象としている。一方、本研究の対象は、適切な医療提供が難しい介護施設利用者であり、提供できる救命医療は施設職員による応急手当、現場に到着した救急隊員による応急処置と医療機関への救急搬送である。医療機関内のDNAR対応においても一部合意形成が難しい問題を病院前救急医療のなかで検討することはさらに難しい状況である。

DNAR指示は、本来悪性腫瘍の終末期のような心肺蘇生の適応がない患者に対して、尊厳を保ちながら死にゆく権利を守るために、「心停止時にCPRを行わないように」という指示⁷⁾であるが、このDNAR指示が、施設や医療者によっては異なる解釈や運用がなされ、救命し社会復帰可能な患者の生命が軽視されている懸念がある。DNAR指示は心肺停止時のみに有効で、心肺蘇生不開始以外の通常の医療・看護については別に議論すべきであることを施設職員に認識してもらうことも重要である。そこで、本研究ではDNARの意思、DNAR指示を心肺停止に至ったときのみ限定し、病院前におけるDNAR対応の倫理的、法的問題点を中心に検討した。

2. 目的

本邦においては、病院前救急におけるDNAR対応の指針は、いまだ整備されていない。そこで、本研究では、介護施設利用者が心肺停止に至った場合のDNAR対応、とくに本人のDNAR意思の確認方法、医師によるDNAR指示の実施手順、救急隊の救命処置と搬送方法に関する倫理的、法的課題を検討し、病院前救急におけるDNAR対応指針を作成することが目的である。

なお、指針作成においては、「生命」という法益の重要性に鑑み、「生命喪失を早めることになる不作為は、慎重に判断し、実施されるべきである」ことを基本方針とし、心肺停止時に心肺蘇生を行わないことが不可逆的な死に至る行為であることを十分考慮した上で、慎重に検討を重ねた。

3. 方法

平成28年9月から平成29年2月の期間において、弁護士を交えた介護施設における心肺停止時のDNAR対応に関する検討会議を計4回開催した。また、検討会議で指摘された解決すべき課題について、検討会議メンバー間でメールによる質疑応答を繰り返し、課題ごとに合意形成を図った。会議で合意した内容に基づき、介護施設利用者の心肺停止から搬送までを5段階（以下DNAR対応のための5ステップ）にわけ、「介護施設における心肺停止時のDNAR対応指針」として提言する。

なお、検討内容が心肺停止時に心肺蘇生を行わない指針作りであるため、倫理的、法的問題点を含めて、広い視点で論議するため、検討会議のメンバーは、弁護士、介護施設担当医師、施設職員、救急病院医師、行政機関職員（保健所、消防機関）など多職種の委員により構成した。

また、DNAR対応指針の作成において、検討会議のなかで指摘された解決すべき課題を9つの論点に整理し、合意を得るまでのプロセスを別項にてわかりやすく解説した。

4. 本研究におけるDNARに関する用語の解説

1) DNAR (Do Not Attempt Resuscitation)

DNAR (Do Not Attempt Resuscitation)とは、心肺停止時に心肺蘇生を行わないことである。

2) DNAR対象の病態

本人のDNARの意思、DNAR指示は、本人が心肺停止に至った時のみ有効である。慢性期疾患の悪化、癌疾患末期、栄養失調、老衰など、心肺停止に至っていない重篤な病態は本研究の対象外である。

3) 本人のDNARの意思と確認方法

本人のDNARの意思とは、本人に意思決定能力がある状況下で、心肺停止時に蘇生処置を希望しない明確な意思である。本人の意思決定能力がない状況下では、家族を中心に複数の関係者が可能な限り本人の意思と**本人の最善の利益^{注1)}**を尊重して判断した推定意思を持って本人の意思とする。

本人のDNARの意思の確認方法には、以下の2つの場面が考えられる。

(1) 本人の意思決定能力がある時期の確認

(①または②)

(2) 本人の意思決定能力がない時期の確認

(1) 本人の意思決定能力がある時期の確認

①本人に意思決定能力がある時期に作成された、心肺停止時に蘇生処置を希望しない意思がわかる直筆の署名入り書類（**DNAR事前指示書^{注2)}**）が確認できる。

②本人に意思決定能力がある時期に、将来の生き方、急変時の処置（心肺停止時の対応含む）、治療等について、信頼する医師、看護・介護者や家族と普段から話していた内容が、本人のメモや診療録・看護記録、関係者の記憶等で確認できる^{注3)}。

(2) 本人の意思決定能力がない時期の確認

意思決定能力がある時期に本人の意思確認ができていないが、心肺停止に至る可能性が高い状況において、信頼する医師、看護・介護者や家族等本人が信頼を寄せている関係者が本人の最善の利益を尊重し、可能な限り本人の意思を推定した推

定意思が確認できる。なお、介護施設等においては、意思決定能力の低下する前に、施設利用者の病状の悪化やADLの変化、認知症の進行等に合わせて、数ヶ月の間隔で本人の意思を確認しておく。

4) 心肺停止時のDNAR指示

病院前救急において**DNAR指示^{注4)}**を実施する場合は、本人のDNARの意思あるいは本人の最善の利益を尊重した推定意思に基づき、心肺停止時に医学的見地から心肺蘇生を行わないことが適切とする担当医師の判断が確認出来た場合に限り有効である。従って、担当医師は、心肺停止に至る可能性が高い時期には、施設職員や家族等いつでも連絡が取れる体制を作っておくことが重要である。

注1) 本人の最善の利益

病院前救急において、本人の最善の利益を尊重するDNAR対応とは、本人の意思決定能力がある時期のDNARの意思（DNAR事前指示書）に従って対応することである。認知症の進行や疾病による意識障害等により本人の意思決定能力がない時期のDNAR対応については慎重に行なわれるべきである。本研究では、本人の意思決定能力が低下あるいは能力がない時期において、本人が日頃から信頼を寄せている関係者が本人のDNARの意思を可能な限り推定し、本人の最善の利益を十分尊重した推定意思を支持する。ただし、心肺蘇生の可否は医学的判断が重要であり、心肺停止時において、担当医師が心肺蘇生を行わないことが適切であると判断していることが条件である。また、本人の最善の利益を尊重するDNAR対応は心肺停止時に限る。

注2) DNAR事前指示書

病状がよくなる可能性がない終末期、あるいは生命を脅かす疾患に直面した場合の医療処置（DNARを含む）について、本人および関係者が十分協議して本人の意思を最大限尊重した方針を表明する書類は、事前指示書、事前指定書、患者の事前の意思表示書、尊厳死宣言書、蘇生拒否の指示（DNAR）書等、使用する団体・機関のこれ

までの経緯により様々な呼称があり、それぞれ形式も異なる。本研究では、心肺停止時に蘇生処置を希望しない意思を本人が表明した書類をDNAR事前指示書と呼ぶ。DNAR事前指示書に従った医師によるDNAR指示は、心肺停止時のみに有効である。

注3) アドバンス・ケア・プランニング

介護施設においては、利用者の意思決定能力のある時期に、将来の生き方について本人と信頼できる関係者が積極的に話し合うことが重要である。アドバンス・ケア・プランニングとは、患者本人の意思決定能力低下に備えた対応プロセス全体を指し、個々の具体的な目的に対する事前の意思ではなく、本人の言葉、本人の記述等を通して、本人の将来に対する希望や意思を広く推し量って、本人の最善の利益に繋がる医療や介護を提供することである。アドバンス・ケア・プランニングの先に、本人の意思の一つとして心肺停止時のDNARの意思が存在する。本研究は、介護施設利用者の日常生活において、関係者が普段から本人の意思を推し量るべく努力することを支持しており、病院前救急におけるDNAR対応では必要な行動である。

注4) DNAR指示

DNAR事前指示書により本人のDNARの意思が確認できている場合であっても、心肺停止時においては、医学的見地に基づく担当医師のDNAR指示を確認すべきである。担当医師は、心肺停止に至る可能性が高い時期には、施設職員や家族等いつでも連絡が取れる体制を作っておくことが肝要である。医師と直ちに連絡がつかない場合でも、一定時間内に医師が確実に施設へ到着することが明らかな場合は、DNAR指示は有効である。

以下のような場合は、担当医師のDNAR指示が有効と考えられる。

- (1) 「急変時にすぐに連絡がつかない場合でも、救急要請は行わずに医師の到着を待つように」など、担当医師とすぐに連絡が取れない場合の具体的指示がDNAR事前指示書に記載してある場合

- (2) 心肺停止に至る数日以内において、「すぐに連絡がつかない場合でも、医師が到着するまでは心肺蘇生を行わず、救急車も呼ばずに待つように」などの具体的なやり取りが施設職員と担当医師の間で交わされている場合

5. 介護施設における心肺停止時のDNAR対応指針の提言

DNARの意味が確認出来る（DNAR事前指示書がある）利用者が心肺停止に至った際に、本人のDNARの意思を尊重した対応を取るための手順を、以下の5つのステップにわけて定める。

1) 介護施設における心肺停止時のDNAR対応のための5ステップ

- | | |
|--------------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> ステップ1 | 急変時の観察と
DNAR事前指示書の確認 |
| <input type="checkbox"/> ステップ2 | 心肺蘇生 |
| <input type="checkbox"/> ステップ3 | DNAR指示の確認と緊急連絡 |
| <input type="checkbox"/> ステップ4 | 救急車の要請 |
| <input type="checkbox"/> ステップ5 | 救急搬送 |

ステップ1 急変時の観察と

DNAR事前指示書の確認

- (1) 施設職員の応援を呼び、AEDを依頼する。
- (2) 心肺停止（反応がなく、普段通りの呼吸をしていないこと）を確認する。
- (3) DNAR事前指示書を確認する
- (4) 心肺停止時に本人のDNARの意思（DNAR事前指示書等）が確認できる場合は、心肺蘇生を行わずにステップ3へ移る。
- (5) 心肺停止時に本人のDNARの意思が確認できない場合は、心肺蘇生を行う。

ステップ2 心肺蘇生

- (1) 心肺停止時に本人のDNARの意思が確認できない場合は、心肺蘇生を行う。

- (2) 心肺蘇生は、絶え間ない胸骨圧迫（心臓マッサージ）を行い、可能であれば人工呼吸を組み合わせる（心肺蘇生法の手順を参照すること）。
- (3) 心肺蘇生を継続しながら、DNAR事前指示書の有無を確認する
- (4) 担当医師や家族へ急変（心肺停止）を伝える

ステップ3 DNARの意思確認、 DNAR指示の確認

- (1) 心肺停止時に本人のDNARの意思（DNAR事前指示書）が確認できている場合
 - ①心肺蘇生を行わず、速やかに担当医師に連絡し、DNAR指示の確認を行う。
 - ②担当医師のDNAR指示が確認できた場合は、救急車の要請は行わない。
- (2) 心肺蘇生を開始したのちに、本人のDNARの意思（DNAR事前指示書）が確認できた場合
 - ①担当医師と連絡が取れ、DNAR指示が確認できた時点で、心肺蘇生を中止する。
 - ②担当医師と連絡が取れず、DNAR指示を確認できない場合は、心肺蘇生を継続する。

ただし (1) (2) で直ちに担当医師と連絡が取れない場合でも、心肺停止前の数日以内に医師から具体的な指示が出ている場合は心肺蘇生を中止し、担当医師の到着を待つ。

（DNAR指示が有効と考えられる担当医師の具体的な指示）

- (1) 「急変時に直ちに医師と連絡がとれない場合でも、救急要請は行わずに医師の到着を待つように」など、担当医師とすぐに連絡が取れない場合の具体的な指示がDNAR事前指示書に記載してある場合
- (2) 心肺停止に至る数日以内において、「すぐに連絡がつかない場合でも、自分は到着するまでは心肺蘇生を行わず、救急車も呼ばずに待つように」などのやり取りが施設と担当医師の間で心肺停止に至る数日以内に具体的な指示が相談されている場合

ステップ4 救急車の要請

- (1) 救急車の要請は、心肺蘇生が必要な対象である場合に行う。
- (2) 救急隊の到着までは、胸骨圧迫を継続する。
- (3) 以下の場合、救急車を要請しない
 - ①心肺停止時に、本人のDNARの意思(DNAR事前指示書)、担当医師のDNAR指示が確認でき、心肺蘇生を行なわなかった場合
 - ②心肺蘇生開始後に、本人のDNARの意思(DNAR事前指示書)、担当医師のDNAR指示が確認でき、心肺蘇生を中止した場合

ステップ5 救急搬送

- (1) DNAR指示の有無にかかわらず、救急車による搬送では、傷病者を心肺蘇生しながら搬送することが原則であることを承知しておく。
- (2) 救急隊到着時に、本人のDNARの意思、及び担当医師によるDNAR指示が確認できた場合は、傷病者を搬送しなくてもよい。
- (3) 傷病者に接触した救急隊員が心肺蘇生を開始した後に、本人のDNARの意思、および担当医師によるDNAR指示が確認できた場合は、継続中の心肺蘇生を中止してよい。
- (4) 上記(2)、(3)で心肺蘇生を行わず不搬送となる場合、現場救急隊は担当医師の施設到着を待たずに帰還することができる。
- (5) 上記(2)、(3)、(4)の項目については、各地域のメディカルコントロール協議会と予め協議しておく。

6. DNAR対応に関する検討会議の論点と合意形成のプロセス

DNAR対応指針作成に際して、検討会議で未だ解決すべき課題を9つの論点(論点①～論点⑨)にわけて、倫理的、法的側面から検討を行った。各課題に対する研究班の意見を記載し、研究班で合意を得た内容(青字)を記載することで、研究班の意見をまとめ合意に至るまでのプロセスがわかるように解説した。

- (1) 論点①：本人のDNARの意思とは、どのような意思か。

DNARに関する多くの指針が、生命を脅かす疾患(日本臨床倫理学会)、集中治療室で治療されている急性重症患者に対して適切な治療を尽くしても延命の見込みがないと判断される時期(3学会からの提言⁸⁾)など、心肺停止以外の病態を広く含めたものである。日本集中治療学会の提言⁷⁾は、DNAR指示を心肺停止時のみに有効としている点で本研究と対象が同じであるが、あくまで医療が充実した病院内の対応指針であり、病院前における介護施設職員や救急隊へのDNAR指示については言及していない。また、病院内と違って、介護施設においては心肺停止時に担当医師が急変現場に居合わせることが困難で、医師のDNAR指示も様々な状況下でだされる可能性がある。

(論点①の合意事項)

- 1) 本邦に先行する病院前のDNAR指針がない
- 2) 対象が医師・看護師が常勤していない救急医療の提供が困難な介護施設利用者である
- 3) 救急隊の業務は、消防法に規定された病院前救急医療活動である
- 4) 全国の介護施設においては、独自のルールで看取りを行っているのが現状である
上記より、病院前における本人のDNARの意思、DNAR指示は心肺停止時のみに有効とする。

- (2) 論点②：介護施設等において、DNAR対応に関する委員会の設置は必要か

- ・医療機関で治療中の患者においては、本人のDNARの意思の確認・推定は、多職種による合意形成を原則としており、そのための委員会設置を推奨している。しかしながら、適切なDNAR事前指示書がない、あるいはDNARの意思確認のための協議経過が記録されていない介護施設の現状からは、第三者を交えた倫理委員会等の設置は現実的ではない。本人および本人が信頼をよせる複数職種が参加し、本人の希望や意思について協議したプロセスがわかるような話し合いの場と話し合った内容の記録があればよい。
- ・話し合いには、担当医師、家族、ケアマネー

ジャー、介護施設の施設長や職員、ほか複数の関係者が参加すべきである。

(論点②の合意事項)

特別な委員会は不要である。ただし、話し合いには複数の関係者が参加し、本人の意思を確認するまでの協議のプロセスがわかる記録を残す。

(3) 論点③：本人の意思=DNARの意思という狭い議論を避ける

(検討会議意見)

- ・話し合いの目的をDNARの意思やDNAR指示に限るべきでない。
- ・本人が信頼している複数の関係者が、終末期に向けた本人の希望や意思について普段から本人を交えて話し合い、本人の最善の利益に繋がる医療や介護について合意形成していくことが重要である（アドバンス・ケア・プランニング）。

(論点③の合意事項)

- 1) 意思決定能力のある時期の本人から終末期に向けた希望や意思を広く聞き取っていくなかの一つの意思の表明がDNARの意思である。
- 2) 本人の意思の中で、死にもっとも近い時点の意思がDNARの意思である。

(4) 論点④：DNAR事前指示書を見直す間隔、効力の持続期間はどうか

(検討会議の意見)

- ・本人のDNARの意思は、本人の意思決定能力がある時点で確認された意思である。
- ・本人の意思決定能力がある時期に、本人が終末期に向けてどのような希望や意思を持っているかを関係者の間で話し合い、そのなかで心肺停止時に本人がどのような対応を希望しているかを判断（推測）した結果が、本人のDNARの意思であり、DNAR事前指示書である。
- ・話し合う回数が多いほど、本人の意思はより尊重され、新しい希望や意思の確認ができる。
- ・DNARの意思はいつでも撤回できるが、心肺停

止時に本人の意思が変わっていたか、意思を撤回したいと思っていたかを判断することは困難である。医師を確認する機会は多いほうがよい。

- ・医師の確認は3-4ヶ月に1回程度は適切であるという意見、年1回や入所時のみは少ないという意見がでた。

(論点④の合意内容)

- 1) 本人の意思決定能力がある時期に、意思を確認しておくことは重要である。
- 2) 本人のDNARの意思の確認時期・回数（DNAR事前指示書の作成時期・見直し回数）は、個々のケースで異なる。病状等経過が変わりやすい時期は短い間隔で確認し、病状等が落ち着き固定している時期は少ない確認回数でも効力が続いていると考えられる。

(5) 論点⑤：DNAR事前指示書の様式や必要な項目は決めなくてよい。

(検討会議の意見)

- ・各関係機関が提案している指示書の様式を参考にすればよい。
- ・施設の種類や規模、担当医師の常勤の有無で異なるため、独自の様式の提案は不要である。

(論点⑤の合意内容)

本研究独自の記載様式は提案しない。関係団体が提案している様式を参考にされたい。

ただし、以下ことを留意して作成すべきである。

- 1) 参加者の署名：本人が日頃から信頼を寄せている、家族、担当医師、施設職員、関係職種等複数が会議（話し合い）に参加し、参加した全員が署名する。
- 2) プロセスのわかる記述：形式・様式は問わないが、本人の希望や意思の確認手順等プロセスのわかる記述を心がける。
- 3) 心肺停止時にDNAR指示をだす担当医師の署名は必須である。
- 4) 急変時に直ちに連絡が取れない場合の医師の具体的な指示や手順について記載しておく。

(6) 論点⑥：DNAR指示について

- 1) DNAR指示は医師のみが行うべきか。医師以外が指示を出すことはできないのか。
- 2) DNAR指示の効力が持続する期間はどれくらいか。
- 3) 心肺停止時に、担当医師と連絡が取れない場合は、DNAR指示は執行できないのか

(論点整理)

DNAR指示については、本人のDNARの意思以上に議論を重ねた。最も大きな論点となったのは、「DNAR指示は医師のみが行うべきか」、「心肺停止時にただちに担当医師と連絡が取れない場合は、DNAR事前指示書もDNAR指示も有効でなくなるのか」など、医師がただちに診察が出来ない場合のDNAR指示の効力に関する問題であった。心肺停止に至った高齢者に、心肺蘇生を行わない時間が数分でもあれば、その後に心肺蘇生を開始しても回復はほぼ絶望的である。そのため、DNAR事前指示書を確認したのち、心肺蘇生を行わずに担当医師へDNAR指示を求める行動は、心肺停止時にDNAR指示の効力が持続していることが絶対条件となる。

しかしながら、この条件を確実に履行するには、心肺停止に至ると同時に直ちに担当医師が駆けつけなくてはならない。診療所を運営しながら担当医師となっている場合、勤務医が契約医師である場合に、急変者の診察を直ちに行うことは不可能である。不可能であるがゆえに、DNAR指示の運用が各施設で曖昧となっている現状がある。研究班はこの項目に関して、担当医師が施設へ出向くまでの時間的余裕と医師法、DNAR指示の効力の期間について検討した。

(検討会議の意見)

- ・ DNAR指示が適切であるかどうか、最後の医学的判断は医師が行うべきである。
- ・ 接触した救急隊員が最新の病態を把握しているが、救急隊員がDNAR指示の適応を判断することは無理である。このような医学的判断を救急隊に求めることは、救急隊員にとって負担である。
- ・ ある時期に作成されたDNAR事前指示書があっ

ても、医学的にDNAR指示が本人の意思に沿った状況であるかどうかを心肺停止時に判断できるのは医師のみとすべきである。

- ・ 心肺停止時のDNAR指示の有効性は、担当医師の責任のもとで判断すべきである。
- ・ DNAR事前指示書が本人の意思を最大限に尊重して作成されていても、心肺停止時に医師の最終判断でDNAR指示が執行されるのであれば、DNAR事前指示書に示す本人の意思は常に担当医師の判断に左右されることにはならないか。
- ・ 心肺停止時にDNARの意思が変わっていない（あるいは意思を取り消していない）ことを100%保障することはできない。そのため、心肺停止時に本人の意思に則って、心肺蘇生を行わないことが適切であるという医学的判断は重要である。そのことから、本人の意思の確認（DNAR事前指示書の存在）と心肺停止時の担当医師によるDNAR指示はセットである。
- ・ DNAR事前指示書の作成時期（本人の意思の確認時期）が半年前、あるいは1年前の場合は、効力に問題はないのか。どのくらいまえのDNAR事前指示書が効力があるのか、どれくらいの間隔で再確認すべきか。
- ・ 介護施設において数ヶ月単位で意思を確認することは、現実的でない。しかしながら、普段から本人の希望や意思をできるだけ聞く、できるだけ推定する、その延長線上に心肺停止時のDNARの意思を確認することが重要である。

(論点⑥の合意内容)

- 1) 本人の意思（最新のDNAR事前指示書）の効力が続いているのか、途中で意思を撤回していないかは、次のDNAR事前指示書作成までわからない。そのような不確実さを残すDNAR事前指示書を担保するのが、心肺停止時にDNAR指示を執行する担当医師の判断である。
- 2) 一度作成したDNAR事前指示書の効力は作成からの期間ではなく、その後の意思決定能力の低下・喪失の有無、本人の病状変化、意

思の変化等により決まる。従って、推定意思を含めて、普段から関係者が本人の希望や意思を積極的に確認することが大切である。

- 3) DNAR事前指示書の効力を心肺停止直前に確認することは不可能である。そのため、DNAR事前指示書の効力が続いていることを担保するためにも、DNAR指示が適切であることを医師が示す必要がある。
- 4) 心肺停止時にただちに担当医師が施設に赴きDNAR指示をだすことは、現実ではない。施設到着が数時間から半日後であっても、心肺停止時の具体的な指示が出ている場合は、DNAR指示は有効と考えるべきである。そこで、本研究では、担当医師から具体的な指示が出ていることを条件に、DNAR指示の効力を心肺停止数日前（2～3日以内を想定）まで広げることを提案する（巻末：DNAR指示の効力について：図A、図B参照）。

担当医師のDNAR指示として、以下のような具体的な指示は有効と考えられる。

- (1) 「急変時に直ちに医師と連絡がとれない場合でも、救急要請は行わずに医師の到着を待つように」など、担当医師とすぐに連絡が取れない場合の具体的手順がDNAR事前指示書に記載してある。
- (2) 心肺停止に至る数日以内において、「医師とすぐに連絡がつかない場合でも、医師が到着するまでは心肺蘇生を行わず、救急車も呼ばずに待つように」などのやり取りが施設と担当医師の間で相談されている。

(7) 論点⑦：救急隊員は、はじめた心肺蘇生を途中で中止できるか

- 1) 救急出動したのちにDNAR事前指示書が確認できた場合、到着救急隊は蘇生処置を行わないでよいか。そのときの条件はなにか。
- 2) 到着救急隊員が心肺蘇生を始めた後に本人の意思が確認でき、DNAR指示のもとで心肺蘇生を中止できるか？そのときの条件はなにか。
- 3) 救急隊は、心肺停止傷病者を搬送せずに帰還

できるか。そのときの条件はなにか。

(論点整理)

消防法に則って現場活動を行う救急隊は、傷病者がDNAR事前指示書を持っていても、医師が直接死亡確認をするか、搬送しない指示をださないかぎり、不搬送にすることは非常に困難である。但し、救急企画室長通知（平成26年2月24日消防救第36号）「救急活動時における適正な観察の実施について」で示された項目全てに該当した場合は、不搬送とすることができる。また、心肺停止傷病者を前にして心肺蘇生を行わない行為は、十分担保されたDNAR指示が必要である。病院前においてはDNAR事前指示書や医師のDNAR指示の効力と救急隊員の取るべき行動に関する議論がされていないため、DNAR対象者をまえに現場は混乱している。本項では、到着救急隊員が心肺停止傷病者に一旦始めた心肺蘇生をDNAR指示に従い途中で中止するための手順、条件について議論した。

(検討会議の意見—消防機関等)

- ・救急救命士による胸骨圧迫、呼気吹込み法による人工呼吸は、平成4年指第17号「救急救命処置の範囲等について」改正平成26年1月31日医政指発0131第1号にて、『医師の包括的な指示』とされています。このことから、『(担当)医師の具体的な指示』があれば、中止できると解釈はできないか。
- ・DNAR事前指示書が確認できた傷病者でも、現場到着後に心肺蘇生をしないでよいとするDNAR指示の効力が曖昧な場合は、心肺蘇生を実施しながら救急搬送することが多い。
- ・担当医師と連絡がとれ、かつ担当医師が施設に到着したのち、「蘇生はしない、搬送もしない」というDNAR指示が出た場合のみ不搬送で帰還している。またこの場合でも、施設で待機し、担当医師が施設に到着して指示をもらった時点で帰還している。
- ・心肺停止時に担当医師と連絡が取れない場合は、DNAR指示が確認できないため、DNAR事前指示書が確認できても、心肺蘇生を行いなが

ら救急搬送することになるのではないか。

(検討会議の意見—弁護士等)

- ・ DNAR指示については、①成立要件の問題、②効力維持の問題（撤回の有無,有効期間）③適用の有無の問題に分けて検討する必要がある。
- ・ 介護施設内でのDNAR対応とは異なり、救急隊は消防法に則って病院前救急活動を行っているため、より慎重な対応となることはしかたない。また、医師と連絡が取れない状況下で、到着救急隊がDNAR指示の効力を現場で判断することは非常に難しい。
- ・ DNAR事前指示書が確認できた場合でも、本人のDNARの意思は撤回されていないか、今の状況はDNAR指示が適用される状況かどうかを、DNAR指示をだす担当医師に照会すべきである。そして、DNARの意思が撤回されているおそれがないこと、及び医師のDNAR指示の効力があることを確認した場合に限って、救急隊員は心肺蘇生や救急搬送を行う必要がなくなる。

(論点⑦の合意内容)

救急隊到着時において

- 1) 救急隊到着時において、DNAR事前指示書があり、担当医師から直接DNAR指示を受けた場合、または、医師と直ちに連絡が取れない場合でも、DNAR事前指示書があり、施設に対してDNARに関する医師の具体的な指示が出ている場合は、
 - ①心肺停止傷病者に対して、心肺蘇生を行わなくてよい（論点⑥参照）。
 - ②DNARの意思が確認できるまえにはじめて心肺蘇生を中止してもよい。
 - ③担当医師と連絡が取れる、あるいは医師の具体的な指示が確認でき、医師が施設へ来ることが確実な場合は、現場救急隊は担当医師の到着まえに傷病者を搬送せずに（不搬送で）帰還できる。
- 2) 上記救急隊活動については、各地域のメディカルコントロール協議会において予め協議しておく。

(8) 論点⑧：DNAR対象の傷病者は、救急搬送の対象ではない

- 1) DNARの意思、DNAR指示が確認できたら、不搬送にできるか
 - 2) 救急車は、DNAR対象の傷病者を、BLSなしで救急搬送できるか
- (論点整理)

DNARの意思がある傷病者急変時に、家族から「病院に搬送して欲しいが、本人のDNARの意思により、なにもしないで搬送して欲しい」という要請を受けることがある。消防法第2条9項では、「救急隊は傷病者が医師の管理下に置かれるまでの間において、緊急やむを得ないものとして、応急の手当を行うことを含む。」とされており、救急車による搬送を行う際には、救急隊は搬送中BLSを行うべきという解釈である。一方、看取り患者DNAR対象者が救急病院に搬送され、ERスタッフは、本来の救命医療という業務とかけ離れた、非緊急にあたる看取りを行っている。全国の救急需要を考えると、高齢者の急変に対して、救急車以外の搬送手段、救急病院以外の搬送先システムを構築する時期である。本項目の協議では、DNARの意思、DNAR指示が確認できた傷病者の搬送手段・搬送中の蘇生処置の是非、あるいはこのような傷病者になにもせず不搬送で帰還できるのか、そして、搬送手段、搬送先の問題について、協議した。

(検討会議の意見—救急医)

- ・ 介護施設からの看取り搬送が増加している。この現状を改善できないか。
- ・ 救急搬送中はBLS実施が原則であるなら、DNAR対象者は、救急車以外の搬送手段で搬送するシステムを構築していくべきである。
- ・ 看取り患者、DNAR対象者は、救急病院以外で看取りができる医療機関へ搬送すべきである。
- ・ 救急受入れしたのちにDNARの意思が確認できた場合は、確認時点で蘇生処置を中止している。救急隊がBLSを行いながら搬送し、救命医療を行う救急病院が受入れ後に蘇生処置を中止している現状はおかしい。

- ・DNAR対象者は、救急病院以外へ搬送できないのか。たとえば、介護施設と契約して看取りなら受入れできる医療機関などへ搬送することはできないか。
- ・本人のDNARの意思が確認できた時点で、現場救急隊は不搬送とすべきではないか。
- ・DNAR対象者は、救急車で救急病院へ搬送しないで済むようなルールが必要ではないか。
- ・関係者が搬送を拒むときは救急隊も搬送できないはずである。「病院へ搬送して欲しいけど、蘇生処置をすることになるのであれば、搬送しないでほしい」と家族が申し出たら不搬送になるのではないか。
- ・救急隊を呼んだあとでDNAR事前指示書が見つかった場合、かつ医師が電話でも搬送しないでいいといったなら、そのまま不搬送で帰るのではないか。
- ・DNAR対象である傷病者の受け入れ先がなかなか決まらないことに救急隊が困っている。この問題を解決するためには、いわゆる“看取り患者”を救急病院以外の搬送先へ搬送できるシステムが必要である。

(検討会議の意見—消防)

- ・たとえば、北九州市救急業務規定第13条においては、「傷病者の救命救護を主眼とし、傷病者の観察等を行い、必要な応急処置を施した後、傷病者の症状に最も適した直近の医療機関にすみやかに搬送する。」とある。また、第14条では、「救急隊員は救急救命士法及び救急隊員の行う応急処置等の基準に基づき、傷病者に対して観察等及び応急処置を行うものとする。」とある。従って、BLSなしの搬送は原則行っていない。
- ・救急業務規定第18条に、傷病者または関係者が搬送を拒んだ場合は、これを搬送しないものとする。DNAR事前指示書は搬送することを希望していないので、担当医師のDNAR指示が確認できれば、不搬送にできるのではないか。
- ・一般的には、DNARの意思が確認できた傷病者をBLSなしで医療機関に搬送する業務は緊急性

がないと思われる。従って救急搬送の業務に該当しないことから、救急隊による搬送は適当でない。

- ・救急車が緊急走行中事故を起こした場合、救急業務に該当しない転院搬送などでは、民事及び刑事上の責任を問われる場合がある。医療機関がこのことを理解して頂けるなら、救急車による看取り患者の搬送依頼はなくなると思われる。

(論点⑧の合意内容)

- 1) 論点⑦の合意にあるように、DNAR指示について担当医師と連絡が取れる、あるいは医師の具体的指示があり、担当医師が施設へ来ることが確実な場合は、医師が到着するまえに傷病者を搬送せずに帰還できる(不搬送にできる)。
- 2) 原則、消防法においては、心肺停止傷病者をBLSなしで救急搬送することは困難である。
- 3) DNAR指示にある傷病者に対しては、救急車以外の病院車や民間救急などによる搬送手段を検討すべきである。
- 4) DNAR指示にある傷病者に対しては、救急病院以外で看取りを行える医療機関へ搬送できるシステムを地域で構築すべきである。
- 5) 上記1)～4)の項目については、各地域のメディカルコントロール協議会で予め協議しておく。

(9) 論点⑨：介護施設から救急要請する際の基準が必要ではないか

- 1) 利用者急変時に、施設職員が一律に119番通報を行うような状況を改善できないか。
- 2) 施設職員がDNARの中身を正しく理解することで、適切な救急要請の判断が出来るようになるのではないか。

(検討会議の意見)

- ・救急要請されると、出動救急隊はDNAR対象とわかっていても搬送せざるを得なくなる。安易な救急要請にならないような指導などが必要ではないか
- ・DNARの意思がわかっている場合は、施設職

員は慌てず救急車を呼ぶべきかどうか確認することが重要である。施設職員がDNARの中身をしっかりと理解すること、本人のDNARの意思、DNAR指示について教育・研修することで、救急車を安易に呼んではいけないことが理解できるのではないか。

- ・DNAR指示は心停止時のみに有効で、通常の終末期医療・看護・介護とは異なることを施設職員にも認識する必要がある。

(論点⑨の合意内容)

- 1) 介護施設職員は、普段から、病状に変化のある施設利用者については、DNARの意思があるかどうかを把握しておく。
- 2) 施設職員は利用者急変時（心肺停止時）に慌てることなく、救急搬送の適応であるかどうかを十分確認してから119番通報する。
- 3) 施設職員は、DNARに関する研修等に積極的に参加し、施設利用者急変時の安易な救急要請が本人のDNAR意思に反する行為であることを理解する機会とする。
- 4) 施設管理者は、DNARの意思を尊重する適正なDNAR指示が執行できるように、施設職員に対する指導・教育に心がける。

7. 結語

病院前救急における心肺停止時のDNAR対応に関する考え方と指針を提言した。

別冊にて、介護施設における心肺停止時のDNAR対応マニュアルを作成した。

8. 文献

- 1) 厚生労働省 平成28年版 高齢社会白書
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/zenbun/pdf/1s1s_1.pdf
- 2) 消防庁 平成28年版 救急・救助の現況 I 救急編
http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/kyukyukyujou_genkyo/h28/01_kyukyuu.pdf

- 3) 伊藤重彦：北九州市における高齢者救急の現状と問題点～とくに介護施設からの搬送事案について。

日臨救医誌19：7-12, 2016.

- 4) 社会保険審議会－介護給付費分科会：施設・在宅での看取りの状況に関するデータ
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000100089.pdf>
- 5) 厚生労働省：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（H27年3月改訂）
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000078981.pdf>
- 6) 日本臨床倫理学会：日本版POLST（DNAR指示を含む）作成指針
<http://www.j-ethics.jp/workinggroup.htm>
- 7) 日本集中治療学会：Do Not Attempt Resuscitation（DNAR）指示のあり方についての勧告
<http://www.jsicm.org/pdf/DNAR20170105.pdf>
- 8) 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～
<http://www.jsicm.org/pdf/1guidelines1410.pdf>

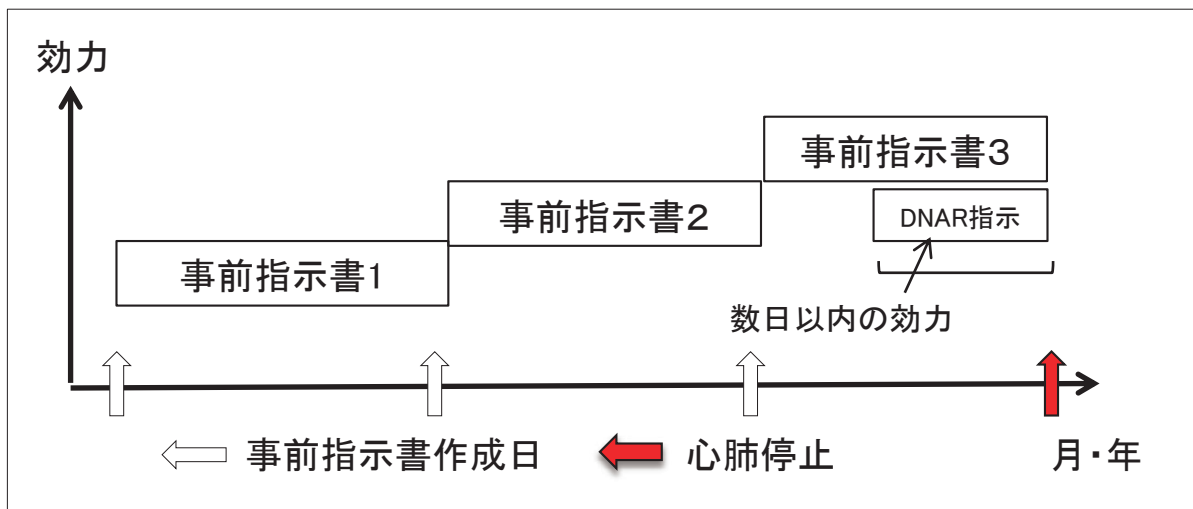
9. 利益相反

開示すべき事項なし

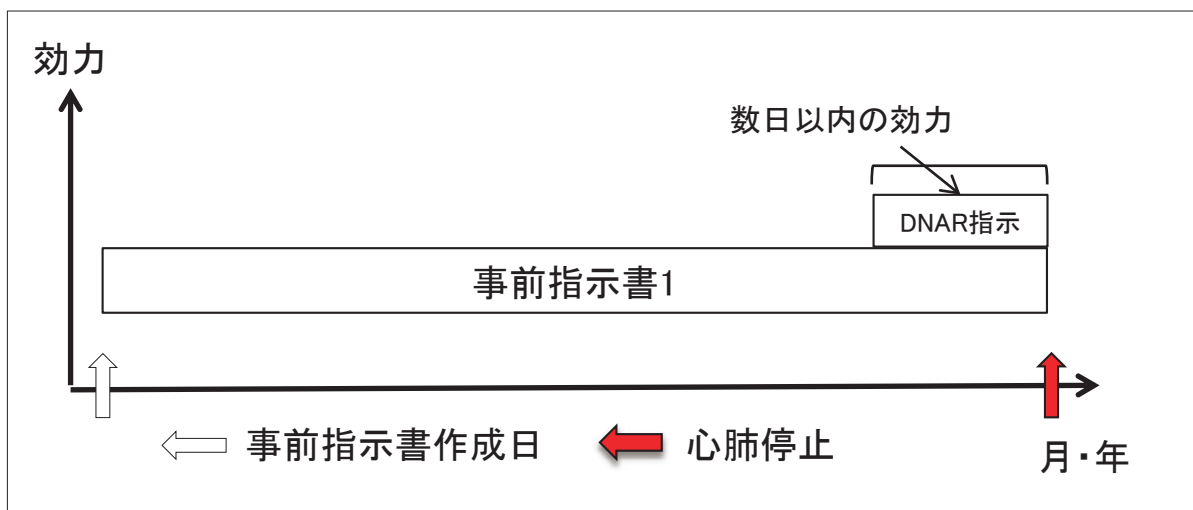
10. 巻末資料

- (1) DNARの意思とDNAR指示の効力について（図Aと図B）
- (2) DNAR事前指示書の有無別心肺停止時の対応フロー
- (3) 介護施設利用者急変時の応急手当

DNARの意思、DNAR指示効力の期間に関する考え方



図A: DNAR事前指示書とDNAR指示の効力
(急変まで3回の意味確認の機会がある場合)

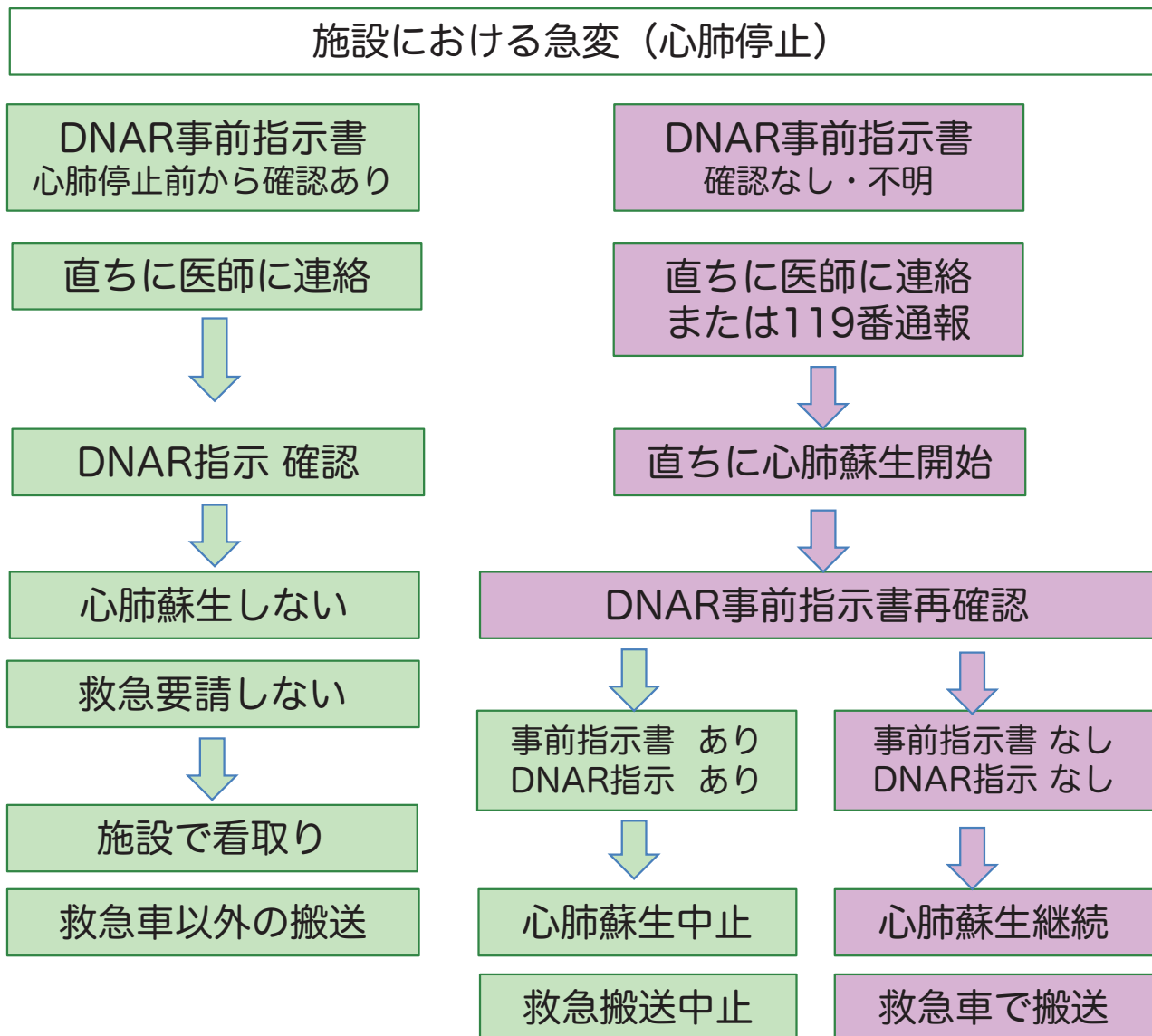


図B: DNAR事前指示書とDNAR指示の効力
(急変まで1回の意味確認の機会しかない場合)

図A、図Bの説明

- ・心肺停止時にDNARの意思、DNAR指示が取り消されているかどうかの確認は困難であるが、1回の意味確認(図B)に比べ、図Aのように複数回DNARの意思を確認することで、心肺停止時の本人の意思の効力はより持続していると思われる。
- ・医師によるDNAR指示の効力は、本来心肺停止直後に確認すべきであるが、急変まえの数日以内の医師の具体的なDNAR指示は、急変直後の確認と同様に有効である(←数日以内の効力)。

DNAR事前指示書の有無別 心肺停止時の対応フロー



急変時の応急手当手順（介護施設等）

以下の場合、すみやかに応急手当を行う

- ① 応急手当が必要と職員が判断した場合
- ② DNARの意思（DNAR事前指示書）が確認できない場合

様子がおかしい → 助けを呼ぶ

意識の確認

- | | | |
|-------------------------------|---|------|
| ① 呼びかけて反応があるか？
目を開けない、動かない | ➡ | 意識なし |
| ② 会話ができるか？
話さない、唸っている | ➡ | 意識なし |

呼吸の確認

- | | | |
|---------------------------------|---|------|
| ① 息をしているか？
胸や腹が上下に動いていない | ➡ | 呼吸なし |
| ② 普段と同じような呼吸か？
あえぎ呼吸、息をしていない | ➡ | 呼吸なし |

- | | | |
|----------------|---|------|
| ● 意識なし・普段と違う呼吸 | ➡ | 心肺蘇生 |
| ● 普段と同じような呼吸あり | ➡ | 様子観察 |

助けが来たら「DNAR事前指示書」の確認

DNARの意思あり

- 119番通報前に
担当医師、家族等へ連絡

DNAR指示の判断

DNARの意思なし・未確認

- 119番通報の判断
- 心肺蘇生の開始

救急搬送の判断

心肺蘇生の手順（介護施設等）

- ① 応援を呼ぶ
- ② AEDを持ってきてもらう
- ③ 心肺蘇生を開始する

心肺蘇生（胸骨圧迫・人工呼吸）

- ① 胸骨圧迫を行う（救急隊が到着するまで続ける）
 - 胸骨圧迫の速さは100～120回/1分間が目安
 - 人手を集めて疲れる前に交代する（2分間が目安）
 - 交代時に胸骨圧迫を中断しないように注意する
- ② 可能であれば人工呼吸を行う
 - 胸骨圧迫30回ごとに、人工呼吸を2回行う

AEDによる除細動

- AEDを持ってきたら
…スイッチを入れてアナウンスに従う

地域包括ケアシステムにおける高齢者救急搬送の適正化—とくに高齢者急変時の本人の意思とDNAR (Do Not Attempt Resuscitation) 指示に関するセミナーの開催報告

研究報告者 伊藤 重彦

1. 目的

北九州市及び下関市の医療関係者を対象に、高齢者救急が抱える問題、とくに介護施設の現場で曖昧であったDNARの意思を確認する手順、DNAR指示の確認方法について、より理解を深めて頂くことを目的に、セミナーを開催した。

2. セミナー内容

下関市開催セミナー

日時・場所	平成29年3月9日(木) 19:00～・海峡メッセ下関 9階 海峡ホール
講演1	下関市の救急需要～特に高齢者救急の現状とその対応について
演者1	下関市消防局 警防課 主幹 村上 哲也 情報指令課 係長 木原 健雄
講演2	高齢者心肺停止時のDNAR対応に関する調査報告
演者2	H28年度消防庁消防防災科学技術推進制度研究班 伊藤 重彦
講演3	終末期医療における本人の意思とDNAR指示～考え方と課題について
演者3	鈴木弁護士事務所 弁護士 鈴木 朋絵
総合討論	総合討論(心肺停止時のDNAR対応について)
主催・共催	下関市 下関市医師会 下関市老人福祉施設協議会
	下関・長門地域メディカルコントロール協議会 消防庁研究班
後援	山口県
研修単位	日本医師会生涯教育講座 2単位 ・救急隊員再研修時間 2時間

北九州市開催セミナー

日時・場所	平成29年3月14日(火) 19:00～ 場所：小倉KMMビル 4階 大会議室
講演1	北九州市の救急需要～特に高齢者救急の現状
演者1	北九州市消防局救急課 救急指導係 加悦 隆徳、野村 修
講演2	介護施設における心肺停止時のDNAR対応に関する調査・研究報告
演者2	H28年度消防庁消防防災科学技術推進制度 研究班 伊藤 重彦
講演3	終末期医療における本人の意思とDNAR指示～考え方と課題について
演者3	安原・松村・安孫子法律事務所 弁護士 松村 龍彦
総合討論	総合討論(心肺停止時のDNAR対応について)
主催・共催	北九州市 北九州市医師会 北九州高齢者福祉事業協会
	北九州地域メディカルコントロール協議会 消防庁研究班
研修単位	日本医師会生涯教育講座 2単位 ・救急隊員再研修時間 2時間

3. アンケート調査内容および調査結果

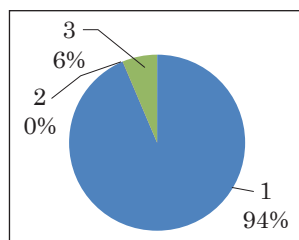
1) DNARに関する知識、理解が深まったかどうかについて、参加者に研修修了後のアンケート調査を行った（別紙資料1）。研究班を除く両市セミナーへの参加者は271名（医療機関76、介護施設83、消防機関・保健所100、報道機関12）で、アンケート調査への回答は221名であった（回答率81.5%）。

2) アンケート調査

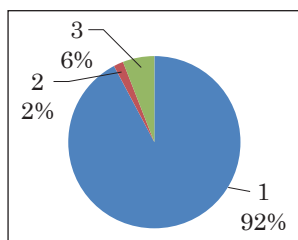
回答を得た221名について、全質問への全体集計と質問4、5、10については介護施設職員に限った集計を行った。

質問1. この研修会は、あなたにとって有意義でしたか
 質問2. 研修会に参加して「DNARの意思」「DNAR指示」に関する理解は深まりましたか。
 質問3. 本人の意思決定能力がある時期に、本人が信頼する関係者、終末期における本人の希望や意思について、普段から積極的に話し合うことについて賛成ですか。

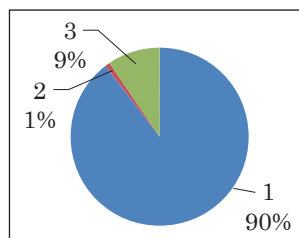
質問1（全体 n=219）



質問2（全体 n=219）



質問3（全体 n=221）

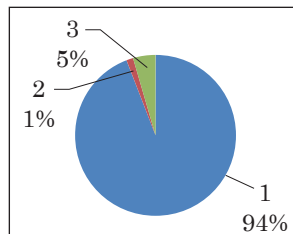


セミナー参加者の92%が、DNARに関する理解が深まったと回答した。また、回答者の90%がアドバンス・ケア・プランニングのような、終末期に対する希望や意思について日頃から話し合うプロセスが重要であると考えていた。

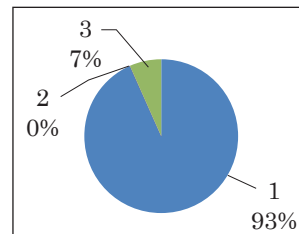
質問4. 在宅や介護施設等、病院前救急において、心肺停止時におけるDNAR対応マニュアルは必要と思いますか。

質問5. 病院前救急におけるDNAR対応マニュアルがあれば、利用しますか。

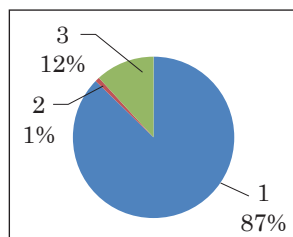
質問4（全体 n=221）



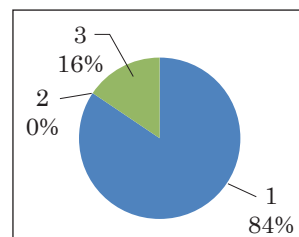
質問4（介護施設のみ n=45）



質問5（全体 n=220）



質問5（介護施設のみ n=45）

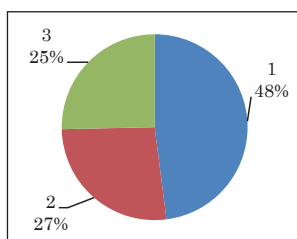


DNAR対応に関するマニュアル作成については、回答全体の94%が必要と答えた。また、87%がマニュアルを利用すると回答した。介護施設職員と他の職種の間で差は無かった。

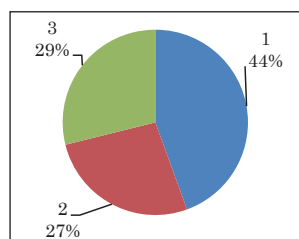
質問6. 本人の自己決定能力や日常生活の活動、病状等に変化がない場合は、1年前に作成したDNAR事前指示書でも、効力は持続していると考えるか。

DNAR事前指示書の作成からの期間と効力について質問した。本人の自己決定能力や日常生活の活動、病状等に変化がない場合は、参加者全体の48%、介護施設職員の44%が1年前に作成したDNAR事前指示書も有効と回答した。一方で、全体、介護施設のみの両者において、27%が1年間は効力期間として長すぎると考えていた。DNARの意思を年に1回以上の回数で確認すべきであろう。

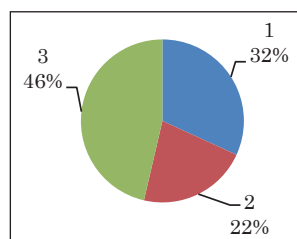
質問6
(全体n=221)



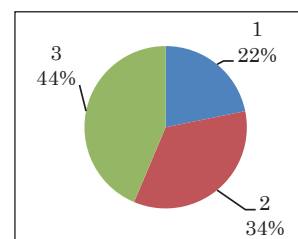
質問6
(介護施設のみn=45)



質問10
(全体 n=221)

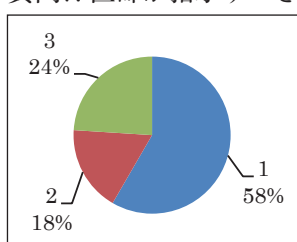


質問10
(介護施設のみ n=45)

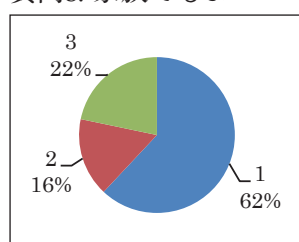


質問7～9. 心肺停止時にDNAR事前指示書が確認できた場合、DNAR指示は誰がだすべきか

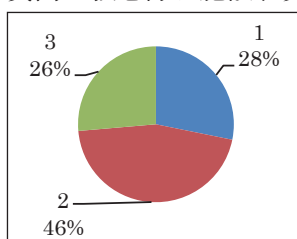
質問7. 医師が指示すべき



質問8. 家族でもよい



質問9. 救急隊、施設職員でもよい



質問7～9に対しては、いずれも221名が回答した。研究班としては、DNAR指示には医学的判断が必要であり、指示は医師がだすべきとの見解である。一方、アンケート調査結果からは、「DNAR指示は医師が出すべき」58%に対して、「DNAR指示を家族が出しても良い」が62%であった。前述した研究報告の職域共通のアンケート結果と同様に、本人の意思、DNAR指示に家族の判断が強く影響している可能性が示唆された。このようなセミナーを通じて、DNAR指示は医師が行うべきであることを啓発していく必要がある。

質問10. この研修会に参加したことで、今後は、本人のDNARの意思が明確な場合には、自信を持ってDNAR対応することができそうですか。

本セミナーは、関係者がDNAR対応を正しく理解するための機会とすることが目的である。質問10は、セミナーに参加したあとで、DNAR事前指示書の確認できる状況下で心肺停止時のDNAR対応が自信を持ってできるかとの質問である。セミナー終了後の調査では、DNAR事前指示書の確認できる状況下でも、心肺停止時のDNAR対応に自信を持ってできると回答したのは全体では32%、介護施設職員に限ると22%であった。1回のセミナーの短い時間では、病院前救急におけるDNAR対応や手順を十分理解することは困難であろう。介護施設や消防機関を対象とするこのようなDNARに関するセミナーは、今後積極的に開催していく必要がある。

4. 講演スライドの掲載

北九州市および下関市セミナーの講演3のスライド内容を鈴木弁護士、松村弁護士のご了解を頂き、報告書の最後に掲載した。

別紙資料1

地域包括ケアシステムにおける高齢者救急搬送の適正化—とくに高齢者急変時の 本人の意思とDNAR指示に関するセミナー セミナー終了後のアンケート調査

[研修会ご参加の皆様へ] 本アンケートは、地域包括ケアシステムにおける高齢者救急搬送の適正化に関する研修方法の参考にさせていただきます。ご協力頂きますようお願い申し上げます。(3/9開催セミナー)

●すべての質問に、番号でお答えください。 [] 内に、番号をご記入ください。
[1] ⇒はい [2] ⇒いいえ [3] ⇒どちらでもない

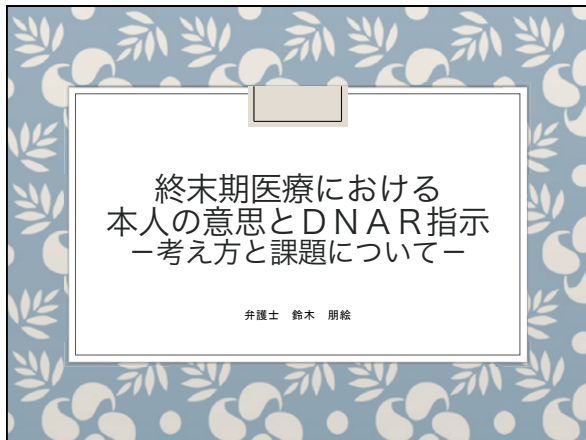
1. この研修会は、あなたにとって有意義でしたか []
2. 研修会に参加して、「DNARの意思」「DNAR指示」に関する理解は深まりましたか。 []
3. 本人の意思決定能力がある時期に、本人が信頼する関係者、終末期における本人の希望や意思について、普段から積極的に話し合うことについて賛成ですか。 []
4. 在宅や介護施設等、病院前救急において、心肺停止時におけるDNAR対応マニュアルは必要と思いますか。 []
5. 病院前救急におけるDNAR対応マニュアルがあれば、利用しますか。 []
6. 本人の自己決定能力や日常生活活動（ADL）、病状等に変化がない場合は、1年前に作成したDNAR事前指示書でも、効力は持続していると考えますか。 []
7. 心肺停止時にDNAR事前指示書の存在が確認できた場合には、最終的なDNAR指示は医師が行うべきだと思いますか。 []
8. 心肺停止時にDNAR事前指示書の存在が確認できた場合には、最終的なDNAR指示を家族が行ってもよいと思いますか。 []
9. 心肺停止時にDNAR事前指示書の存在が確認できた場合には、最終的なDNAR指示を施設職員や救急隊員が行ってもよいと思いますか。 []
10. この研修会に参加したことで、今後は、本人のDNARの意思が明確な場合には、自信を持ってDNAR対応することができそうですか。 []

※よろしければ、あなたの性別の番号に○を付けてください。 1. 男性 2. 女性

※よろしければ、あなたの職業の番号に○を付けてください。

1. 医師 2. 看護師 3. 消防職員 4. 介護施設職員 5. 保健所関係 6. その他

ご協力ありがとうございました。



DNAR指示

- Do Not Attempt Resuscitation
- 「患者本人または患者の利益にかかわる代理者の意思決定をうけて心肺蘇生法をおこなわないこと」
- 指示をするのは医師

どの場面の「終末期医療」か

- 1 病院収容後の場面
H19.11 日本救急医学会「救急医療における終末期治療に関する提言（ガイドライン）」など
- 2 病院前救護の場面
今回の消防庁研究「地域包括ケアシステムにおける高齢者救急搬送の適正化及びDNAR対応に関する研究」の対象

病院前救護におけるDNAR指示が想定している状況

救急車が呼ばれたが → DNAR指示を確認し、 → 心肺蘇生・搬送せず
に在宅で看取る

DNAR指示書

地域包括ケアシステムの構築

厚生労働省は、**高齢者が、重度な要介護状態となっても、人生の最期まで住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けるために必要な支援体制を2025年までに整えること**を目指している。

この支援体制が「**地域包括ケアシステム**」
→在宅での看取りが推奨されている

在宅で看取りをするはずが

家族が実際の心肺停止に動揺して119番要請
↓
臨場した救急隊員・救命士により
○心肺蘇生など応急措置
○救急告示病院等に搬送

心肺蘇生を行わなければ

- 心肺停止状態が続き、まもなく死亡する
← 自己の生命に対する意思決定の一種
- 「自殺」に関与した他人には法的責任が発生する
 - 刑法：自殺関与・同意殺人罪（202条）、殺人罪（199条）
 - 民法：不法行為損害賠償請求権（709条）

自己の生命に対する意思決定と法的責任

延命治療のうち
心肺蘇生をしない

DNAR
指示

自殺

積極的
安楽死

消極的
安楽死

患者の意思で
延命治療せず

自殺関与・同意殺人罪（202）
殺人罪（199）

DNAR指示の意思決定（本人）

- 根拠は自己決定の権利（憲法13条）
- 判断能力があること
- 決定を行う上で必要とされる情報を医師から得る権利が妨げられていないこと
- 医師から決定のもと結果が知らされること
- 生きている限り意思決定の変更の機会が与えられること

「DNAR指示」があるといっても



本人ははっきりとは
言わなかったのですが

書類はないのですが

主治医ならわかるかも

DNAR指示が想定している状況か

布団の外で倒れ
ている



転倒事故？

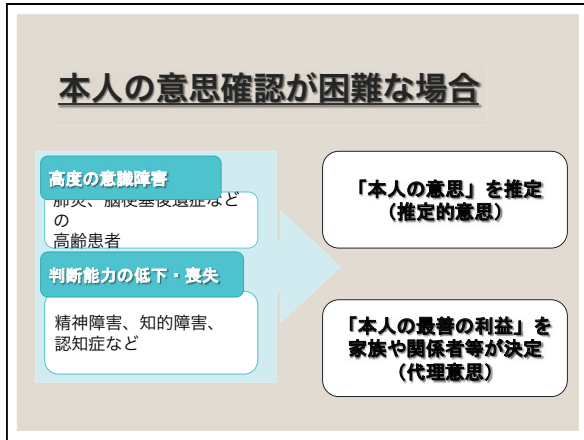


虐待？暴力沙汰？



本人の意思決定の課題

- 意思決定のプロセスについて統一された意見はまだない
 - 意思決定の支援
 - 医師の関与の方法
 - 意思決定を明確にする方法（記録化、書面化）
- 権利であって義務ではない＝関係者からの強制はNG
- 判断能力がないと何も意向を示せないのか。
- 「最新」の意思決定か。「最新」とはなにか。
- DNAR指示を適用してよい場面か



本人以外の人意思決定の課題

- 誰の意見で決めるのか
 - 本人の意向を明確に聞き取っている人か
 - 意向を聞いていないとしても、本人の意向を推察できる情報を持っている人か
- 本人の最善の利益で決めているのか
 - 「むだな医療はうけさせたくない」「はやく相続したい」など、本人の最善の利益に反する別の意図がないか
- *成年後見人には医療同意権はない

病院前救護では短時間に判断できる明確なルールが必要 1

① DNAR指示がなされるまでのプロセスについて、地域で共有できる明確なルールが必要

- 意思決定の方法
- 主治医を中心に医療・福祉関係者による本人・親族への意思決定の支援方法
- 意思決定の変更機会の確保の方法
- 書面化など決定内容の共有方法

病院前救護では短時間に判断できる明確なルールが必要 2

② 救急隊員、救急救命士が臨場した際に瞬時にDNAR指示に従うべきか判断できるルールが必要

- DNAR指示書を見て判断できる
- DNAR指示についてMC医師や主治医から指示を受ける

など

終末期医療における
本人の意思とDNAR指示
— 考え方と課題について —

平成 29年 3月 14日

安原・松村・安孫子法律事務所（福岡市中央区）
弁護士 松村 龍彦

1 本研究

名称 地域包括ケアシステム^{(*)1}における高齢者救急搬送の適正化及びDNAR対応に関する研究

^{(*)1} 重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される制度

目的 介護施設利用者が心肺停止に至った場合の病院前救急におけるDNAR対応

▶ 以下、主に法的な考え方や課題について説明

2 DNARとは

- (1) Do Not Attempt Resuscitation
心肺停止時に心肺蘇生を行わないこと
- (2) 患者本人の意思決定(又は最善の利益)に沿って、DNARのオーダー(DNAR指示)を出すのは医師である。

3 基本的な視点

- (1) 生命という法益^{(*)2}の重大性、回復不能性
→ 生命尊重の基本理念
(*)2 法的に保護されるべき利益
- (2) 「死の迎え方」についての自己決定^{(*)3}又は最善の利益^{(*)4}の尊重
(*)3 自殺を選択する権利ではない。
例：「終末期」(死亡の原因となる傷病が不治であって、かつ、死期が間近に迫っていること)における延命措置の可否に関する決定
(*)4 ①客観的に判断されるものと②本人を中心に置いて(本人の価値観等に即って)主観的に判断されるものとで異なることがある。
ここで、尊重されるべきは②であって、①ではない。

4 「生命」の保護

- (1) 「生命」という法益は本人の一身に帰属する法益
→ 他人がこれを侵害することは違法
例：刑法199条「人を殺した者は、死刑又は無期若しくは5年以上の懲役に処する。」
- (2) 本人が「生命」という法益を放棄すること(自殺)は？
刑法には自殺を処罰する規定はない。
解釈上、違法ではないとする学説も、違法であるとする学説もある。
- (3) では、本人の自殺に他人が関与することは？
刑法204条「人を教唆し若しくは幫助して自殺させ、又は人をその嘱託を受け若しくはその承諾を得て殺した者は、6月以上7年以下の懲役又は禁固に処する。」→違法

(4) 問題点

- ア 本人が心肺蘇生その他の延命措置を拒否する旨を決定し、表明していたとしても、医師において当該意思に沿うDNAR指示をすることや関係者がDNAR指示にしたがうことは、「自殺の補助」等に該当する違法な行為となるのではないか。
- イ 本人が延命措置に関する意思決定及びその表明をしないまま意思決定能力を喪失したときは、もはや医師はDNAR指示をすることができないのではないか。

5 「死の迎え方」についての自己決定の尊重

(1) 医療技術の高度化、人生観・死生観の多様ななどを背景とし、自己決定権(憲法13条)には「死の迎え方」について自己決定をする権利も含まれるという考え方

→ 患者は、終末期(*5)における延命措置を拒否することができる。

(※5) 一般的には、①死亡の原因となる傷病について治癒する見込みがないこと、②死期が間近に迫っていることの2要件を満たすもの

(2) 「尊厳死」という概念
≠ 苦痛を除去するために行う安楽死
(積極的安楽死、間接的安楽死、消極的安楽死)

(3) 尊厳死法制化の動き

(4) 様々なガイドライン

- 厚生労働省「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」(H19年5月、改訂H27年3月)
- 日本学術会議 臨床医学委員会終末期医療分科会「終末期医療のあり方について—重急性型の終末期について—」(H20年2月)
- 社団法人日本老年学会「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として」(H24年6月)
- 一般社団法人日本集中治療医学会、一般社団法人日本救急医学会及び一般社団法人日本循環器学会「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」(H26年11月)

(DNAR指示に関連するもの)

- 日本臨床倫理学会「日本版POLST(DNAR指示を含む)作成指針」
- 一般社団法人日本集中治療医学会「Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) 指示のあり方についての勧告」(H28年12月)

など

→ 本人による決定を基本としたうえで、患者・家族と医療・ケアチームの話し合いによる意思決定プロセスを重視するもの

(5) 評価

ア 本人が延命措置を拒否する旨の本人の意思決定を行っている場合、医師又は関係者がこれに沿うDNAR指示又はDNAR対応を行うことについて

厚生労働省の前記ガイドライン(又は当該ガイドラインを踏まえた各種ガイドライン)にしたがって行われている場合、違法性が阻却されると考えられる。

ただし、本人による事前の意思決定については、次に掲げるような検討課題が残っていると見えよう。

- ① 意思決定能力の定義、判断基準、「終末期」概念の有用性の有無
- ② 拒否の対象である延命措置を特定することの要否
- ③ インフォームド・コンセント確保の要否、意思決定の方式、記録方式
- ④ 他者による不当な影響力、社会的要因等の排除
- ⑤ 撤回・変更する機会の確保、撤回・変更に関する関係者間の情報共有

など

イ 本人が延命措置に関する意思決定及びその表明をしないうまま意思決定能力を喪失した場合

厚生労働省の前記ガイドラインは次のとおり定めている。
「患者の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ② 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家族と十分に話し合い、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ③ 家族がいない場合及び家族が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。」

この点については、次の検討課題を指摘することができる。

- ①の「推定」が正しいか否かの確認方法
- 「患者にとっての最善の」治療方針の探求方法
- 見直しの機会の確保、関係者間の情報共有

など

6 DNAR指示と救急隊出動の場合について

(1) 本人の「自己決定」又は「最善の利益」との関係

医師は、次の場合にDNAR指示を行うことができる。

- ① 本人が意思決定をした「拒否する」治療の範囲内に、心肺蘇生が含まれると認められる場合
- ② 本人による意思決定ができず、事前の意思決定もないときは、心肺蘇生を行わないことが、医療・ケアチームの判断した「本人にとっての最善の治療方針」に合致すると認められる場合

▶ 撤回・変更又は見直しが行われていないことについても、可能な限り、確認する必要がある。

(2) DNAR指示の作成及び管理の方式

関係者間の情報共有、救急隊に対する提示等に配慮したルールが必要である。

(3) DNAR指示のある患者について救急隊が出動した場合(本研究班の提言)

何らかの理由により、DNAR指示が出されている患者について救急要請がなされ、救急隊が駆け付けたとき

ア DNAR指示から救急隊が駆け付けるまでは時間が経過しており、救急隊は、面前の患者の状況はDNAR指示の適用場面か否かを判断することが困難なことが多い。したがって、DNAR指示の適用の可否は、DNAR指示を出した医師が判断する必要がある。

イ もともと、救急隊の到着時まで、医師にDNAR指示の適用を確認できない場合は、生命存続の機会を逸さないように、原則として心肺蘇生を開始し、DNAR指示の適用を確認できた時点で心肺蘇生を中止すべきである。

ウ ただし、次に掲げるいずれかの場合には、心肺蘇生を開始しなくとも良いとすべきではないか。

① 「急変時に直ちに連絡がとれない場合でも、救急要請は行わずに医師の指示を待つように」といった、医師との連絡が取れない場合の具体的な指示がDNAR指示書に記載されている場合

② 心肺停止に至る数日以内において「すぐに連絡がつかない場合でも、自分が到着するまでは心肺蘇生を行わず、救急車も呼ばずに待つように」などのやり取りが施設と担当医師との間で交わされている場合

▶ ①の具体的な指示は、心肺停止の数日以内に出されている必要がある。

以 上

