



# 第13回 堺市における在宅医療ネットワーク講演会 「心肺蘇生をしない意思表示」を共有することが 救急医療を変えるのか

SAKAI  
CITY  
MEDICAL  
CENTER

## 心肺蘇生をしない意思表示と DNAR

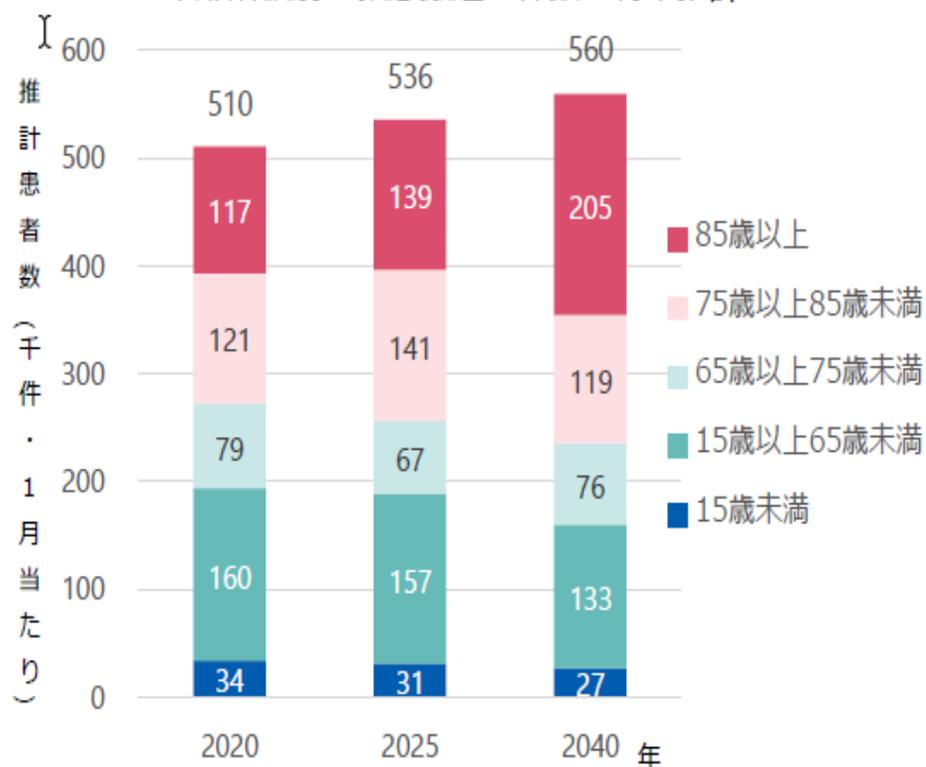
2025/3/8

堺市立総合医療センター 救急・総合診療科

北村 大

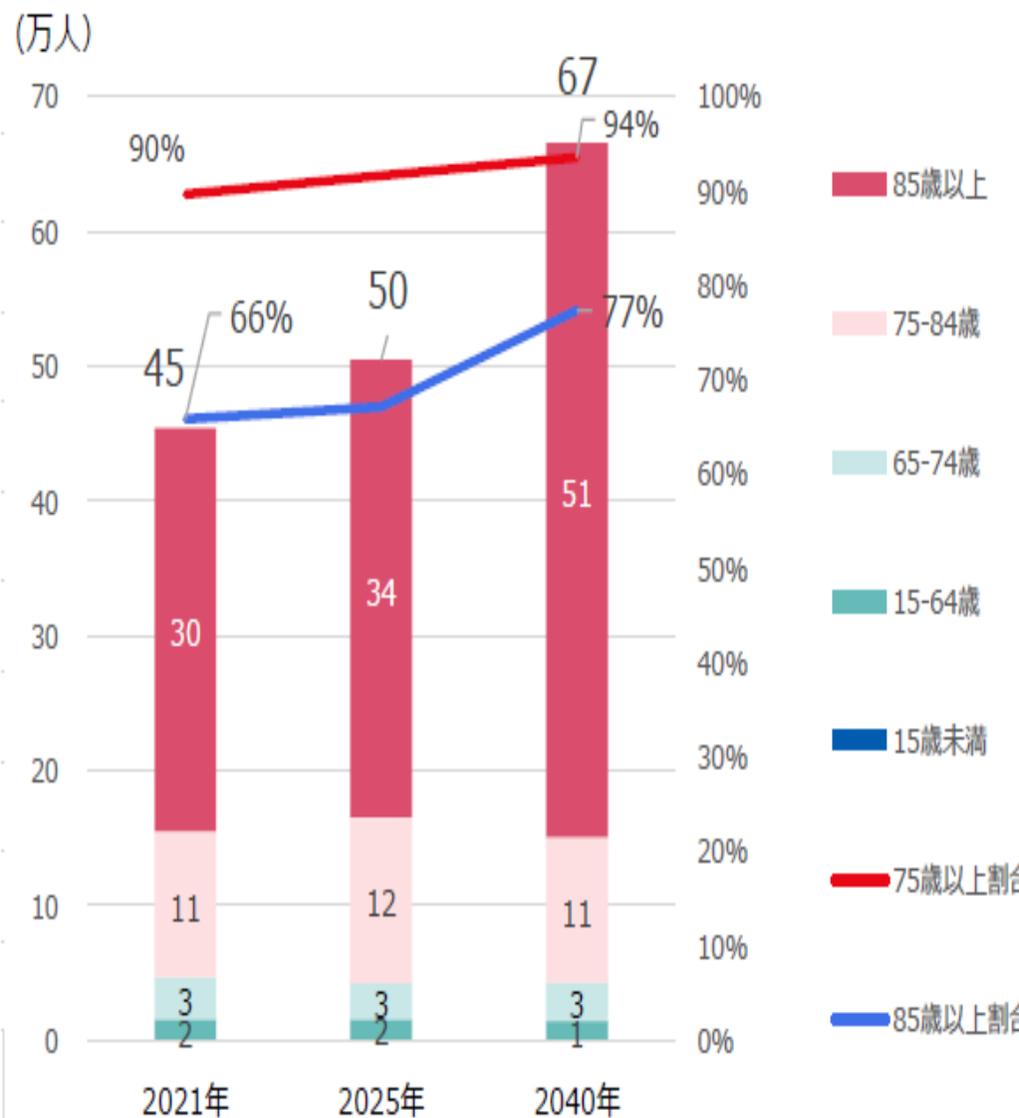
## 救急搬送の増加

### 年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



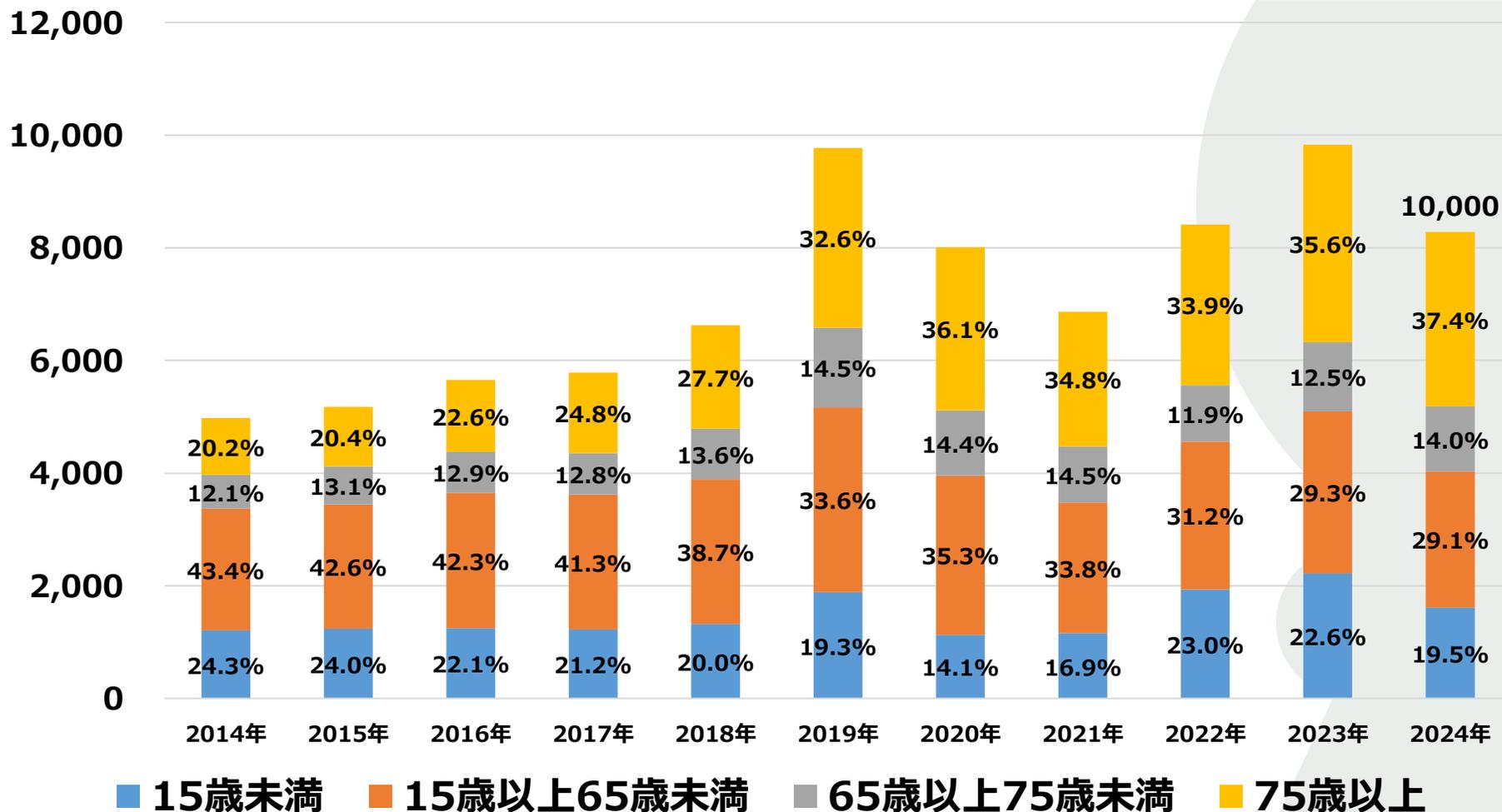
2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

### 老人ホームからの救急搬送件数の見通し



資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成。  
 ※ 救急搬送の1月当たり件数を、年齢階級別人口で除して作成。  
 ※ 性別不詳については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

# 救急搬送者・年齢別推移



救急搬送受け入れ件数 ↑ 高齢者の受け入れ件数 ↑ ↑

(2014年：2023年比：65歳以上75歳未満で204%、75歳以上で347%)

## 当院入院患者の入院時身体・認知機能アセスメントの結果

		自立 (%)	一部介助 (%)	全介助 (%)
生活機能	移乗	43	36	21
	着衣の着脱	43	36	21
	口腔清拭	47	53	
	食事摂取	56	32	13
		Yes (%)	No (%)	
認知機能	指示が通じる	80	20	
	危険行動の有無	88	12	
	内服なし (%)	自己管理 (%)	内服訓練 (%)	看護師管理 (%)
内服管理	13	42	7	38

# 当院入院患者のADL・認知機能の 2020年と24年の比較

	移乗		衣服の着脱		口腔清潔		食事摂取		指示の疏通		危険行動	
	2020年	2024年										
自立	48	43	47	43	54	48	61	55	82	84	90	90
一部介助	34	36	34	35	46	52	27	32	18	16	10	10
全介助	18	21	19	22			12	13				
変化	悪化		不変		悪化		悪化		不変		不変	

## 厚労省から出ているデータ

- 入院時すでに要介護認定（要支援1以上）を受けている患者 26.6%
- 高齢者低栄養26%、低栄養リスク保有者42%

# 入院料別の入退院支援加算の対象者における「退院困難な要因」

- 入退院支援加算の対象者における「退院困難な要因」は入院料別に構成割合が異なり、急性期一般入院料では「緊急入院であること」の割合が高く、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟では「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)」の割合が高かった。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

	急性期一般入院料 1(n=356)	急性期一般入院料2~ 3(n=46)	急性期一般入院料4~ 6(n=170)	地域包括ケア病棟入院 料・入院医療管理料 (n=82)	回復期リハビリテー ション病棟入院料 (n=94)
① 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること	15.1%	13.4%	14.5%	8.8%	5.5%
② 緊急入院であること	31.5%	27.0%	20.1%	16.5%	12.1%
③ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること	4.8%	5.1%	5.2%	5.1%	5.4%
④ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%
⑤ 生活困窮者であること	0.8%	1.1%	0.9%	1.8%	0.5%
⑥ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)	24.7%	25.0%	31.6%	40.7%	51.3%
⑦ 排泄に介助を要すること	5.0%	6.9%	5.3%	5.8%	6.4%
⑧ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	4.9%	7.2%	7.6%	8.0%	6.9%
⑨ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要なこと	4.2%	4.3%	4.7%	4.5%	3.7%
⑩ 入退院を繰り返していること	2.9%	3.8%	4.9%	4.7%	3.4%
⑪ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること	0.4%	0.8%	1.1%	1.2%	0.3%
⑫ 家族に対する介護や介護等を日常的に行っている児童等であること	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%
⑬ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
⑭ その他患者の状況から判断して①から⑬までに準ずると認められる場合	5.4%	5.2%	4.2%	2.5%	4.4%

# DNRについての議論

## DNR指示に関するガイドライン

- ① 心停止に関して患者と医師が事前に話し合いを持つ必要性がある
- ② 指示は患者の願望(preference)に基づくべきである
- ③ 患者が意思表示をできない場合は、患者の最善の利益(best interest)を考慮した上での代理判断者を許容する
- ④ 指示内容は診療録へ記載する
- ⑤ 指示は心停止時のみ有効であり、その他の治療内容に影響を与えてはいけない
- ⑥ 指示に関連する全ての者が指示の妥当性を繰り返し評価する

JAMA 1991;265:1868-71.

# DNRからDNARへ

- DNR Do Not Resuscitate
  - 蘇生する可能性が高い場合であっても、蘇生措置を施さないものと誤解される懸念
- DNAR Do Not Attempt Resuscitation
  - 「心肺蘇生を行っても成功(蘇生)しない」、「成功しない行為(CPR)をあえて試みるな」という意味合いへ変更
  - あらゆる治療を講じても回復の見込みがない、あるいは救命の可能性がない状態の患者が心停止したときに蘇生行為を行うか否かについての事前指示
  - 「心停止時」に有効で、「急変時」のような曖昧な状態で適用しない

# 人生の最終段階における医療・ケアの 決定プロセスに関するガイドライン

- 平成19年版 終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインの改訂(平成30年)
- 病院での延命治療から在宅医療・介護の現場にも展開
- ACPの取組の重要視
- 本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことを重要視
  
- 医師等の医療従事者から適切な情報提供と説明がなされ、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本
- 医師の独断ではなく、医療・ケアチームによって慎重に判断

# 事前指示

- Advanced Directives (以下ADs)
- 判断能力のある成人が将来自分の判断能力が低下・消失したときに備え、自身に施される医療への希望・拒否の意向を指示するもの
- 本人の意向を伝える「内容的指示」と、自身の意思決定・判断能力の低下・消失した際に代行する人を指名する「代理人指示」がある
- リビングウィル、DNARがここに含まれる
- ADsは本人、家族、医療者が互いの価値観、人生観を共有しながら行うACPの一環に位置づけられる

# ACP

- Advance Care Planning
- 個人およびそのケア提供者との間で行われる自発的な話し合いのプロセスで、個人の希望を明確化することが重要で、その個人の気がかりや価値観、ケアのゴールを話し合いに含む
- 自身の意思決定能力の低下や、医療等について選択しなければならない事象の発生よりも前、落ち着いて話し合いができる時期にあらかじめ始めることが望ましい

# ACPを実施する段階

表 1-C-1 健康状態・病気のステージに応じた ACP の類型

ACP の 3 類型	主観的健全度	病状のステージ	対象年齢・健康状態、課題	相談員
1st	健康である	Healthy (NoFrailty) 自律的な社会生活	小学・中学・高校生 大学生 若い母親・父親、壮年期 より豊かに生きる、ライフイベントを発達課題として対処する	市町村の行政職員 保健師 教育者 養護教諭 職場の役職者、管理者、産業保健の医師、保健師
2nd	まあまあ健康である	Frailty 慢性疾患を1つないしは複数有し、治療初期から中期の者	壮年期・高齢期 治療継続 生活機能はほぼ自立(要介護2) 生活機能維持のため 予防的な健康支援を必要とする	保健所・保健センター、地域包括支援センター、退院調整部門、病院外来、診療所、訪問看護ステーション等の医師・看護師・保健師・CM、MSW等
3rd	あまり健康ではない	症状悪化、身体機能低下・障害(要介護) 入院加療中 施設入所中	疾患→急性期など病状が深刻な患者 治療の選択、開始や変更 中止、差し控えなど 決断が必要となる	病院 救命救急、緩和ケア、特別養護老人施設の医師、看護師、MSW等

行政  
地域医療・保健・福祉
地域医療・保健・福祉
医療

深刻な治療の判断を迫られた第3ステージより、深刻な状況になる前にある第2ステージから、話し合いを始めることが重要である

西川満則、長江弘子、横江由理子  
編著. 本人の意思を尊重する意思  
決定支援. 南山堂. 2016

# POLST

- 生命を脅かす疾患に直面している患者の医療処置(蘇生処置を含む)に関する医師による指示書
  - POLST Physician Orders for Life Sustaining Treatment
- DNAR指示によりCPR以外の治療にも消極的に、生命維持治療も制限され、実質的な延命治療の差し控え・中止となる傾向
- 「生命を脅かす疾患」に直面する患者には、他の医療処置の内容についても、具体的に十分に考慮する必要がある

日本臨床倫理学会. 日本版POLST(DNAR指示を含む)作成指針  
<https://c-ethics.jp/deliverables/detail02/>

# POLST指示書の例 1

セクション A 心肺停止の場合; 心肺蘇生術(CPR)について一つを選ぶ

- すべての心肺蘇生術を実施してください  
Resuscitate (Full Code)
- 心肺蘇生術を実施しないでくださいDo Not Attempt Resuscitation

患者が心肺停止(CPA)の状態でない場合には、セクション B と C の指示に従う

日本臨床倫理学会. 日本版POLST(DNAR指示を含む)作成指針  
<https://c-ethics.jp/deliverables/detail02/>

# POLST指示書の例 2

セクション B 心肺停止の状態ではない場合(生命を脅かす疾患に直面しているが、CPAの状態ではない(脈拍が触知したり、呼吸をしている)場合) 1つを選ぶ

- 苦痛緩和を最優先とする医療処置(a)
- 非侵襲的医療処置(b)
- 侵襲的医療も含む医療処置Full Treatment(c)

日本臨床倫理学会. 日本版POLST(DNAR指示を含む)作成指針  
<https://c-ethics.jp/deliverables/detail02/>

# POLST指示書の例 3

- セクション C; その他の医療処置
- 人工的水分栄養補給
- 抗生物質および血液製剤
- 人工透析
- その他

日本臨床倫理学会. 日本版POLST(DNAR指示を含む)作成指針  
<https://c-ethics.jp/deliverables/detail02/>

# POLST指示書の例 4

●セクション D 患者による事前指示(以下の書類が存在)

- なし
- リビングウィル(望まない医療処置の内容)
- 医療に関する代理判断者の指名

●セクション E;変更・更新(確認)した日

- 1) 年 月 日 (初回作成日)
- 2) 年 月 日

POLST(DNAR指示を含む)は定期的に見直してください

日本臨床倫理学会. 日本版POLST(DNAR指示を含む)作成指針  
<https://c-ethics.jp/deliverables/detail02/>

# 救急外来でPOLST・DNARをとる課題

- ACPとその結果のADsの1つであるDNARの決定には、事前の話し合いが必要
- 本人の人生観・価値観を反映させた結果は、救急の現場で初見の者に聞かれてもなかなか出ない
- POLSTのセクションB、Cは、医療者側の話す治療の見通しの説明が影響するが、救急の現場に立つ医師のバックグラウンドは様々で、救急医療の現場においての説明の質の均質化は困難

# 参加された皆様への期待

- 患者の生活をケア・看護しているなかで、本人の人生観・価値観につながる言動を目の当たりにしている
- これらの言動の集積が、本人の意思決定に役立つ