

# DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) の考え方

日本集中治療医学会倫理委員会<sup>†</sup>

**要約**：Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) の概念形成から約半世紀を経たが、いまだにその誤解と誤用が大きな問題になっている。日本集中治療医学会倫理委員会は、世界と本邦におけるDNAR指示の歴史と経緯を学び、その考え方を理解・把握して日本集中治療医学会会員諸氏に正しく伝えることを企画した。DNARは心停止時に心肺蘇生を行わない指示であり、ICU入室を含めて酸素投与、栄養・輸液、鎮痛・鎮静薬、抗不整脈薬、昇圧薬、人工呼吸器、血液浄化法など、通常の医療・看護内容に影響を与えてはいけない。倫理委員会は、本報告に基づきDNAR指示が正しい対象に正しい方法で運用されることを期待する。

**Key words**: ① Do Not Attempt Resuscitation (DNAR), ② end-of-life-care, ③ clinical ethics

## 1. DNARの考え方

1960年に閉胸式心マッサージが日常臨床に導入され、心停止時に心肺蘇生 (cardiopulmonary resuscitation, CPR) が一般的に行われるようになった<sup>1,2)</sup>。しかし、1960年代後半になると蘇生の可能性がほとんどない患者に一律的にCPRを実施することへの懸念が報告され、chemical code, show code, slow code, Hollywood codeなどと呼ばれる“したふりをするCPR”の弊害が指摘され始めた<sup>3,4)</sup>。このような状況下、1974年に公表された「Standards for CPR and emergency cardiac care (ECC)」は、“Orders not to resuscitate”の語句を初めて使用した。これがDo Not Resuscitate (DNR) 指示であり、死が不可避であり蘇生の努力が無益と考えられる状態のようにCPRの適

応のない場合があることに言及し、CPRの適応がない場合はその旨を診療録に明記し、医療従事者が情報を共有すべきであると記載している<sup>5)</sup>。この報告後、心停止に至る前にCPRの適応を決める必要性が議論されるようになったが、1980年代には繰り返しDNR指示への疑問が呈される状況が続いていた<sup>6)</sup>。American Medical Association (AMA) が1991年に公表したDNR指示に関するガイドラインは、

- 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があること
- ② 指示は患者の願望 (preference) に基づくべきであること
- ③ 患者が意思表明をできない場合は、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こと

委員長：丸藤 哲 (北海道大学大学院医学研究科侵襲制御医学講座救急医学分野)  
 委員：石川 雅巳 (呉共済病院麻酔・救急集中治療部)  
 貝沼 関志 (名古屋大学医学部附属病院外科系集中治療部)  
 橋本 圭司 (松江赤十字病院集中治療科)  
 立野 淳子 (小倉記念病院)  
 木下 浩作 (日本大学医学部附属板橋病院救命救急センター)  
 吉里 孝子 (熊本大学医学部附属病院看護部ケアサポート室)  
 澤村 匡史 (済生会熊本病院集中治療室)  
 則末 泰博 (東京ベイ・浦安市川医療センター救急・集中治療科集中治療部門)  
 美馬 裕之 (神戸市立医療センター中央市民病院麻酔科)

アドバイザー：氏家 良人 (川崎医科大学救急総合診療医学講座)

<sup>†</sup> 著者連絡先：一般社団法人日本集中治療医学会 (〒113-0033 東京都文京区本郷3-32-7 東京ビル8階)

受付日2017年1月6日

採択日2017年1月16日

- ④指示内容は診療録へ記載すること
- 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こと
- 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こと

などを推奨している<sup>7)</sup>。患者の願望は患者の自律尊重 (autonomy) を基本とした自己決定と言い換えられるようになったが、このガイドラインはDNRの考え方と実践の基本を提示したものとして非常に重要である。

「Standards for CPR and ECC」は、「Guidelines CPR and ECC」と名を変え、今日まで数年ごとに改定出版されてきた<sup>8)~11)</sup>。その中でethicsに一章をあてDNRに関する言及を繰り返しているが、その内容は1991年のAMAガイドラインを忠実に踏襲していることに注目すべきである。なかでも、CPR以外の全ての医療を遅滞なく速やかに実施すべきこと、具体的治療名をあげて、DNR指示により自動的にこれらの不開始、差し控え、中止をすべきではないと繰り返し記載されていることは重要である。Guidelines 1992は、DNR指示を出す際に考慮すべきCPRを含めた医療行為の“futility”に考察を加えている。さらに、DNRの語句が包含する曖昧性のために通常医療が差し控えられる可能性を指摘した。その上で、DNRではなく“CPRのみ”を実施しないことを意味するNo-CPRの使用を推奨した。Guidelines 2000ではDNRに変わる言葉としてDo Not Attempt Resuscitation (DNAR) が推奨され<sup>9)</sup>、Guidelines 2010ではDNARに替わりAllow Natural Death (AND) が使用される機会が増えていることが紹介されている<sup>11)</sup>。

このように、DNARの概念は欧米を主体に形成されてきた経緯があり50年近い歴史を持つが、その実践に関してのみならず、法的・倫理的課題を含めて現在でも多くの議論が行われている<sup>4),12),13)</sup>。

## 2. 語句の解説

Orders not to resuscitateとして登場したCPRを実施しない指示は、1970年代頃からDNR指示と呼称され一般的に使用されている。他の医療処置への影響を避けるためにCPRのみを施行しないことを強調したNo-CPR指示も、広く使用される語句である。DNR, Do Not Resuscitateは「心肺蘇生を行うと成功(蘇生)する」ので「成功する行為(CPR)を行うな」と解釈可能である。しかし、指示はCPRを実施しても蘇生の可能性がない患者を対象とするので「心肺蘇生を行っても成功(蘇生)しない」、すなわち「成功しない行為

(CPR)をあえて試みるな」という意味合いを持つDNAR, Do Not Attempt Resuscitationが妥当であろうとする論文が1989年に公表された<sup>14)</sup>。その後は、先述したGuidelines 2000を含めてDNARが全世界で多用されている。

2000年代初頭にANDが新たに提唱され、「試みるな」という否定的意味合いを持つDNARに変わる語句として徐々に普及し始めている<sup>13),15),16)</sup>。ANDはintermediate support-ANDとcomfort support-ANDに分類され、前者は心停止時にCPRを施行せず、心停止に至る前には全ての医療・看護処置を実施するものであり、DNAR指示と同じ意味合いを持っている。後者は緩和医療を実施し、CPRに加えて全ての医療処置と治療を差し控えるものであるが、本邦における終末期医療の概念に通ずると考えられる<sup>17)</sup>。AND指示の実践による肯定的結果を報告する論文がある反面、その概念に否定的な意見も存在し、その臨床応用に関する議論が続いている<sup>13),18),19)</sup>。

Partial DNRは、

- ①CPRの内容を“menu”(一覧表、リスト)として提示し、気管挿管はしないが胸骨圧迫は行う、昇圧薬は投与するが胸骨圧迫は施行しない、などCPRの一部のみ行う
- ②心停止前の呼吸不全には挿管治療をするが、心停止時には蘇生しない

などのDNR指示を指す用語である<sup>12)</sup>。Partial DNRは患者の自律性を尊重して選択幅を広げて提示した結果と考えられているが、DNRの概念と解釈を誤らせる用語(指示)であり、使用(実施)すべきではないとされている<sup>12)</sup>。

本報告はDNARの使用を基本とするが、引用論文がDNRを使用している、あるいはDNRが使用されていた時代の考察では、適宜DNRを使用した。

## 3. 本邦のDNAR

### 1) これまでの経緯

1980年代に“蘇生を行わないという指示”としてDNRが本邦に紹介されたが、数年後にICU内でのDNRに言及する論説が公表されたことは興味深い<sup>20),21)</sup>。加来の報告に述べられているように、1990年代に入り日本蘇生学会、日本救急医学会、日本救命医療研究会(現・日本救命医療学会)など急性期医療に関与する学会の学術集会でDNRが繰り返し議論されるようになった<sup>22)</sup>。議論の要点はDNRの定義、考え方、適応対象(病態)と適応の手順、適応した後の医療継続のあり方、指針(ガイドライン)の必要性などで

あり<sup>23)~25)</sup>、その倫理的側面の社会的認識も必要であるとして、医療従事者のみならず一般市民を含めた意識調査が施行された<sup>26)27)</sup>。新井はこれらの議論を考察し自身が施行したアンケート結果に基づいて、1995年にDNR指示のガイドライン(私案)を公表している<sup>24)</sup>。

日本蘇生学会、日本集中治療医学会、日本麻酔学会(現・日本麻酔科学会)評議員を対象に実施されたDNR指示に関するアンケート結果は興味深い<sup>27)</sup>。DNRが状況によっては必要かという設問に97%が必要であると回答し、実際に69.1%が実施している。しかし、その実施において患者の意思が不可欠とする者は11%であり、DNRの決定権が医師にあるとする回答が大半を占めていた。DNR決定後の治療に関しては、DNR指示の正しい解釈「心停止時にCPRを行わないがその他の医療・看護は全て実施する」を選択した者は21.2%のみであった。残りの回答は、人工呼吸以外は積極的治療を中止、生命維持に必要な常識的治療のみ行う、疼痛対策に主眼を置く、全ての治療を中止する、などで、DNR指示と緩和医療および終末期医療を混同していることがうかがえる。DNRを実施する旨を診療録に記載しているのは43.9%に止まり、DNR指示の妥当性を繰り返し確認したかについての設問は施行されていない。1991年のAMAガイドライン公表間もない調査であるが、1970~1980年代の欧米の状況に酷似したDNRの対応が本邦でも行われていたと考えられる。

1995年は東海大学安楽死事件の横浜地裁判決(有罪:懲役2年,執行猶予2年)が出た年である。1996年には京都国保京北病院筋弛緩剤事件が起こり、当事者の書類送検(殺人容疑)が報道された。その後、1998年には川崎協同病院事件が起こり、その概要が2002年に報道されている。2005年に同事件は医師逮捕・起訴(殺人容疑)となり、最終的に2009年に最高裁で有罪(殺人罪)判決が下された。2000年代には北海道立羽幌病院、富山県射水市民病院、和歌山県立医大附属病院紀北分院などで人工呼吸器中止が相次ぎ、医療界のみならずマスメディアや市民の間で、治療中止、書類送検(殺人容疑)、起訴、殺人罪確定の思考図式ができあがった。このような状況下でDNARの議論は下火となり、1990年代後半から終末期医療における治療の不開始、差し控え、中止が大きな問題として浮上してきたのである。

2000年代初頭から、終末期医療における倫理的・法的諸問題解決に向けて多くの議論が行われるようになった。このような状況下、終末期医療のあり方について患者・医療従事者ともに広く同意が得られる基本

的な点について確認をし、それをガイドラインとして示すことがより良き終末期医療の実現に資するとして、2007年に厚生労働省が「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を公表した。この公表以降、多くの医学会から医療・ケアの意思決定プロセスあるいは話し合いのガイドラインが発表された。いずれもこの厚生労働省ガイドラインを踏襲しており、終末期医療では患者本人による決定を基本とした上で、患者と医療・ケアチームの話し合いに基づく意思決定プロセスを重視する考え方が主流となっている。2015年に、厚生労働省はこの2007年版のガイドラインを「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」へ改定して公表した。また、2014年に日本集中治療医学会、日本救急医学会、日本循環器学会は「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~」を公表した。このように、十数年の年月をかけて急性期医療分野を含めた日本における終末期医療のあり方に関してのおおよその合意形成ができたと考えられる。

終末期医療の考え方とその医療決定における合意形成過程を学び経験する中で、1994年に実施されたアンケート調査で明らかになった終末期医療に深く関連するDNAR指示の諸問題は解決されたように思われた。しかし、最近日常臨床の現場では決してそうではなく、DNAR指示が多くの混乱を引き起こしている事実が浮かび上がってきた。

## 2) DNAR指示の現状と問題点

2012年に箕岡は「蘇生不要指示のゆくえ 医療者のためのDNARの倫理」を上梓した<sup>28)</sup>。その中で、一人の医師が患者の意思確認をせずに独断で適応のない患者にDNAR指示を出し、看護師を含む医療従事者がその指示を妥当としている状況、DNAR指示内容が診療録に記載されず医療従事者が情報を共有していない状況、DNAR指示のもとにCPR以外の多くの医療・看護・ケアが不開始、差し控え、中止されている状況が浮き彫りにされている。さらに重要なことは、医師・看護師個人に限らず、病院がこれらの状況を許容している可能性がうかがわれることである。

症例を提示した上で(肺癌末期:肺炎で入院した80歳男性,重症認知症:肺炎で入院した80歳男性,慢性心不全:非危機的心不全増悪で入院した80歳男性)行われたアンケート調査結果が最近公表された<sup>29)</sup>。3症例ともに、DNAR指示が出ている場合、CPR以外の通常治療の差し控えが行われ、特に侵襲的治療(人工呼吸器装着,血液透析)の差し控えが多いことが統計学的に証明された。上記の3つ目のような治療対象とな

る症例でもDNAR指示が出されていることがうかがえ、さらにDNAR指示下でも心室細動時に除細動が実施されている現状も明らかになった。

これらの報告は、本邦のDNAR指示の現状はAMAガイドライン公表以前、1970～1980年代の欧米の現状と同じであり、1994年に施行されたアンケート調査時のDNARの問題点が何ら解決されていないことを示している<sup>27)</sup>。

前述したように、終末期医療の考え方とあり方は十数年をかけて議論され、その具体的実践に関しての合意形成が得られつつある。しかし、DNAR指示の混乱をみると、できれば避けて通りたい複雑な終末期医療の合意形成過程をDNAR指示のもとに安易に施行しているのではないかと危惧が生まれる。すなわち、終末期医療は倫理、マスメディア、法律がからむ厄介かつ面倒なものであり、治療の不開始、差し控え、中止は不可能であり、治療中止が殺人容疑での書類送検・起訴に直結するといまだに捉えられている可能性がある。しかし、DNAR指示は終末期医療と無関係であり、倫理・法律・マスメディアを気にすることなく治療の不開始、差し控え、中止が可能である、あるいはその認識なしにこれらが広く実施されている状況が指摘できる。

箕岡はこのような本邦のDNAR指示の現状を調査し、歴史をひもときながらその抱える問題点を提起した。その上で論点をDNAR指示は誰が決めていつ出すのか、指示により不開始、差し控え、中止される医療行為は何か、指示を出すための適切な過程はどのようなものか、に整理して考察を加え、AMAガイドラインに準じた解決策を提案した。さらに、日本の現状を深く考察した上で、DNAR指示が延命治療差し控え・中止のガイドラインに沿って出される必要があると結論している<sup>28)</sup>。

#### 4. DNAR指示のあり方についての勧告

日本集中治療医学会倫理委員会(以下、倫理委員会)は2015年4月からDNAR指示のあり方についての検討を開始した。検討の目的は、

- ①DNARの定義、考え方、用語などに関して医療従事者が共通認識を持つに至ること
- ②DNAR指示の誤った使用により患者・患者家族、医療従事者が被っている不利益を解消すること
- ③これらの過程で生ずる問題点の解決策を提示すること

であり、検討結果の検証を不利益解消の有無、それに伴う患者・患者家族の満足度の向上の有無、医師・看

護師の認識の変化で行うことに設定した。当面の目標を2016年2月の日本集中治療医学会学術集会として検討を開始し、その結果を「倫理委員会報告—DNARの歴史を展望し現在の問題点を探る—」として発表した<sup>30)</sup>。この報告では医師・看護師の立場からDNARの歴史とその現状を考察して解決すべき問題点を提起し、日本臨床倫理学会からDNAR指示の諸問題の解決策として提案されている日本版POLST—Physician Orders for Life Sustaining Treatment—(DNAR指示を含む)、およびDNAR指示が集中治療領域で引き起こす諸問題に関して3学会合同終末期ガイドラインを踏まえて考察を加えた。

学術集会報告後に、倫理委員会はDNAR指示の誤用を解消するためには何らかの指針が必要であるとの認識に至り、まずDNAR指示の現状を正しく把握し問題点を抽出するために、日本集中治療医学会の医師・看護師を対象とした現状調査の実施を決定した。この現状調査結果に基づき、2006年の日本集中治療医学会「集中治療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告」<sup>31)</sup>に準拠してDNAR指示のあり方に関する勧告を公表することにした。日本版POLSTは日本臨床倫理学会が推奨する「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」であり、米国POLST(生命維持治療に関する医師による携帯用医療指示書)を改変して導入したものである<sup>32),33)</sup>。1991年の導入以来、有用とする報告がある反面、根強い反対意見がある制度であることを鑑み<sup>34)</sup>、米国におけるPOLST導入の経緯、普及と有用性、問題点について調査し、日本の現状を加えて考察を行った。日本集中治療医学会評議員施設・医師会員および看護師会員を対象に施行した蘇生不要指示に関する現状・意識調査結果<sup>35),36)</sup>、DNAR指示のあり方についての勧告<sup>37)</sup>、生命維持治療に関する医師による指示書(POLST)とDNAR指示の歴史と現状への考察<sup>38)</sup>は、別稿に詳述されているので参照されたい。

現状・意識調査結果および勧告は、DNAR指示の現状を理解した上で医療従事者がDNAR指示の正しい考え方と実践の共通認識に至る過程に大きく資するものと思料する。共通認識形成によるDNAR指示の誤用の解消が、患者・患者家族に加えて医療従事者が被っていた不利益の解消につながることに期待したい。

#### 5. おわりに

倫理委員会はDNAR指示誤用の最大原因は、終末期

医療とDNARの混同にあると考察する。この解決には、病院倫理委員会が終末期医療指針とDNAR指示運用指針を分離して定める必要があり、その上で終末期医療指針の中で人工呼吸器中止を含む全ての治療の不開始、差し控え、中止を認めることが肝要である。すなわち、DNAR指示の誤用に基づき実施されている治療の不開始、差し控え、中止が終末期医療指針に準じて施行可能なこと、そしてこれらは同指針に準じて実施すべきことを医療従事者が理解すべきである。

1990年代から終末期医療の合意形成がなされ、その運用は法律（ハード・ロー）ではなくガイドライン（ソフト・ロー）で行うことが国（厚生労働省）レベルで認められたと考えてよい。しかし、この運用には医療従事者の医療の専門家（profession）としての自律と専門職倫理による自主的規律に対する社会的信頼が前提となっている<sup>39)</sup>。DNAR指示のもとに行われる終末期医療の誤った運用が患者の権利を侵害した場合には、十数年かけて築き上げた専門職倫理に基づく終末期医療実践に対する社会的信頼は瞬時に瓦解するであろう。

最後に、DNAR指示は心停止時に心肺蘇生をしない指示であり、通常の医療・看護・ケアに影響を与えないことを再確認したい。

本稿の著者のうち、木下浩作は旭化成ファーマ株式会社、塩野義製薬株式会社より奨学寄付金（奨励寄付金）を受けている。その他の著者には、開示すべきCOIはない。

## 文 献

- 1) Kouwenhoven WB, Jude JR, Knickerbocker GG. Closed-chest cardiac massage. JAMA 1960;173:1064-7.
- 2) Jude JR, Kouwenhoven WB, Knickerbocker GG. Cardiac arrest. Report of application of external cardiac massage on 118 patients. JAMA 1961;178:1063-70.
- 3) Symmers WS Sr. Not allowed to die. Br Med J 1968;1:442.
- 4) Burns JP, Edwards J, Johnson J, et al. Do-not-resuscitate order after 25 years. Crit Care Med 2003;31:1543-50.
- 5) American Heart Association. Standards for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiac care (ECC). V. Medicolegal considerations and recommendations. JAMA 1974;227:Suppl:864-8.
- 6) Blackhall LJ. Must we always use CPR?. N Engl J Med 1987;317:1281-5.
- 7) Guidelines for the appropriate use of do-not-resuscitate orders. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. JAMA 1991;265:1868-71.
- 8) Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care. Emergency Cardiac Care Committee and Subcommittees, American Heart Association. Part VIII. Ethical considerations in resuscitation. JAMA 1992;268:2282-8.
- 9) Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Part 2: ethical aspects of CPR and ECC. Circulation 2000;102(8 Suppl):II2-21.
- 10) ECC Committee. Subcommittees and Task Forces of the American Heart Association. 2005 American Heart Association Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Circulation 2005;112(24 Suppl):1-203.
- 11) Morrison LJ, Kierzek G, Diekema DS, et al. Part 3: ethics: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2010;122(suppl 3):S665-75.
- 12) Sanders A, Schepp M, Baird M. Partial do-not-resuscitate orders: A hazard to patient safety and clinical outcomes?. Crit Care Med 2011;39:14-8.
- 13) Schlairet MC, Cohen RW. Allow-natural-death (AND) orders: legal, ethical, and practical considerations. HEC Forum 2013;25:161-71.
- 14) Hadorn DG. DNAR: Do not attempt resuscitation. N Engl J Med 1989;320:673.
- 15) Meyer C. Hospice Patient Alliance. New designation for allowing natural death ("A.N.D.") would eliminate confusion and suffering when patients are resuscitated against their wishes. Available from: <http://www.hospicepatients.org/and.html>
- 16) Xanthos T. (Do not attempt cardiopulmonary resuscitation) or (allowing natural death)? The time for resuscitation community to review its boundaries and its terminology. Resuscitation 2014;85:1644-5.
- 17) Jones BL, Paker-Raley J, Higgerson R, et al. Finding the right words: using the terms allow natural death (AND) and do not resuscitate (DNR) in pediatric palliative care. J Healthcare Qual 2008;30:55-63.
- 18) Venneman SS, Narnor-Harris P, Perish M, et al. "Allow natural death" versus "do not resuscitate": three words that can change a life. J Med Ethics 2008;34:2-6.
- 19) Chen YY, Youngner SJ. "Allow natural death" is not equivalent to "do not resuscitate": a response. J Med Ethics 2008;34:887-8.
- 20) 森岡 亨. 蘇生を行わないという指示DNR. 医学のあゆみ 1985;134:431.
- 21) 涌沢玲児. ICU内でのDNRについて. 麻酔 1988;37:1423.
- 22) 加来信雄. DNR(do not resuscitate). 医学のあゆみ 1997;181:616.
- 23) 小濱啓次. 学会通信. 日本救急医学会雑誌 1995;6:198-201.
- 24) 新井達潤. DNR指示のガイドライン. 日本医事新報 1995;3713:43-7.
- 25) 高橋愛樹. DNRの適応と手順. 呼吸と循環 1998;46:341-6.
- 26) 千代孝夫. DNR指示. 治療 1997;79:1521-6.
- 27) 新井達潤, 並木昭義, 天羽敬祐, 他. 終末期患者に対するdo-not-resuscitate order(DNR指示)はどうあるべきか—日本蘇生学会, 日本集中治療医学会, 日本麻酔学会評議員に対するアンケート調査. 麻酔 1994;43:600-11.
- 28) 箕岡真子. 蘇生不要指示のゆくえ. 医療者の為のDNARの倫理. 東京:株式会社ワールドプランニング;2012.
- 29) Hiraoka E, Homma Y, Norisue Y, et al. What is the true definition of a "Do-Not-Resuscitate" order? A Japanese perspective. Int J Gen Med 2016;9:213-20.
- 30) 日本集中治療医学会倫理委員会. 倫理委員会報告—DNARの歴史を展望し現在の問題点を探る—. 日集中医誌 2016;23(suppl):70.
- 31) 日本集中治療医学会. 集中治療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告. Available from: [http://www.jsicm.org/kankoku\\_terminal.html](http://www.jsicm.org/kankoku_terminal.html)
- 32) 日本臨床倫理学会. 日本版POLST(DNAR指示を含む)作

- 成指針. Available from: <http://www.j-ethics.jp/working-group.htm>
- 33) National POLST Paradigm. About the National POLST Paradigm. Available from: <http://polst.org/about-the-national-polst-paradigm/>
- 34) Brugger C, Breschi LC, Hart EM, et al. The POLST paradigm and form: Facts and analysis. *Linacre Q* 2013;80:103-38.
- 35) 日本集中治療医学会倫理委員会. 日本集中治療医学会評議員施設および会員医師の蘇生不要指示に関する現状・意識調査. *日集中医誌* 2017;24:227-43.
- 36) 日本集中治療医学会倫理委員会. 日本集中治療医学会会員看護師の蘇生不要指示に関する現状・意識調査. *日集中医誌* 2017;24:244-53.
- 37) 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. *日集中医誌* 2017;24:208-9.
- 38) 日本集中治療医学会倫理委員会. 生命維持治療に関する医師による指示書 (Physician Orders for Life-sustaining

Treatment, POLST) と Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) 指示. *日集中医誌* 2017;24:216-26.

- 39) 横野 恵. 法とは何か, 倫理とは何か. 日本集中治療医学会教育講座 集中治療と臨床倫理 —倫理的・法的・社会的問題 (ELSI) への対応. 2015年10月17日

### ***DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) order***

Ethics Committee, Japanese Society of Intensive Care Medicine

*J Jpn Soc Intensive Care Med* 2017;24:210-5.