

DNARオーダーによる発生場所比較

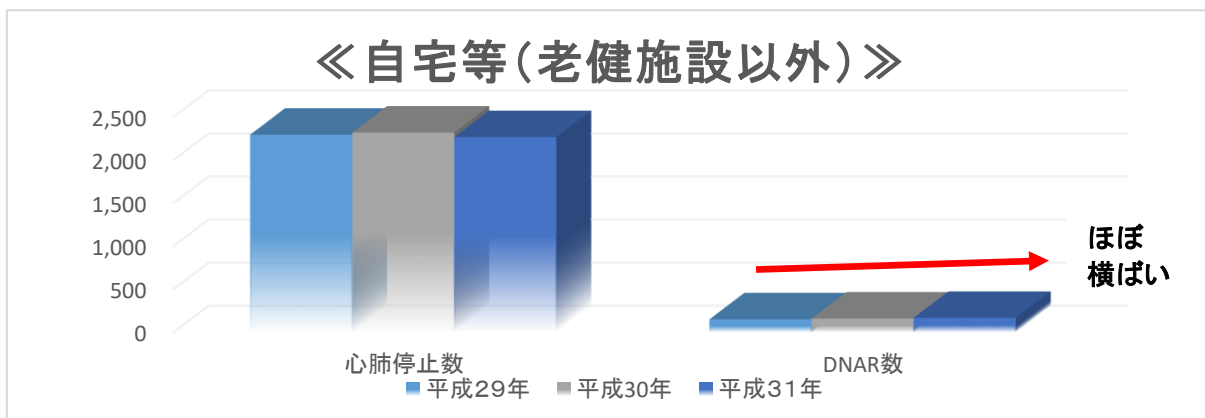
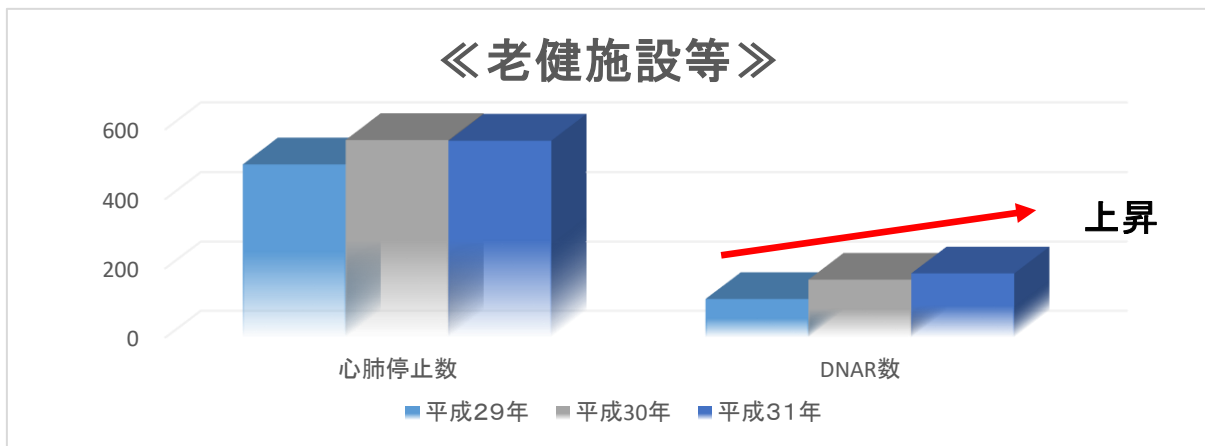
老健施設内							DNAR心拍再開率(3年計)	
	心肺停止数	DNAR数	DNAR比率	平均年齢	心拍再開	1ヶ月生存	バイスタンダー	
平成29年	499	111	22.2%	86.9	6	1	あり	なし
平成30年	569	167	29.3%	87.5	14	3	7.6%	0%
平成31年	567	185	32.6%	86.4	15	2	DNAR生存率(3年計)	
							バイスタンダー	
							あり	なし
							1.3%	0%

●老健施設ではDNARの有無に関わらず職員等(バイスタンダー)がCPRを実施していた場合、生存率は約5倍となる。

●心肺停止時には心肺蘇生を開始し、事件・事故以外はDNARの有無を確認しその後は施設医等の指示に従う。

自宅等(老健施設以外)							DNAR心拍再開率(3年計)	
	心肺停止数	DNAR数	DNAR比率	平均年齢	心拍再開	1ヶ月生存	バイスタンダー	
平成29年	2,293	150	6.5%	82.0	7	0	あり	なし
平成30年	2,318	159	6.9%	83.9	5	0	4.0%	0%
平成31年	2,265	167	7.4%	80.6	7	4	DNAR生存率(3年計)	
							バイスタンダー	
							あり	なし
							0.8%	0%

3年計のDNARによるバイスタンダー実施率は老健施設が67.2%に対し、自宅等では36.8%であった。



心肺蘇生等に関する医師の指示書

当該患者が心肺停止となった場合、患者(あるいは代諾者)の自発的な意思に基づいて行われた「心肺蘇生を受けない」決定を尊重し、心肺蘇生等を実施しないでください。※1
指示にあたっては標準的な医療水準等を考慮し、患者(代諾者)と多専門職の医療従事者間において十分な話し合いを行ったうえで、意思決定についての合意が形成されています。

患者氏名： _____ 生年月日： 年 月 日
連絡先電話番号： — —
住所： 区 丁目 番 号
病状の概要(終末期の状況など)：

医師署名欄： _____ 令和 年 月 日

医療機関の名称：

所在地：

連絡先電話番号： — —

もしくは — — (時間外など)

<患者(代諾者)記入欄>

私は、何者にも強制されず、治療についての判断ができる状態で「心肺蘇生等を受けない」決定をしました。心肺蘇生を受けなければ命が失われることを理解したうえで、上記の指示内容についてかかりつけ医等と十分に話し合い、ここに同意いたします。※2※3

患者署名欄※4： _____ 令和 年 月 日

(代筆した場合、代筆者の氏名： _____ 患者との関係： _____)

代諾者署名欄※5： _____ 患者との関係： _____

本指示書の有効期限 令和 年 月 日

※1 かかりつけ医等の心肺蘇生等の非実施の指示

※2 心肺蘇生等を希望しない旨について、かかりつけ医等と話し合ったうえで同意するという意思表示。患者が署名する場合、かかりつけ医等は、患者が健やかな精神状態にあり、治療方針に同意する能力があることを確認する。代諾者が署名する場合、代諾者は、患者の事前の意思、信念、価値観などを考慮して署名する。かかりつけ医等は代諾者による同意が患者の事前の意思や信念等を反映したもので、標準的な医療水準等を考慮した合理的な判断であることを確認し、代諾者の連絡先と合わせて患者のカルテに記録する。

※3 かかりつけ医等は、患者もしくは代諾者と指示内容について話し合った日付を患者のカルテに記録する。

※4 手が不自由など、患者が自分で署名することができない場合は代筆可。その場合はカッコ内に代諾者の氏名、患者との関係を記載する。

※5 患者が自分で判断できない場合は、代諾者(家族等)が署名する。ここでいう代諾とは、患者本人に十分な判断能力が備わっていない場合、患者の代わりに同意・承諾することを指す。