

DNAR (Do Not Attempt
Resuscitation)

指示に関する指針

奈良県立医科大学附属病院

はじめに

DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) 指示は、医師等の医療従事者から患者本人及びその家族等¹へ適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける患者本人が多専門職種の医療従事者から構成される医療チームと十分に話し合ったうえで、患者本人による意思決定が最も重要な基本原則として成り立つ。

奈良県立医科大学附属病院は、DNAR 指示のプロセスに関する指針を示すことにより、DNAR が患者の尊厳を尊重し、患者がより良い最期を迎えられることを目的に本指針を定める。

1. DNAR 指示は、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時に蘇生行為を行うか否かについての事前指示である。それ以外の通常の医療・看護については別に議論すべきである。
2. 心停止を「急変時」のような曖昧な語句にすり替えるべきではない。
3. DNAR 指示にかかわる合意形成と終末期医療²実践の合意形成はそれぞれ別個に行うべきである。
4. DNAR 方針が決定した後であっても、予期しない原因による突然の心停止の場合は、原則、蘇生行為を行う。
5. DNAR 指示の妥当性を患者と医療チームが繰り返して話し合い評価すべきである。話し合った内容については「インフォームド・コンセント」のテンプレートを用いて丁寧に診療録に残す。

¹ 本指針における「家族等」とは、本人が信頼を寄せ、人生の最終段階の患者本人を支える存在である。したがって、民法上の「親族関係」のみを意味せず、より広い範囲の人（親しい友人等）を含むこともありうる。「代諾者についての考え方（参考資料1）」を参照のうえ、患者の信頼や日常生活における信頼関係等に基づいて医療チームで慎重に検討し判断する。

² 終末期とは、1. 複数の医師が客観的な情報を基に、治療により病気の回復が期待できないと判断すること、2. 患者が意識や判断力を失った場合を除き、患者・家族・医師・看護師等の関係者が納得すること、3. 患者・家族・医師・看護師等の関係者が死を予測し対応を考えること条件を満たす場合をいう。救命救急の場では、発症から数日以内の短い期間で終末期と判断されることも多いが、がんや難病の末期などでは1～2か月ということもある。また、重い脳卒中後遺症などでは、数年前からいざれ死が訪れることが予測されることがあるものの、間近な死を予測することができるのは容態が悪化してからとなる。したがって、終末期を期間で決めることは必ずしも容易ではなく、また適当ではない。よって、終末期医療は、終末期にある患者の総合的な医療の方針を患者の合意のもとに行う医療のことであり、回復の見込みがない状態の患者が心停止になった場合に、心肺蘇生を行わない「DNAR」とはことなる。

6. DNAR 指示の説明は説明医師と 1 人以上の同席者を必ず入れて行うこと。同席者は医師以外の医療従事者とする。
7. DNAR の意思確認をした場合、診療録の患者掲示板の「患者治療方針」の欄へ、DNAR 指示の意思の内容及び、説明日を記載する。
8. DNAR の意思確認は繰り返し行い、その都度、「インフォームド・コンセント」のテンプレートを用いて診療録に記載し、患者掲示板の説明日を更新する。
9. DNAR 同意書の取得は必須ではなく、医師の治療方針等に従って、必要であれば使用する。同意書を提出後も、いつでも撤回が可能であることを繰り返し説明する。

1. DNAR 指示の定義

回復の見込みがない状態であり、心肺蘇生法以外の適応がない場合に、患者の意思に基づき、または家族等との話し合いにより推定した患者の意思に基づき、心停止時に心肺蘇生法*注1を行わない指示である。

DNAR 指示は心停止時のみに有効である。心肺蘇生以外の医療行為（ICU 入室、延命処置*注2・苦痛の緩和・看護やケアなど）に影響を与えてはならない。また、胸骨圧迫は行うが、気管挿管は行わないといった、一部のみ実施する心肺蘇生（Partial DNAR）は推奨しない*注3。家族のグリーフケアとして、患者、家族の希望で Partial DNAR を実施する際には、心肺蘇生の目的及びそれを実施しても蘇生は期待できないこと等について丁寧に説明を行う。

*注1：心肺蘇生法（cardiopulmonary resuscitation：CPR）

一次救命処置（気道確保、胸骨圧迫、人工呼吸）、二次救命処置（気管挿管、高濃度酸素投与、電気的除細動及び静脈路確保と薬剤投与）を指す（日本救急医学会 HP）。

*注2：延命処置

抗がん剤の投与、抗菌薬の投与、経管栄養・中心静脈栄養、昇圧剤や強心剤の投与、輸血、酸素吸入、気管切開、人工呼吸器装着あるいはその設定条件の変更、補助循環装置・人工肺の装着及び回路交換、血液浄化療法（人工透析など）の開始および回路交換などとする。

*注3：

「心肺蘇生の目的は救命であり、不完全な心肺蘇生で救命は望むべくもなく、一部のみ実施する心肺蘇生は DNAR 指示の考え方とは乖離している。」（「DNAR 指示のあり方についての勧告」より抜粋（日本集中治療学会）の考え方を元にした。

2. 適応

次の①～③全てに合致していることが必要である。尚、④の例外的な取り扱いにも注意すること。

- ① 病状が絶対的に予後不良であり、治療を続けても救命の見込みがなく、心肺蘇生が患者にとって最善の治療とはならず、かえって患者の尊厳を損なう可能性があることについて医療チームで慎重かつ客観的に議論し、判断されていること
- ② 回復の見込みがない状態の患者が心停止になった場合、心肺蘇生を行わないことを求める本人の意思（あるいは推定意思）を確認できること
- ③ 医療チームの判断が本人・家族等の意見と一致していること
- ④ DNAR 方針が決定した後であっても、予期しない原因による突然の心停止の場合は、原則、蘇生行為を行う。

3. 患者・家族等との話し合い、インフォームド・コンセント

前記、「2」の DNAR の適応となる場合、次の①～③に留意して患者・家族等と十分に話し合い、インフォームド・コンセントを取得する。

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者本人が医療チームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、医療・ケアを進める。
- ② 本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるよう話し合いを繰り返し行う。
- ③ 本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めた話し合いを繰り返し行う。この話し合いに先立ち、本人へ特定の家族等を自らの意思を推定する者(代諾者)として前もって定めておくように勧め、代諾者が誰なのかを診療録に記載し、把握しておく。

4. DNAR 方針の決定手続き

(1) 本人の意思が確認できる場合

- ① 本人の状態に応じた専門的な医学的検討を経て、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明を行う。説明の際には、説明医師と医師以外の医療従事者 1 人以上の同席者を加えて行うこと。
- ② 説明後には、説明医師もしくは同席者が説明の理解度及び質問の有無を聴取し、診療録に記載する。
- ③ 本人と医療チームとの十分な話し合いを踏まえた本人による意思決定を基本とし、医療チームとして方針の決定を行う。
- ④ 時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化しうるものであることから、状況に応じた適切な情報提供と説明を行う。説明の都度、本人の意思確認を行い、医師の治療方針を修正していく。必要に応じて DNAR 同意書を使用してもよい。
- ⑤ 患者の意思確認には必ずしも DNAR 同意書を用いる必要はない。口頭による意思確認でもよいが、話し合った内容は丁寧に診療録に残す。家族と疎遠になっている場合などで、患者が DNAR に同意している場合、DNAR 同意書が患者の意思を家族に伝えるツールにすることもできる。
- ⑥ DNAR 同意書を受け取った場合は、コピーを本人へ渡す。
- ⑦ 病状の変化(進行)に伴い、本人が自らの意思を伝えられなくなる可能性もあることから、話し合いは家族も含めて繰り返し行う。
- ⑧ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、「インフォームド・コンセント」のテンプレートを用いて診療録に記載する。
- ⑨ DNAR 指示は、診療録の患者掲示板の「患者治療方針」の欄に(例)のように記載する。
(例)「心停止時、DNAR 希望あり。7/○ I.C 記録参照。」
- ⑩ DNAR 同意書が提出されている場合でも本人の意思の確認に努め、変化が生じた場合は同意書の内容にかかわらず、最も新しい意思を尊重する。その場合、患者掲示板の「患者治療方針」の記載を更新する。

(2) 本人の意思の確認ができない場合で、DNAR 同意書などの事前指示文書が存在する場合

- ① 事前指示文書が提出されていないか、家族等または代理人が預かっていたり保管されていたりしていないか、確認する。

② 事前指示文書があれば、そこに記された本人の意思を最大限に尊重する。

(3) 本人の意思の確認ができない場合で、DNAR 同意書などの事前指示文書が存在しない場合

- ① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを原則とする。
- ② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人に代わるものとして家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを原則とする（参考資料1「代諾者に関する考え方」参照）。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。
- ③ 家族等がない場合及び緊急の場合で家族等から患者の推定意思を確認できない場合は、医療チームが本人にとって最善と考える治療やケアを選択する。この場合、必要に応じて倫理委員会等に倫理的判断を委ねることができる。
- ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、診療録に残す。

5. 倫理委員会

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

6. 未成年（満 18 歳未満）*注4 の患者への対応

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

両親（又は親権を有する者）は、未成年の子どもの養育の義務を負う者として、子どもの回復の見込みがない状態における医療の方針を決定する責任がある。その際には、両親（又は親権を有する者）、場合によっては本人と十分な話し合いを行い決定する。

*注4：未成年（満 18 歳未満）

2022 年 4 月の民法改正に伴い、第 4 条の成年年齢が 18 歳に引き下げられた。また、「民法第 818 条（親権者）第 1 項 成年に達しない子は父母の親権に服する」とあることより、本指針では、18 歳未満を親権者の元、監護される存在であるとする。

7. 本指針の作成について

本指針は以下のガイドライン等を参考に作成した。

- 厚生労働省：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
- 全日本病院協会：終末期医療に関するガイドライン～よりよい終末期を迎えるために～
- 日本臨床倫理学会：日本版 POLST(DNAR 指示を含む)作成指針
- 日本集中治療医学会、日本救急医学会、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～

- 日本小児科学会：重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン
- 日本集中治療医学会倫理委員会：DNAR(Do Not Attempt Resuscitation)の考え方
- Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) 指示のあり方についての勧告：日集中医誌(2017)；24：208-209.
- 九州大学病院：回復の見込みがない状態における延命処置及び DNAR(心肺蘇生を行わない指示)に関するガイドライン
- 京都民医連中央病院：DNAR に関するガイドライン
- がん研有明病院：心肺蘇生を行わないこと (DNAR : Do Not Attempt Resuscitation) ガイドライン、説明・同意書
- 札幌医科大学附属病院：DNAR の説明と同意に関する取扱い

「説明・同意書」

心肺停止時に心肺蘇生を行わないこと(DNAR : Do Not Attempt Resuscitation)

※ DNARに同意された場合でも、いつでも同意を取り消すことができます。同意を取り消したい場合、話をもう一度聞きたい、などがありましたら、いつでも医療スタッフへお伝えください。

1. 病名

2. 病状(現在の状況、治療法、今後予想される経過など)

フリー入力用スペース

3. DNAR (Do Not Attempt Resuscitation)について

通常、患者さんの心臓が止まったり、呼吸が止まったりした場合には、医療スタッフは直ちに心肺蘇生を行うよう訓練を受けています。しかし、いかなる治療にも反応しないがんの終末期や重症の多臓器不全など、現在のご病気に伴う自然経過の中で心停止、または、呼吸停止した際に「心肺蘇生を行わないでほしい」というご希望がある場合、心肺蘇生法をしないで静かに自然経過の中で看取することができます。この指示をDNAR (Do Not Attempt Resuscitation)と呼びます。

なお、DNARを受け入れた後も、鎮痛・鎮静などの緩和ケア、抗生物質投与、抗がん剤投与、酸素マスクでの酸素吸入などの必要とされる治療・ケアは医師から患者さんにご説明し、同意していただいた上で行われます。

DNAR 指示が出されていれば、その後、病状が進行して心肺停止になった場合には、原則として心肺蘇生法は実施しません。ただし、想定された理由以外(例えば、交通事故や食べ物を喉に詰まらせて心肺停止になるなど)による心肺停止時で、蘇生の可能性がある場合には、心肺蘇生法を実施します。

4. 心肺蘇生法について

心停止、呼吸停止した場合、当院では原則として心肺蘇生法を実施します。

- 手技:胸を強く押す心臓マッサージ、電気による心臓の除細動、気管挿管(気管に管を入れること)、高濃度の酸素投与、昇圧剤投与などを行います。

- 効果:心臓の動きと呼吸が再開する可能性があります。病状の進んだ方の場合、再開する可能性は低くなります。
- 副作用:胸を強く押すことによって肋骨や胸骨の骨折が生じる可能性が高く、痣が残ったり、内臓の損傷も起こることがあります。
- 心肺蘇生法実施後の経過:一度、気管挿管を実施すると、心臓は動いているものの呼吸機能が十分に回復しない場合は、例え意識障害が長引いていたとしても、現在の日本では気管の管を抜くことは困難です。また、長期になれば(通常は 1~2 週間以上)、気管切開術が必要になります。

5. DNAR 実施の条件

<ご本人に意思決定能力がある場合>

下記を満たしていること。

- ・ ご本人に必要な情報を知らされた上での、自らの明確な意思表示があること。
- ・ ご家族等がいる場合には、ご家族等の同意があること。

<ご本人の意思の確認ができない場合>

ご本人の意思確認ができない場合には、次の手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行うこと。

- ① ご家族等がご本人の希望などの意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを原則とすること。
- ② ご家族等がご本人の意思を推定できない場合には、ご本人にとっての最善の方針をとることを原則とすること。
- ③ ご家族等がいない場合及びご家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、ご本人にとっての最善の方針をとることを原則とすること。
- ④ ご家族等がいる場合には、決定した方針について、ご家族等の同意があること。

6. DNAR 指示の取り消しについて

「心肺蘇生法は不要」と意向を示された後でも、ご希望が変化すれば、いつでもスタッフへお伝えください。この件について、ご質問等ありましたら、いつでもスタッフへお伝えください。

以上のことについて、

患者 _____ さん (ID: _____) (生年月日: _____)
 代諾者 _____ さん (患者さんとの続柄: _____) に説明いたしました。

説明年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

(説明にあたった者)所属: _____

職種: 医師 氏名: _____

職種: _____ 氏名: _____

(同席者) 職種: _____ 氏名: _____

奈良県立医科大学附属病院 附属病院長殿

ID:

_____は、このたび、心肺停止時に心肺蘇生を行わないこと(DNAR : Do Not Attempt Resuscitation)について、担当医師_____(同席者: _____)から、下記の事項のうち□にチェックを付けた項目について説明を受けました。

- 現在の状況:身体状況、根治的な治療が困難で非常に厳しい状況であること
- DNAR の理由・妥当性に関すること
- DNAR が得られない場合の処置、予測される状態と不利益
- DNAR はいつでも取り消すことができること

上記の説明を受け、

- よく理解しましたので、DNAR を希望します。
- DNAR を希望しません。
- セカンドオピニオン等、再度検討させていただきます。

同意年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご本人 氏名(署名): _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※ご本人が自筆で記入してください。

代筆者 氏名(署名): _____

患者との続柄:(_____)

※ご本人氏名をやむを得ず代筆された場合は、代筆者の氏名を記載してください。

ご本人が未成年の場合、または意識障害などで署名できない場合は、保護者・親権者等の代諾が必要です

代諾者 氏名(署名): _____

患者との続柄:(_____)

※ DNAR に同意された場合でも、いつでも同意を取り消すことができます。同意を取り消したい場合、話をもう一度聞きたい、などがありましたら、いつでも医療スタッフへお伝えください。

【参考資料】

1. 代諾者についての考え方

奈良県立医科大学附属病院は、医療・ケアに関する意思決定を患者に求める。

ただし、患者本人に意思決定能力がない場合の代諾者についての考え方は、以下のとおりとする。

代諾者とは、患者本人に意思決定能力がない場合に、本人に代わって、説明及び同意の手続きをする医療者の相手方となる者、もしくは将来その役割を担うと考えられる者である。したがって、本人の推定意思を尊重し、最善の利益を図りうる者でなくてはならない。

基本的には家族（配偶者、親、子など）となるが、生物学的あるいは法的に関係が近いからといって、患者の意向を適切に推定し代弁できるとは限らない。

場合によっては、親しい友人等を含み、複数人存在することも想定される。

<患者本人に意思決定能力がない場合の代諾者>

- ・ 家族・親族
- ・ 患者と同居する者
- ・ 親しい友人等、患者本人が信頼を寄せ、人生の最終段階の本人を支える存在

<代諾者を定められない場合>

可能な限り、患者に関わった人（後見人等）より情報を収集し、実際に患者を担当している医療チームが患者にとって最善の方針を検討し、代行決定する。

必要に応じて、臨床倫理コンサルテーションチームに相談する。

（想定される状況例）

- ・ 代諾者を定めるための時間的余裕がない場合
- ・ 家族、親類等への連絡がつかない場合
- ・ 身寄りがない場合
- ・ 家族の支援が得られない場合等

2. DNR (Do Not Resuscitation) と DNAR (Do Not Attempt Resuscitation)

DNR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が妥当である(Hadorn DG. DNAR: Do not attempt resuscitation. N Engl J Med 1989;320:673)。

3. DNARが孕む倫理的問題

① DNAR指示は誰が決めるのか？

→DNAR指示は患者本人の意思ではなく、患者の家族が決定していることが多く、患者の意向を確認するための十分な話し合いが持たれていない可能性がある。DNARを決定するかはあくまでも患者本人の意思の尊重が大前提である。

② DNAR指示はいつ出すのか？

→DNARについて話題に出すことが患者の治療への意欲や希望を薄めてしまわないか、などといった医療者の懸念により、適切な時期にDNARの本人の意思確認を行えていない場合もあると思われる。できる限り患者本人の意向を尊重することができるように、患者の意思能力があり意思表示可能なうちに話し合いを始めることが望ましい。

③ DNAR指示によって、差し控えられたり、中止される医療的処置の内容とは？

→DNARはあくまでも“心停止時に心肺蘇生を行わない”ということであり、終末期にそのほかの医療(輸血や抗生剤投与、酸素投与など)を行わないということではない。しかし、臨床では、“延命治療の治療中止”の意味で“DNAR”を使用していることがよくあり、医療者間での“DNAR”の意味についてコンセンサスを得る必要がある。

④ DNAR指示を出すために適切なプロセスとはどのようなものか？

→患者が心肺蘇生をしても心肺機能が再開する見込みが極めて低い状態であることは、診療に当たる医師だけでなく、第三者との十分な協議が必要である。しかし、現実には、主治医と家族との話し合いで決定していることが多く、誰が、どのような基準で判断しているのか不明確である。医師がDNAR指示の必要性について適切に評価し、医療チームとのコンセンサスを得ることが重要である。そして、患者本人や家族等に対して、本人に意思決定能力がある早い段階からのコミュニケーションが必要である。さらに、透明性を確保し、話し合いの内容を適切に記録することが必要である。

(参考：箕岡真子『蘇生不要指示のゆくえ－医療者のためのDNARの倫理－』)

4. 事前指示が有益である理由

① 患者の自己決定権を尊重することになる

② 家族が、患者本人の意思を根拠なく憶測することの心理的感情的負担を軽減できる

③ 医療介護従事者が法的責任追及を避けることができる

④ 事前指示書作成のプロセスそのものが、患者や家族と医療関係者とのコミュニケーションを促進し、信頼関係を深めることができる。

(箕岡真子「事前指示の有用性とその普及における今後の課題」より抜粋)

5. 終末期の法倫理問題を考える「川崎協同病院事件(最高裁判所 平成 21 年 12 月 7 日判決)」

① 事案

気管支喘息重責発作の結果、昏睡状態となった患者の家族に対し、医師が「脳の回復はできない」などと説明したところ、患者の回復をあきらめた患者の妻から「抜管してほしい」との要請を受け、気管チューブを抜き取り、その後患者が苦しそうに見える呼吸を繰り返したことから、医師が准看護師に命じて筋弛緩剤を静注し、患者を死亡させた。

② 論点

筋弛緩剤の投与（積極的安楽死）に加えて、気管内チューブの抜去（生命維持治療の中止）も殺人罪に問えるのか。

③ 結論

気管内チューブの抜去及び筋弛緩剤の投与について、殺人罪を認めた（懲役 1 年 6 月、執行猶予 3 年）

④ 要旨

回復可能性や余命についての的確な判断を下せる状況にはなかったこと、本件気管内チューブの抜管は、被害者の回復をあきらめた家族からの要請に基づき行われたものであるが、その要請は上記の状況から認められるとおり、被害者の病状等について適切な情報が伝えられた上でされたものではなかったこと、抜管行為が被害者の推定意思に基づくとはいえないことから、法律上許容される治療中止には当たらないというべきである。なお、下級審では、<1>患者本人の意思、<2>治療義務の限界という観点からの検討がされており、本最高裁判決もこの考えを基にしていると考えられる。

⑤ 解説

当該患者が終末期にあたるのかどうかの検討が不十分で、かつ、本人の意思が不明で家族等による意思の推定も行われていないことから、生命維持治療の中止が殺人罪にあたりと判断されたものと思われる。つまり、家族が「家族の立場」で、「患者の終末期を決める権限はない」という判断である。高裁判決（平成 19 年 2 月 28 日）では、尊厳死の問題を抜本的に解決するには尊厳死法の制定またはガイドラインの策定が必要とされると述べられていたが、同年 5 月には、厚生労働省より「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（現在は「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」へ名称を変更）が公表された。このガイドラインは、2006 年に明らかになった富山県の射水市民病院における治療中止*をきっかけに作成されたものであるが、そこでは、終末期であるのかを多職種で十分に検討し、患者の意向を踏まえたうえで、治療中止や不開始を判断するように求めている。

（堂園俊彦編『倫理コンサルテーション ハンドブック』p.95 一部改変）

*富山県射水市民病院：末期状態の患者 7 名に対し、家族の希望で主治医が人工呼吸器を取り外し、死亡させた。医師は殺人容疑で書類送検され、不起訴となっている。

奈良県立医科大学附属病院 倫理委員会

委員長	医療安全推進室	室長・病院教授	辰巳 満俊
副委員長	泌尿器科	教授	藤本 清秀
委員	呼吸器・アレルギー・血液内科	教授	室 繁郎
	消化器・代謝内科	教授	吉治 仁志
	整形外科	教授	田中 康仁
	歯科口腔外科	教授	桐田 忠昭
	脳神経内科	准教授	斎藤 こずえ
	産婦人科	准教授	川口 龍二
	薬剤部	部長心得	池田 和之
	看護部	部長	橋口 智子
	哲学	准教授	池邊 寧
	教育開発センター	特任講師	岡本 左和子
	生命倫理監理室	副室長	伊藤 雪絵
	大阪A & M法律事務所	弁護士	小島 崇宏
	實原寺	住職	尾崎 道裕

第 1.0 版 2022 年 8 月 9 日

【DNAR 指針作成ワーキンググループ】

リーダー：医療安全推進室 病院教授 辰巳 満俊

メンバー：哲学 准教授 池邊 寧

生命倫理監理室 副室長 伊藤 雪絵

救急科 教授 福島 英賢

小児科 教授 野上 恵嗣

緩和ケアセンター 病院教授 四宮 敏章

呼吸器・アレルギー・血液内科 助教 太田 浩世

事務局：生命倫理監理室 池谷 仁宏、早川 友香、田仲 亜季子