

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

日本集中治療医学会倫理委員会[†]

要約: 日本集中治療医学会の正会員のうち、看護師免許を有する者を対象に、蘇生不要〔Do Not Resuscitate (DNR) または Do Not Attempt Resuscitation (DNAR)〕〔以後、DNR (DNAR)〕指示の現状と看護師の意識調査を実施した。DNR (DNAR) について教育を受けたことがある者は3割にとどまり、そのうち約5割の者は学会主催のセミナーで教育を受けたと回答した。DNR (DNAR) 指示により、心停止時の心肺蘇生以外にも多くの治療が終了または差し控えられている。DNR (DNAR) 指示が検討される状況には、終末期であること以外に、高齢、認知症、身寄りがいない、日常動作が制限されている、などが挙げられている。これらは、DNR (DNAR) がその対象外の人々に適応されて治療が差し控えられている現状を示し、大きな問題と考えられる。さらに、DNR (DNAR) 指示の誤用は、看護師の臨床現場での混乱やジレンマにつながっていた。したがって、DNR (DNAR) の正しい理解に関する教育の機会を設ける必要性が急務である。

Key words: ①DNR (Do Not Resuscitate), ②DNAR (Do Not Attempt Resuscitation), ③nurse, ④clinical ethics

緒言

日本集中治療医学会倫理委員会は2015年から、救急・集中治療の場における蘇生不要〔Do Not Resuscitate (DNR) または Do Not Attempt Resuscitation (DNAR)〕〔以後、DNR (DNAR)〕指示に関する臨床的問題点の存在に着目してきた。

そのような場に身を置く看護師が捉えるDNR (DNAR) 指示の実態と看護師の意識を調査することは、適切な治療や終末期医療の考え方、患者の尊厳と

家族の思いを尊重するうえで重要である。そこで、日本集中治療医学会の正会員のうち看護師免許を有する者を対象に、DNR (DNAR) 指示の現状と看護師の意識調査を実施した。

方法

日本集中治療医学会理事会の承認の下、同学会正会員のうち看護師免許を有する者に資料1に示した質問票を用いて、インターネット上のアンケートサービス会社 (SurveyMonkey[®], USA) のサイトを利用し、

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)

受付日2017年1月6日
採択日2017年1月16日

[†] 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)

DNR(DNAR) アンケート看護師個人用

このアンケートは蘇生不要指示、いわゆる DNR (DNAR) order についての調査です。
 あなた自身のことについてお尋ねします。
 該当する箇所に○をつけてください。() 内には自由にお書き下さい。

1. 年齢 ①20代 ②30代 ③40代 ④50代 ⑤60代
 2. 性別 ①男性 ②女性
 3. 集中治療室での総経年数 () 年
 4. 現在の所属部署 ①外科系 ICU ②内科系 ICU ③general ICU ④救急 ICU
 ⑤心血管系 ICU ⑦脳疾患専門 ICU ⑧一般病棟 ⑨その他
 5. 職位 ①スタッフ ②副院長、主任 ③師長、科長
 6. 取得ライセンス ①なし ②認定看護師(分野:)
 ③専門看護師(分野:)
 7. DNAR に関する教育を受けた経験 ①ある ②ない
 ↓「ある」を選択した方のみご回答ください
 8. 教育を受けた場所 ①看護基礎教育 ②部署内勉強会
 ③学会主催セミナー ④セミナー ()

あなたの所属する施設についてお尋ねします。該当する箇所に○をつけてください。

9. 設立母体 ①大学病院 ②国公立病院 ③その他
 10. 施設全体の病床数 ①300床以下 ②301～500床以下 ③501～750床以下
 ④751～1000床以下 ⑤1001床以上

あなたの所属する施設の現状についてお尋ねします。

DNAR order が出た際に、治療の終了（現在の治療をすべて終了する）、減量（現在の治療をすべてまたは一部を減量する。または一部を終了する）、差し控え（現在の治療を維持し新たな治療を差し控える）を行う頻度として最も近いもの 1 つに○をつけてください。

11. 集中治療室への入室

いつも差し控える	時々差し控える	あまり差し控えない	いつも差し控えない
1	2	3	4

12. 血液・尿検査等のルーティン検査

いつも差し控える	時々差し控える	あまり差し控えない	いつも差し控えない
1	2	3	4

13. 栄養（中心静脈、経腸）

1	2	3	4
---	---	---	---

14. 抗菌薬投与

1	2	3	4
---	---	---	---

15. 循環動態を維持するための輸液

1	2	3	4
---	---	---	---

16. 昇圧薬投与

1	2	3	4
---	---	---	---

17. 血液・血液製剤の使用

1	2	3	4
---	---	---	---

18. 非侵襲的陽圧換気

1	2	3	4
---	---	---	---

19. 気管挿管

1	2	3	4
---	---	---	---

20. 人工呼吸器管理

1	2	3	4
---	---	---	---

21. 血液浄化

1	2	3	4
---	---	---	---

22. ペースメーカー挿入

1	2	3	4
---	---	---	---

23. IABP の装着

1	2	3	4
---	---	---	---

24. PCPS・ECMO などの補助循環装置の装着

1	2	3	4
---	---	---	---

25. 心室細動時の電気ショック

1	2	3	4
---	---	---	---

26. 心停止の際の胸骨圧迫

1	2	3	4
---	---	---	---

次の患者の状況のうち、病気の重症度に関わらず **DNAR** を検討する頻度として最も近いもの 1 つに○をつけてください。

27. 高齢者

いつも検討する	時々検討する	あまり検討しない	いつも検討しない
1	2	3	4

28. ADL が低い

1	2	3	4
---	---	---	---

29. 身寄りが無い

1	2	3	4
---	---	---	---

30. 悪性新生物の末期

1	2	3	4
---	---	---	---

31. 緊急入院

1	2	3	4
---	---	---	---

32. 患者の治療拒否の明確な意思

1	2	3	4
---	---	---	---

33. 認知症

1	2	3	4
---	---	---	---

34. その他 ()

1	2	3	4
---	---	---	---

DNAR を判断する人についてお尋ねします。最も該当する数字 1 つに○をつけてください。

35. DNAR の判断は誰がされていますか。
 ①主治医だけで判断する
 ②主治医と他の複数の医師で判断する
 ③主治医と医師以外の医療従事者で判断する
 ④複数の医師と医師以外の医療従事者で判断する
 ⑤施設や診療科内で決められた会議（倫理委員会など）で判断する

36. 35 で「③または④医師以外の医療従事者で判断する」を選択した方にお聞きします。医療従事者に看護師は含まれますか。③、④以外を選択された方は、37 に進んでください。

①ふくまれる
 ②ふくまない

37. DNAR の検討はどのような場でなされていますか。
 ①診療科の医局会
 ②医師と看護師が参加した病棟内カンファレンス
 ③医師と看護師が参加したベッドサイドでのカンファレンス
 ④病院倫理委員会

DNAR 決定プロセスにおける看護師の関与についてお尋ねします。

38. 医師・看護師を含む医療チームでの話し合いの場を設けていますか。もっとも該当するもの一つに○をつけてください。

いつも実施する	時々実施する	あまり実施しない	いつも実施しない
1	2	3	4

39. 看護チームでの話し合いの場を設けていますか。もっとも該当するもの一つに○をつけてください。

いつも実施する	時々実施する	あまり実施しない	いつも実施しない
1	2	3	4

40. 患者・家族との話し合いの場（例えば IC 場面）に看護師が参加していますか

いつも参加する	時々参加する	あまり参加しない	いつも参加しない
1	2	3	4

41. 40 で「いつも参加する」「時々参加する」と回答された方は回答をお願いします。参加した際に看護師が実施することとして該当するものすべてに○をつけてください。「あまり参加しない」、「いつも参加しない」を選択した方は、43 に進んでください。
 ① 医師の説明や話し合いの内容を記録する
 ② 患者・家族の言動（様子）を確認する
 ③ 患者・家族の思いや考えを代弁する
 ④ 患者や家族に看護師から質問をする
 ⑤ 家族の IC 内容の理解度を確認する

⑥ その場にはいるが何もしない
⑦ その他 ()

42. 患者・家族との話し合いが夜勤に行われる場合(看護師の人数が少ない場合)、話し合いには看護師が参加していますか。

いつも参加する 時々参加する あまり参加しない いつも参加しない

1 2 3 4

43. 患者・家族との話し合いの内容や結果は医療チームでどのように共有していますか。該当するものすべてに○をつけてください。カンファレンスの実施についてお尋ねします。

① 規定の記録用紙(カンファレンス記録用紙)に記録している
② 診療録の医師記録欄に記録している
③ 診療録内の看護記録に記録している
④ 記録はしていない

44. DNR の決定に際し、意思を確認する人についてお尋ねします。最も該当する数字 1 つに○をつけてください。

① 患者本人

いつも確認する 時々確認する あまり確認しない いつも確認しない

1 2 3 4

② 家族

1 2 3 4

DNR order の記録についてお尋ねします。最も該当する数字 1 つに○をつけてください。

45. DNR order はカルテに明記されていますか。

① 必ず明記されている
② 記載の有無は症例によって違う
③ カルテには記載しないが、他者が分かるように表記されている
④ 記載していない

46. 医師との間で意見が分かれた場合、どのように解決していますか。最も該当する数字 1 つに○をつけてください。

① 上司に相談する
② 看護チームで検討する
③ 医師と意見交換する
④ 医師・看護師合同カンファレンスを持つ
⑤ 院内倫理委員会での検討を呼びかける
⑥ 院内リソース(倫理の専門家・専門看護師・認定看護師)へ相談
⑦ 対応したことがない

47. 貴施設に DNR (DNAR) について書かれたマニュアルはありますか。

① ある
② ない

48. DNR が検討されているプロセスにおいて、看護師として患者や家族への関わりで、個人または組織的に取り組んでいることがありますか(例えば、心理的ケアなど)。取り組んでいることがあれば【】内に自由に記載してください。

[]

49. これまでに DNR に関連したジレンマや困難感を抱いたことはありますか。

① はい
② いいえ

50. 49 で「①はい」と回答された方は【】内にその内容を自由にお書きください。

[]

ありがとうございました。

DNR (DNAR) 指示の現状と看護師の認識を調査した。回答は、個人が特定できない無記名での回答とした。本調査への参加は自由意思とし、アンケートの回答をもって研究参加の同意とした。

結果

回答期間は2016年10月13日から同27日までの15日間とした。電子メール配信数は正会員のうち看護師免許を有する者に対して2,352通で、384名からの回答を得た(回答率16.3%)。

1) 回答者の背景と施設状況 (Table 1)

回答施設の設立母体34.9%が大学病院、21.4%が国公立病院、43.8%がその他の施設であった。500床以上の規模の施設が58.7%を占めた。回答者の年齢は30代と40代が82.7%を占め、集中治療の平均経験年数(平均±標準偏差, 以下同じ)は9.45±5.2年であった。回答者の職位はスタッフが55.8%で師長, 科長, 副師長, 主任の管理職が44.2%であった。専門看護師または認定看護師の有資格者が48.9%を占めた。

2) DNR (DNAR) の教育経験

回答者の6割はDNR (DNAR) の教育を受けたことがないと回答した(Fig. 1)。DNR (DNAR) について

教育を受けたことがあると回答した者が、教育を受けた場所は、「学会主催のセミナー」が63名(46.7%)と最も多く、部署内勉強会28名(20.7%), 看護基礎教育13名(9.6%)の順であった。その他の回答には大学院12名, 認定教育過程4名, 院内研修6名など(Fig. 2)であった。

3) DNR (DNAR) 指示と治療の終了または減量, 差し控えの頻度およびその現状

DNR (DNAR) 指示が出た際に、治療の終了または減量, 差し控えを行う頻度について、4段階のリッカートスケール(1点:いつも差し控える~4点:いつも差し控えない)で回答を得た(Fig. 3)。最も差し控えられるのは「percutaneous cardiopulmonary support (PCPS) や extracorporeal membran oxygenation (ECMO) などの補助循環装置の装着」であり、次いで「心停止の際の胸骨圧迫」であった。一方で、最も差し控えられないのは、「抗菌薬投与」であり、次いで「非侵襲的陽圧換気」と「栄養(中心静脈, 経腸栄養)」であった。

DNR (DNAR) が検討される状況について4段階のリッカートスケール(1点:いつも検討する~4点:いつも検討しない)で回答を求めた(Fig. 4)。その結果、

Table 1 対象者の背景 (n = 384)

項目	数 (%)
設立母体	
大学病院	134 (34.9)
国公立病院	82 (21.4)
その他	168 (43.8)
病床数	
300床以下	42 (11.1)
301～500床	115 (30.3)
501～750床	109 (28.7)
751～1000床	73 (19.2)
1001床以上	41 (10.8)
年齢	
20代	32 (8.7)
30代	167 (45.3)
40代	138 (37.4)
50代	28 (7.6)
60代	2 (0.5)
70代以上	2 (0.5)
性別	
男性	79 (21.4)
女性	290 (78.6)
集中治療室での平均経験年数 (平均 ± 標準偏差)	9.45 ± 5.2年
所属部署	
外科系ICU	31 (8.4)
内科系ICU	8 (2.2)
general ICU	106 (28.8)
救急ICU	74 (20.1)
心血管系ICU	25 (6.8)
脳疾患専門ICU	4 (1.1)
小児ICU	9 (2.4)
一般病棟	32 (8.7)
その他	79 (21.5)
職位	
スタッフ	203 (55.8)
副師長, 主任	105 (28.8)
師長, 科長	56 (15.4)
専門資格	
なし	188 (51.1)
認定看護師	139 (37.8)
専門看護師	41 (11.1)

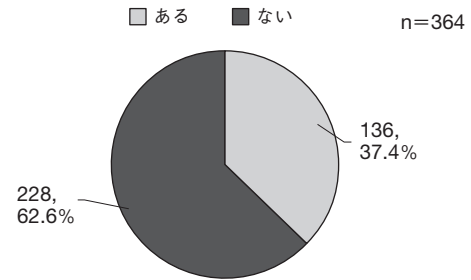


Fig. 1 DNR(DNAR) 教育経験の有無

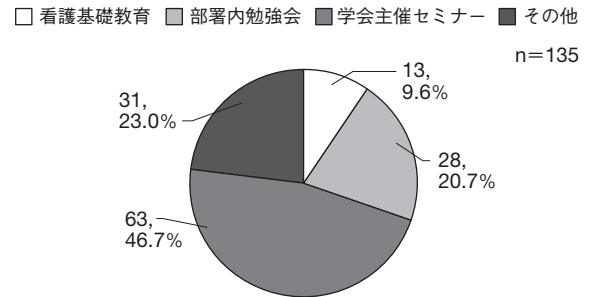


Fig. 2 DNR(DNAR) の教育を受けた場所

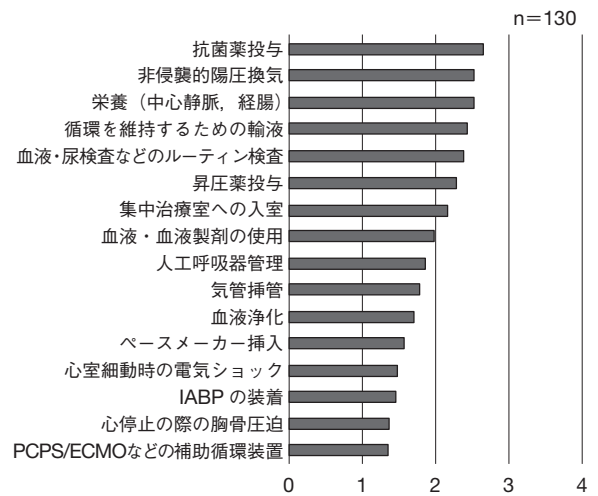


Fig. 3 DNR(DNAR) 指示が出された場合、治療の終了 (現在の治療をすべて終了する), 減量 (現在の治療をすべてまたは一部を減量する。または一部を終了する), 差し控え (現在の治療を維持し新たな治療を差し控える) を行う頻度
4段階のリッカートスケール (1: いつも差し控える, 2: 時々差し控える, 3: あまり差し控えない, 4: いつも差し控えない) を用いた合計点数の平均点。
点数が低いほどに差し控えられる。

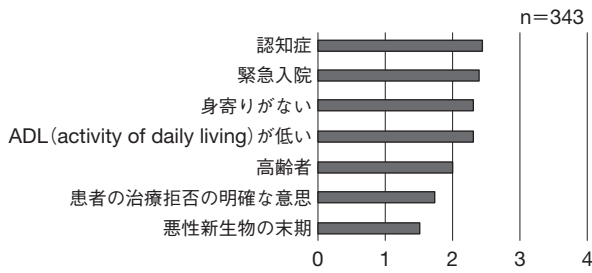


Fig. 4 病気の重症度にかかわらずDNR(DNAR) を検討する患者状況
4段階のリッカートスケール(1:いつも検討する, 2:時々検討する, 3:あまり検討しない, 4:いつも検討しない)を用いた合計点数の平均点。点数が低いほどいつも検討する状況。

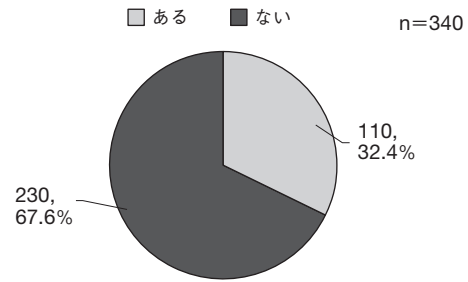


Fig. 5 DNR(DNAR) を検討する患者状況の有無
Fig. 4の患者状況以外で病気の重症度にかかわらず, DNR(DNAR) を検討する患者状況の有無を示す。

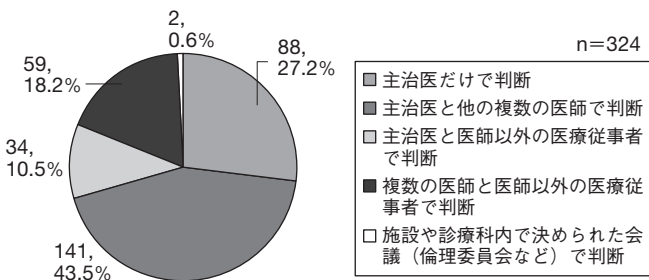


Fig. 6 DNR(DNAR) を判断する人

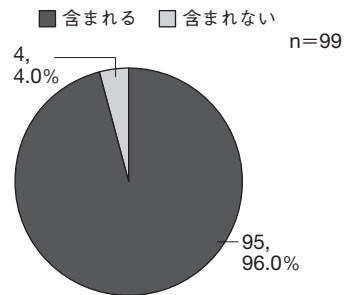


Fig. 7 医師以外の医療従事者で判断する場合, 医療従事者に看護師は含まれるか

DNR (DNAR) が検討される状況として回答の多かった項目は、「患者の治療拒否の明確な意思」「悪性新生物の末期」「高齢者」の場合であった。その他の病気の重症度にかかわらずDNR (DNAR) を検討する患者状況の存在 (Fig. 5) について、「ある」と回答した者は3割を占めた。その他の状況として、自由記載には、「回復する見込みが厳しい場合」や「家族が希望するとき」、「先天性の異常がある場合」、「経済的な問題がある場合」、「悪性新生物の末期である場合」、「心不全や慢性呼吸不全の末期の場合」という意見があった。

4) DNR (DNAR) の判断に関与する人と検討する場

DNR (DNAR) を判断する人は、「主治医と他の複数の医師で判断する」が43.5%と最も多く、ついで「主治医だけで判断する」が27.2%と多かった (Fig. 6)。医師と医師以外の医療者で判断する場合、看護師が含まれるかについては、96%が「含まれる」と回答した (Fig. 7)。

DNR (DNAR) が検討される場所については、「診療科の医局会」が39.9%と最も多かったが、「医師と看護師が参加した病棟内カンファレンス」や「医師と看護師が参加したベッドサイドでのカンファレンス」で検

討するという回答もそれぞれ30%程度あった (Fig. 8)。医師、看護師を含む医療チームで話し合いの場を設けているかについては、「いつも実施する」「時々実施する」と回答したのは、46.5%であった (Fig. 9)。看護チームでの話し合いは、62.4%の割合で実施されていた (Fig. 10)。

患者・家族との話し合いの場に看護師が参加する割合は92.6%であった (Fig. 11)。話し合いに参加した看護師が行うこととして最も多かった項目は、「患者・家族の言動(様子)を確認する」であり、次いで、「家族のインフォームド・コンセント(IC)内容の理解度を確認する」「医師の説明や話し合いの内容を記録する」であった (Fig. 12)。

家族との話し合いが夜勤に行われる場合、看護師が話し合いに参加する割合は79.1%であった (Fig. 13)。話し合いの結果の情報共有方法として最も多かったのは、「診療録内の看護記録に記録している」で46.5%を占めた (Fig. 14)。

さらに、患者本人にDNR (DNAR) の意向を確認する割合は48.6%であり (Fig. 15)、家族に意向を確認する割合は、98.7%であった (Fig. 16)。

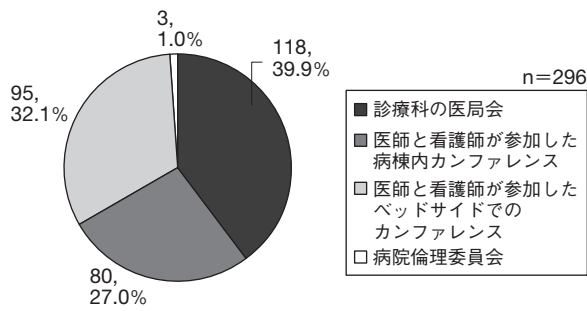


Fig. 8 DNR (DNAR) が検討される場所

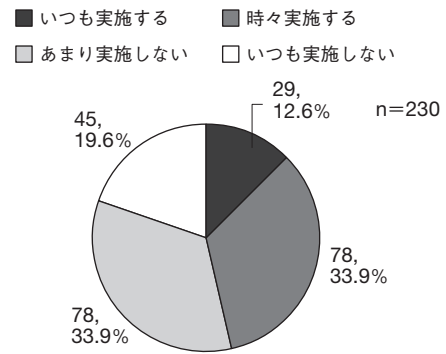


Fig. 9 医師・看護師を含む医療チームでカンファレンスを持つ頻度
4段階のリッカートスケール (1:いつも実施する, 2:時々実施する, 3:あまり実施しない, 4:いつも実施しない) を用いた合計点数の平均点。点数が低いほど、いつも医療チームでの話し合いが行われることを示す。

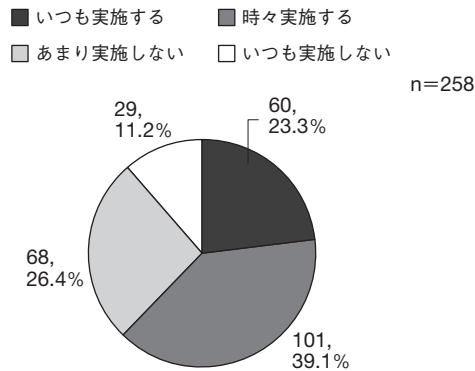


Fig. 10 看護チームでの話し合いの場を設ける頻度
4段階のリッカートスケール (1:いつも実施する, 2:時々実施する, 3:あまり実施しない, 4:いつも実施しない) を用いた合計点数の平均点。

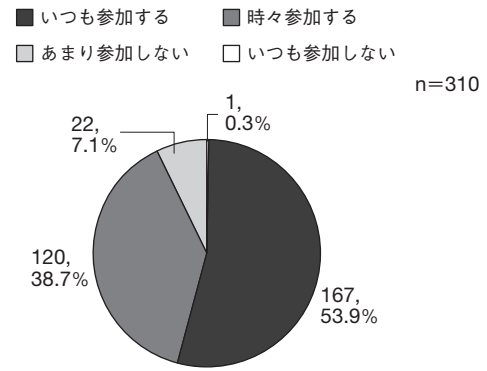


Fig. 11 患者・家族との話し合いの場 (インフォームド・コンセント) に看護師が参加する頻度
4段階のリッカートスケール (1:いつも参加する, 2:時々参加する, 3:あまり参加しない, 4:いつも参加しない) を用いた合計点数の平均点。

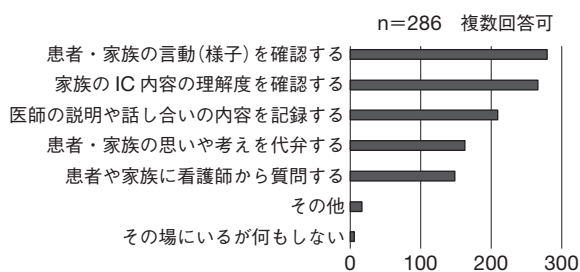


Fig. 12 インフォームド・コンセントに参加した看護師が行うこと

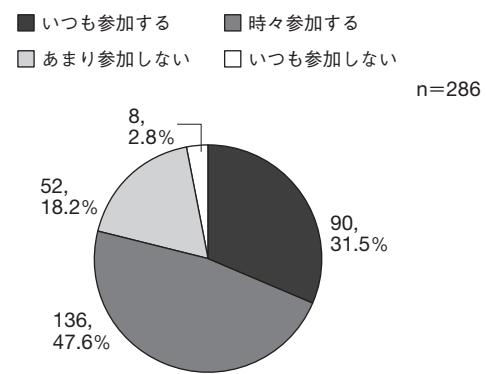


Fig. 13 夜勤にインフォームド・コンセントが行われる際に看護師が参加する頻度
4段階のリッカートスケール (1:いつも参加する, 2:時々参加する, 3:あまり参加しない, 4:いつも参加しない) を用いた合計点数の平均点。

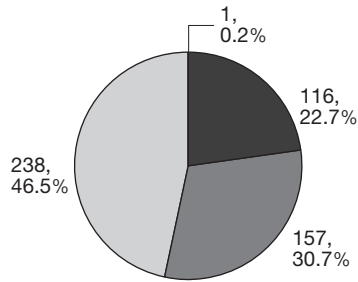


Fig. 14 患者・家族との話し合いの内容や結果は医療チームでどのように共有しているか

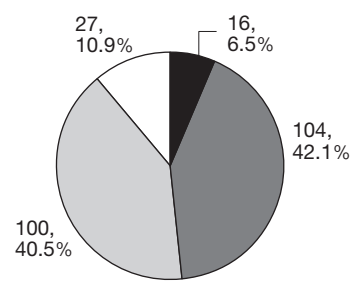
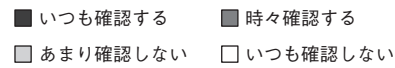


Fig. 15 DNR(DNAR)の決定に際し、患者に意思を確認する頻度

4段階のリッカートスケール(1:いつも確認する, 2:時々確認する, 3:あまり確認しない, 4:いつも確認しない)を用いた合計点数の平均点。

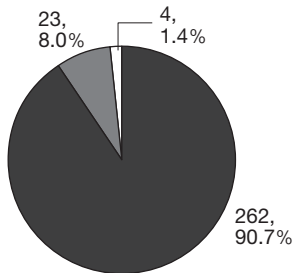
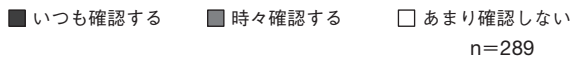


Fig. 16 DNR(DNAR)の決定に際し、家族に意思を確認する頻度

4段階のリッカートスケール(1:いつも確認する, 2:時々確認する, 3:あまり確認しない, 4:いつも確認しない)を用いた合計点数の平均点。

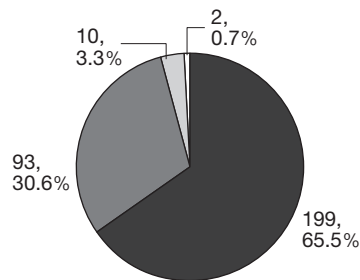
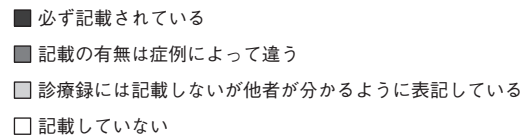


Fig. 17 DNR(DNAR)指示の診療録にどのように記録されているか

5) DNR(DNAR)指示の診療録の記載について

DNR(DNAR)指示は65.5%が必ず記載されていると回答した。一方で「記載の有無は症例によって違う」、「診療録には記載しないが他者が分かるように表記している」、「記載しない」と回答した者は34.6%であった(Fig. 17)。

6) 医師との間で意見が分かれた場合の解決方法

医師との間で意見が分かれた場合の解決方法として最も多かったのは、49.7%が「医師と意見交換する」であり、次いで、41.1%が「医師・看護師合同カンファレンスを持つ」、20.7%が「看護チームで検討する」の順であった。「対応をしたことがない」と回答した者は12.2%であった。その他の少数意見として、10.2%が「院内倫理委員会に検討を呼びかける」、9.2%が「院内

リソース(倫理の専門家・専門看護師・認定看護師)に相談する」であった(Fig. 18)。DNR(DNAR)マニュアルが施設内にあると回答した割合は、28.2%であった(Fig. 19)。

7) DNR(DNAR)に関連した看護師の認識

DNR(DNAR)に関連したジレンマや困難感の経験は、94.4%が「ある」と回答した(Fig. 20)。その内容は、Table 2に示す通り「医師だけで方針が決定されていく状況(看護師の意見を聞いてくれない)」、「医学的限界を超えた医師の治療により、患者の苦痛が緩和できない状況」、「本当に終末期なのか、救命の可能性があるのに医師の判断でDNR(DNAR)が決定される状況」など、医師のみで決定されることへのジレンマが含まれていた。

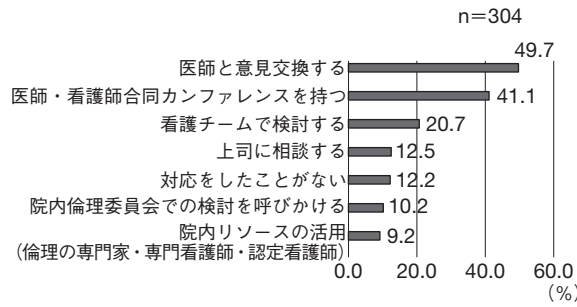


Fig. 18 医師と意見が対立した場合どのように解決しているか

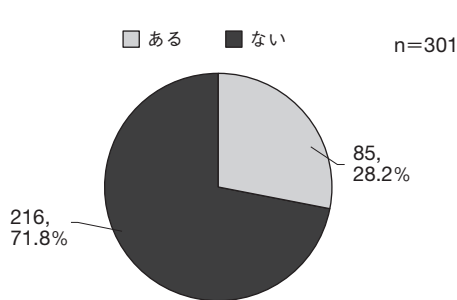


Fig. 19 DNR (DNAR) マニュアルの有無

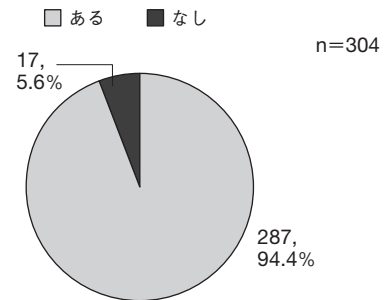


Fig. 20 これまでにDNR (DNAR) に関連したジレンマや困難感を抱いたことがあるか

Table 2 看護師がDNARについてジレンマや困難感を感じた内容 (自由記述式回答)

- ・ 家族や患者の思いが不明確な中で、医師が治療を進めていく状況
- ・ 家族と医師との考えに温度差がある状況
- ・ 医師が無理にDNARに持っていかうとする状況
- ・ 医師の間での意見の違いにより、方針が決定できない状況
- ・ 医師だけで方針が決定されていく状況 (看護師の意見を聞いてくれない)
- ・ 医学的限界を超えた医師の治療により、患者の苦痛が緩和できない状況
- ・ 患者の思いが尊重されない状況
- ・ 家族間での意見が別れた状況
- ・ 本当に終末期なのか、救命の可能性があるのに医師の判断でDNARが決定される状況
- ・ DNARだからとすべての治療が差し控えられる状況
- ・ DNARが決定した後、医師が患者への興味をなくしてしまう状況
- ・ 医師からのICの内容に疑問を感じる状況
- ・ 医師の心ない言動
- ・ それまで疎遠であった身内が急に現れ、それまでの家族の意向に反対する状況
- ・ DNARだからと看護ケアに手を抜く看護師がいること
- ・ DNARが決定しているのにフルコードで蘇生処置が行われることがあること
- ・ 救命が困難な状況でも家族の意向が強く積極的な治療が行われる状況

考 察

1) DNR (DNAR) 指示と治療の終了または減量, 差し控え

DNR (DNAR) 指示によって、侵襲の高い生命維持装置「PCPSやECMOなどの補助循環装置」の中止・

差し控えが行われていることは、終末期の判断を前提としていることが推測される。すなわち、看護師を含む医療者が終末期医療に基づく延命治療の中止とDNR (DNAR) 指示を同じ意味として誤って捉えている現状を示しているといえる。

一方、「抗菌薬投与」「栄養 (中心静脈, 経腸)」など

の侵襲が低い治療は、治療の終了や減量、差し控えに影響されにくいといえる。また「非侵襲的陽圧換気」は、医療者にとって侵襲が低いと考えられやすいことがうかがえる。これらは、心停止時に心肺蘇生を施行しない指示であるDNR (DNAR) が誤用かつ拡大解釈されて運用されている実態を明瞭にし、医師のみならず看護師が誤用に気づいていない可能性が指摘できる。

さらに、DNR (DNAR) 指示が検討される状況には、終末期であること以外に、高齢、認知症、身寄りがいない、日常動作が制限されている、などが挙げられている。これらは、DNR (DNAR) がその対象外の人々に適応されて治療が差し控えられている現状を示し、大きな問題と考えられる。特に経済的事情でDNR (DNAR) が考慮されている事態は、憂慮すべきである。また、緊急入院の際に医療者が最大限の救命治療を施す前に、DNR (DNAR) を検討することによって、生命やQOLの軽視につながるのではないかと危惧される。

2) DNR (DNAR) 指示の決定への看護師の関与

DNR (DNAR) 指示の判断から、看護師がかかわっている状況は存在し、多くがカンファレンスを開催し検討を行っている現状が明らかになった。DNR (DNAR) 指示が検討される場合は、「診療科の医局会」が最も多いが、看護師が参加したカンファレンスで検討されることも6割を占めており、方針決定プロセスに看護師も参画している現状が明らかになった。また、本調査では、看護師がインフォームド・コンセントの場に同席した際に実施していることとして、「家族の理解度を確認する」、「患者・家族の言動(様子)を確認する」の意見が多かった。このことから、意思決定プロセスにおける看護師の役割として、患者・家族の状況理解を把握する役割を担っていることが理解される。一方で、「患者や家族に看護師から質問をする」、「患者や家族の思いや考えを代弁する」は低い得点であり、現時点においては実施されることが少ないこともわかった。DNR (DNAR) の決定プロセスにおいて、患者や家族の権利が尊重され、思いや考えに沿った決定ができるように、看護師は患者や家族のそばに寄り添い、主体的に意思決定に参画できるように支援することが課題であると考えられる。

一方、これらの現状からDNR (DNAR) の方針決定に参加している看護師がその誤用と誤った拡大解釈に気づいていない可能性が指摘できる。しかし、次項で考察するように、その誤用について気づいている看護師が倫理的ジレンマを感じていると思われる。

3) 看護師が捉える倫理的ジレンマと困難感

看護師の多くがDNR (DNAR) 指示に関する倫理的ジレンマを感じており、その内容は非常に具体的なものであった。看護師は医師主導の決定や医師間の方針決定に対するジレンマやDNR (DNAR) 指示への疑問、患者・家族の権利擁護が侵されること、医療者としての倫理観への疑問、家族が表出した意思決定への迷いなど、臨床現場の状況を率直に語っている。つまり、DNR (DNAR) 指示は臨床に従事している医師・看護師の双方に混乱を招いており、倫理的ジレンマを生じている。

また、医師との間に困難感を生じた場合も、カンファレンスを活用し、医師と話し合う機会を設けていた。このことはチーム間の合意を意識した行為であるといえる。一方で、臨床倫理委員会への相談は非常に少なく、倫理委員会の活用が一般的ではないことを示している。臨床においては、多職種医療チームで話し合いを持つプロセスが重要な意味を持っており、臨床倫理委員会の活用より優先されなければならない。あくまでも臨床倫理委員会の活用は医療チームが問題の解決に困難感を抱える場合の相談機能として位置付けられており、今回の結果は臨床状況を反映しているといえる。

インフォームド・コンセントでの看護師の役割として患者・家族の言動(様子)の確認や、家族のIC内容の理解度の確認が多かった。つまりDNR (DNAR) 指示によって、家族の精神的問題の出現や意思決定支援への関心が高まり、家族の反応を捉えようとしていることがわかる。

4) 看護師のDNR (DNAR) 教育について

今回の調査では、6割以上が教育を受けた経験がないと回答した。教育を受けた経験がある者のうち、教育を受けた場所は、部署内での勉強会は2割に過ぎず、学会主催のセミナーが、DNR (DNAR) に関する知識を得るための重要な位置付けにあることがわかった。

さらに、DNR (DNAR) 指示という名の下、心停止時の心肺蘇生以外にも多くの治療の終了または差し控えを行っている現状が明らかになった。これらは、DNR (DNAR) 指示の誤用を明瞭にしており、臨床現場での混乱やジレンマにつながっている可能性がある。したがって、DNR (DNAR) の正しい理解に関する教育の機会を増やすことは急務な課題であると思われる。

結 論

本現状・意識調査により、以下のことが明らかになった。

1. DNR (DNAR) について教育を受けたことがある者は3割にとどまり、そのうち約5割の者は学会主催のセミナーで教育を受けている。
2. DNR (DNAR) 指示により、心停止時の心肺蘇生以外にも多くの治療が終了または差し控えられている。さらに、本来の対象以外にDNR (DNAR) が拡大解釈され、誤って適応されている。患者の意思確認が行われるのは50%以下であり、主治医一人での指示決定(約30%)が行われている。
3. DNR (DNAR) が検討される場合は、「診療科の医局会」が最も多いが、看護師が参加したカンファレンスで検討されることも6割を占めている。
4. 看護師がインフォームド・コンセントの場に同席した際に実施していることとして、「家族の理解度を確認する」、「患者・家族の言動(様子)を確認する」の意見が多かった。
5. DNR (DNAR) を患者本人に確認する割合は4割であり、家族に確認する割合は9割であった。
6. DNR (DNAR) マニュアルが施設内にある割合は2割であった。
7. DNR (DNAR) に関連したジレンマや困難感は、回答者の9割が「経験がある」と回答した。

謝 辞

今回のアンケート調査にご協力を頂いた日本集中治療医学会正会員のうち看護師資格を有した皆様に深謝いたします。

本論文の要旨は、第44回日本集中治療医学会学術集会(2017年、札幌)において発表した。

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。

Clinical situation of Do Not Resuscitate Order and recognition of nurse, Mailed survey in Japan

Ethics Committee, Japanese Society of Intensive Care Medicine

J Jpn Soc Intensive Care Med 2017;24:244-53.