

DNAR コンセンサスメーティングの現状報告

日本赤十字社和歌山医療センター 看護管理室¹⁾，放射線治療科部²⁾

芝田 里花¹⁾，筒井 一成²⁾

索引用語：DNAR，コンセンサスメーティング，倫理的ジレンマ

要 旨

今回、当センターにおける Do Not Attempt Resuscitation；DNAR（以下 DNAR とする）オーダーの現状の 4 つの問題点として、① 代理人の意思決定であることが多い、② DNAR の拡大解釈がされている、③ 主治医だけに DNAR の決定がゆだねられている、④ 信頼関係が構築されていない中で DNAR オーダーを家族に相談している、という実態が提示された。その解決の一助として DNAR コンセンサスメーティングを実施した。その結果、多職種が倫理的ジレンマを持っていることが明確になった。このことから DNAR について医療従事者が理解し、コンセンサスを持つよう働きかけることが患者の尊厳を守るためにも重要と考えられた。今後、臨床倫理を考える場をつくり「臨床倫理カンファレンス」を多職種で行い、医療従事者の倫理観を醸成していくことが大きな課題と思われる。

はじめに

近年、院内において DNAR という言葉を耳にすることは多い。本来 DNAR 指示は「心肺蘇生を実施しないという患者の意思・事前指示に沿って医師が出すオーダー」とされている。しかし、当センターにおいては医師や看護師が DNAR 指示についてコンセンサスを得られていない現状があり、倫理的ジレンマが生じている。そのため、① DNAR 指示のコンセンサスを得る、② 倫理的ジレンマを多職種で共有する、③ 臨床倫理を考える場を持つことを目的とし、「DNAR コンセンサスメーティング」を行った。今回、その成果と今後の課題を報告する。

目 的

当センターにおける DNAR 指示の現状を認識し、DNAR 指示のコンセンサスを得るとともに、個人が持つ倫理的ジレンマを共有し、臨床倫理を考える場を持つことを目的とした。

このことは患者を中心に考えた質の高い医療の提供に結びつくと考ええる。

DNAR コンセンサス ミーティングの実際（表 1）

DNAR コンセンサスメーティングを 3 回、Physician Order for Life Sustaining Treatment；POLST（以下 POLST とする）コンセンサスメーティングと名称を変更し 2 回、計 5 回実施した（参加者の募集は電子カルテシステムの掲示板を利用し、第 1 回から第 3 回は教育研修推進室が発信、第 4 回からは看護管理室が発信し、事前参加の申し込みは不要とした。）

参加職種は医師、臨床心理士、社会福祉士、

（平成30年1月22日受付）（平成30年2月6日受理）
連絡先：（〒640-8558）

和歌山市小松原通四丁目20番地
日本赤十字社和歌山医療センター
看護管理室

芝田 里花

【表1】DNAR コンセンサスマーティングの実際

開催日	参加者数	参加職種	内 容
平成28年9月7日	30名	医師，臨床心理士， 社会福祉士，看護師	DNAR についてのフリーディスカッション
平成28年10月13日	39名	医師，臨床心理士， 社会福祉士，看護師	DNAR についての解決すべき問題点の提示， フリーディスカッション
平成28年11月17日	40名	医師，臨床心理士， 社会福祉士，看護師	A 病院版 POLST 作成にあたって
平成28年12月26日	26名	医師，臨床心理士， 社会福祉士，看護師	事例による倫理カンファレンス
平成29年3月27日	20名	臨床心理士，看護師	事例による倫理カンファレンス

看護師であり，参加延べ人数は155人で看護師が最も多かった。医師，看護師ともに救急分野で勤務する者が最も多く，次いでがん関連分野に勤務する者が多かった。医師の参加については第1回から第3回は複数人であったが，第4回は1名のみで，第5回は医師の参加はなかった。

コンセンサスマーティングの内容について，第1回はDNAR コンセンサスマーティングを行うことになった経緯を発起人である医師から説明された。当センターにおけるDNARの問題点として，①代理人の意思決定であることが多い，②DNARの拡大解釈がされている，③主治医だけにDNARの決定がゆだねられている，④信頼関係が構築されていない中でDNARオーダーを家族に相談している実態が提示された。その後，DNARについてのフリーディスカッションを行い，発言の中には「医師からDNARだから状態が悪くなくても何もしない，DNARなので心拍が止まってからコールしてと言われた」「患者の呼吸状態が悪化してもDNARだから…と医師にコールすることを躊躇した」などがあり，DNARの意味が正しく理解されていない実態が明らかになり，参加者の多くはDNARオーダーに対して倫理的ジレンマを感じていることが明確になった。

第2回はDNAR事例を提示し，現状を参加者で共有した。現場におけるDNARオーダーについての解決策として，DNARが治療をしないと解釈されている場合があることから，

①DNARの正しい意味を理解しコンセンサスを持つ，②救急医療の場においては，意思決定は家族にゆだねられていることが多いが，本来は本人の意思を尊重すべきであるという認識を持つ，③DNARの判断については主治医にゆだねられている現状から，その判断が妥当かどうかを複数人で検討する体制の構築，④入院直後の信頼関係が構築されていない中で，DNARについて提示されていることがあるため，時期の配慮が必要であるということが挙げられた。

また，第2回では医師から日本版POLSTのレクチャーがあり，ディスカッションの中では職員がDNARについて共通認識を持つための指針を早急に作成する必要性を再認識した。

第3回は発起人である医師から「日赤和歌山版POLST」が提示され，ディスカッションを行った。その中で，病院全体で認識を深めるためにはトップダウンでの決定が必要ではないかとの意見もあった。しかし，平成28年12月には日本集中治療学会から，Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) 指示のあり方についての勧告(2016/12/20)(表2)が出され，「急性期医療領域で合意形成がなく，十分な検証を行わずに導入することに危惧があり，DNAR指示を日本版POLSTに準じて行うことを推奨しない。」とされており，POLSTを使用するかどうかを検討する必要があるとの意見も出された。

【表2】 Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) 指示のあり方についての勧告 (2016/12/20)
日本集中治療学会勧告

1. DNAR 指示は心停止時のみに有効である。心肺蘇生不開始以外は集中治療室入室を含めて通常の医療・看護については別に議論すべきである。
2. DNAR 指示と終末期医療は同義ではない。DNAR 指示に関わる合意形成と終末期医療実践の合意形成はそれぞれ別個に行うべきである。
3. DNAR 指示に関わる合意形成は終末期医療ガイドラインに準じて行うべきである。
4. DNAR 指示の妥当性を患者と医療・ケアチームが繰り返して話し合い評価すべきである。
5. Partial DNAR 指示は行うべきではない。
6. DNAR 指示は日本版「POLST-Physician Orders for Life Sustaining Treatment」(DNAR 指示を含む)「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」に準拠して行うべきではない。
7. DNAR 指示の実践を行う施設は、臨床倫理を扱う独立した病院倫理委員会を設置するよう推奨する。

【表3】 第4回事例

80歳代男性の壊死性筋膜炎患者の治療方針の決定についての事例であった。患者はショック状態で搬送され、壊死性筋膜炎と診断され、左下肢切断後、集中治療室に入室した。入室後も状態が悪化し、右下肢にも壊死が及び切断の必要が生じた。患者は独居であり、気管挿管、鎮静剤が使用されているため本人の意思確認はできず、キーパーソンである甥は「医師に任せる」という状況であった。医師間の治療方針にも違いがあったが、生命維持のための治療が選択された。看護師は本人の意思が明確でない中で生命維持のみの治療に悩み、苦痛が伴う創処置に顔をしかめたり、涙を流す姿を見て日々ジレンマが増強した。

【表4】 第5回事例

50歳代女性。小学生の時に遊んでいてC4の頸髄を損傷し、入院後すぐに気管切開が施行されたが1年後に離脱していた。その後9年間のリハビリ生活を経て、自宅で生活をしてきた。両親はすでに他界している。キーパーソンは親戚の方。2009年頃から心不全や呼吸不全のため、入院することがあった。本人は気管切開を拒否していた。今回の入院は肺炎による呼吸状態の悪化であった。本人は意識がしっかりとしており、NPPVは拒否。急変時の胸骨圧迫、気管挿管もしない。気管支鏡による採痰も拒否。入院後は会話もしていた。痰が喀出できず、吸引中に窒息状態となった。長年付き添っている家政婦がいたが、一人では判断できず、胸骨圧迫、バッグバルブマスク換気を行い、急変コール対応をした。一時、自発呼吸が出現したが親戚、家政婦、ヘルパーに看取られた。

第4回は集中治療室の看護師から提示された事例をもとに倫理カンファレンスを行った(表3)。この事例ではそれぞれの職種はジレンマを感じていたが、多職種でのカンファレンスを持つことはできていなかった。今回の倫理カンファレンスはそれぞれの思いを積極的に話し合う機会となった。

第5回は急変対応の事例であった(表4)。小学生の時に不慮の事故で頸髄損傷となり、40年近く介護を受けてきた患者の事例である。この事例では、この対応が本当に良かったのかのジレンマもあり、カンファレンスを行った。Jonsenの4分割法(医学的適応、患者の意向、QOL、周囲の状況)を用いて事例検討と意見の交換を行った。

考 察

DNAR コンセンサスミーティングはほとんど案内をしていないにも関わらず、計5回で155名の参加があり、倫理的ジレンマを日常的に感じている職員の存在が明確になった。

参加者の職種については、医師、臨床心理士、社会福祉士、看護師であり、救急に関連する医師や看護師、緩和ケアチームの社会福祉士や看護師が多かった。これは、日々、終末期患者に接し、患者の最善と治療の間でジレンマを感じている現状があるためと考える。

ミーティングの参加者については教育研修推進室が発信し、参加者を募集した際には医師の参加も複数であったが、看護管理室の発信の場合は医師の参加者は1名、あるいは0名であっ

たことから、部門間の壁は大きいことが推測された。

今回行われたミーティングから当センターにおける DNAR の実態として、① 代理人の意思決定であることが多い、② DNAR の拡大解釈 (DNAR なので何もしなくてもよい、など) がされている、③ 主治医だけに DNAR の決定がゆだねられている、④ 信頼関係が構築されていない中で DNAR オーダーを家族に相談していることが明らかになった。このことから DNAR について医療者がきちんと理解し、コンセンサスを持つよう働きかけることが患者の尊厳を守るためにも重要な課題であると考えられる。DNAR コンセンサスミーティングで「日赤和歌山版 POLST」が提示されたが、院内に周知されていない現状がある。また、日本集中治療学会からの勧告および厚生労働省「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」(平成 27 年 3 月改訂) で述べられているように、① 患者の意思決定を基本とし、多専門職種 of 医療従事者から構成される医療・ケアチームの話し合う機会、② 治療方針の決定に際し、患者や家族と医療従事者が話し合い、患者や家族が意思決定を行い、その合意内容を文書にまとめておくこと。患者の状況により、意思は変化するものであり、その都度説明し意思の再確認を行うことが必要であり、当センターにおいて多職種が協働し早急に体制を構築していくことが必要である。

病院で行われている医療の中には DNAR オーダーを含め倫理的な問題が多く存在しており、臨床倫理を話し合う場が必要である。今後「臨床倫理コンセンサスミーティング」として継続し、医療従事者の倫理感を醸成していくことが大きな課題である。

結 論

当センターにおける DNAR オーダーの問題点として① 代理人の意思決定であることが多い、② DNAR の拡大解釈がされている、③ 主治医だけに DNAR の決定がゆだねられている、④ 信頼関係が構築されていない中で DNAR オーダーを家族に相談している実態があり、倫理的ジレンマを持っていることが明確になった。今後、DNAR 指示について医療者が正しい意味を理解し、医療を実践していくことが重要である。

文 献

- 1) 日本集中治療学会：
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.
- 2) 日本集中治療医学会倫理委員会：
Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) の考え方。日集中医誌 2017；24：210-15.
- 3) 日本倫理学会：日本版 POLST (DNAR 指示を含む) 作成指針。
<http://www.j-ethics.jp/working-group.htm>
- 4) 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。ワールドプランニング。2012.
- 5) Albert R.Jonsen (著), Mark Siegler (著), 赤林朗, 大井玄 (監訳)：臨床倫理学 — 臨床医学における倫理的決定のたえの実践的なアプローチ。新興医学出版社。2006.

Key words ; DNAR, consensus meeting, ethical dilemma

Current report on the situation of DNAR consensus meetings

Rika Shibata¹⁾, Kazushige Tsutsui²⁾

1) Nursing Management Office, Japanese Red Cross Wakayama Medical Center

2) Department of Radiation Oncology, Japanese Red Cross Wakayama Medical Center

Summary

It is reported that the “Do Not Attempt Resuscitation” (hereafter referred to as DNAR) order creates issues at our hospital as follows:

- (1) There are many cases in which decision making is made by a family representative.
- (2) The definition of DNAR itself is nebulous.
- (3) The responsibility for decision making relies solely on the attending doctor.
- (4) Medical staff have to discuss the DNAR order with the family members even though trustworthy relationships have not yet developed.

DNAR consensus meetings were held to explore satisfactory resolutions to these difficulties. It became clear that the Interdisciplinary staff members are beset with ethical dilemmas. Furthermore, it was agreed that it is an indispensable task for hospital staff to ensure that both they themselves and the family have a thorough understanding of the DNAR concept and work toward a mutual agreement for DNAR acceptance. It is recommended that our hospital establishes clinical ethics conferences and develops a comprehensive understanding of ethics within teams comprised of the various departments concerned.

