

【開会挨拶・実践報告①】

DNARはアドバンス・ケア・プランニングの実践である

石巻赤十字病院 副院長

鈴木 聡(臨床倫理に関する検討部会 部会長)

医療現場では「DNAR(ディー・エヌ・エー・アール)」という言葉が毎日のように使われる。だが、医療者はその意味するものを正しく理解しているだろうか?医師が家族から(患者本人ではなく)「DNARの同意を取る」と言ったり、看護師が医師に「急変の対応のためにDNARを取ってほしい」と言ったりすることがあるが、これには違和感がある。何だかよくわからないまま、延命治療の差し控え・中止を意味する記号または暗号だと思っではないだろうか?

看護師にアンケート調査をしたことがある。「DNARの意味を知っているか?」という質問に対して「知らない」と(正直に)答えたのは1人だけで、他は「よく知っている」が30%、「だいたい知っている」が70%だった。ただし、どちらの中にも「DNAR」の「R」が何の頭文字かを知らない人が複数いた。

がん治療中の患者さん(予後は数カ月以上)を想定してもらい、その患者さんが急変(たとえば食事中や検査中に)したとして、その場に居合わせたらどうするかをきいた。「DNAR」指示がなければ「直ちに心肺蘇生を開始してコードブルーを要請する」が70%、「主治医に連絡して指示を待つ」が30%だったが、「DNAR」指示があると「直ちに心肺蘇生を開始してコードブルーを要請する」が10%に減少し、「主治医に連絡して指示を待つ」が60%、「そのまま看取る」が30%になった。

「DNAR(Do Not Attempt Resuscitation)」を日本語で言えば「心肺蘇生を試みるな」である。なぜ試まないのか?心肺蘇生という医療行為がもはや無益だからである。がんばっても蘇生できないからである。体を痛めつけるだけになるからである。無益なのは延命のための医療行為であって、患者の「いのち」ではない。

「DNAR」は「できっこないことはしないほしい」「静かに見送ってほしい」という患者の望み(事前指示)を、担当医師を介して他の医療者に指示するアドバンス・ケア・プランニングの実践の一つではないだろうか。

【実践報告③】

退院支援における関係機関の「DNAR」に対する認識の影響

成田赤十字病院 医療社会事業課長

関 理枝子(医療社会事業司)

急性期病院においては、在院日数の短縮が病院経営の大きなカギとなっており、各医療機関のソーシャルワーカーは、業務の大半を退院支援に追われている。

平均在院日数が10日前後という短期間に、患者の意向を尊重しつつ意思決定を促し、患者の身体状況、家族背景、生活環境、退院後の生活復帰などを勘案して退院先を選択、退院に向けて多方面との調整をするには困難が多い。

その一つとして、転院先、あるいは入所先として受け入れを依頼する関係機関との「DNAR」に対する認識のずれが挙げられる。諸々の調整を重ね、やっと、家族面談に漕ぎつけた時、先方から「『DNAR』取っておいってください。』と言われ戸惑いを覚えることは少なくない。多くは療養型の医療機関からであるが、最近では、老人保健施設等の施設から言われることもある。当院を退院する時点では、「DNAR」とは結びつかないような患者であっても、「『DNAR』を取っている」ことが転院、または入所時の条件となっているのを感じる。

関係する機関が、それぞれの解釈で「DNAR」を口にしていないことから、そこにずれが生じ、患者や家族との信頼関係が崩れ、退院先を失い、退院支援が頓挫する。

今回は、「DNAR」に対する認識が関係機関によって異なることで、影響を受けた退院支援の事例をご紹介します。「DNAR」の共通認識の重要性と啓蒙の必要性について、皆様と共有したい。

【実践報告②】

急性期病院におけるDNAR～倫理コンサルテーションチームの取り組みを通して～

日本赤十字社和歌山医療センター 臨床倫理コンサルテーションチーム

○宮本 知佳、吉田 晃、島津 裕、今泉 澄人、是枝 大輔、吹田奈津子、橋口 歌織、戸石 輝、石田 真、勝山 雅朗

「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」が厚生労働省から公表され、終末期医療のあり方に関する理解が深まり、患者の尊厳を無視した延命医療の継続は大きく減少していると思われる。しかしDNAR指示のもとに基本を無視した安易な終末期医療が実践されている、あるいは救命の努力が放棄されているのではないかとの危惧が最近浮上してきたと日本集中治療医学会は勧告を出している。

当センターでも、「DNAR」に関して、治療の方針をも含んだ指示として出されている場合があり、更に誤用や拡大解釈されて使用されていることも多く、この誤用や拡大解釈は指示を出す医師だけでなく、看護師などの他職種も「何かおかしい」と感じずに指示として受けていることがある。本来DNARを含む治療方針の決定には、丁寧に患者や家族と話し合う必要があるが、入院時などではDNARを含む治療方針の決定は、医師のみで行っている現状がある。終末期医療に基づく治療の終了・中止・減量(治療・ケア制限)とDNAR指示を同じ意味にとらえてしまい、治療を差し控えてしまうことは、医療現場で大きな問題といえる。

このような臨床現場で起こっている倫理的問題に対して、院内で感受性と意識を高め、院内で話し合いをもつことで解決の一助となることを目的として、平成30年に倫理コンサルテーションチームを立ち上げた。チームの活動として、DNARを含むガイドラインの整備を行い、病院全体にガイドラインとチームのコンサルテーション方法について周知を行い、新規職員には、DNARを含む倫理研修を行った。しかし発足から半年が経過しているが、倫理チームへのコンサルテーションはまだ挙がっていない。このことから、院内で我々の活動の意識が不十分であると考えており、今後は臨床倫理カフェの開催や、病院全体に意識調査を行い、普及活動を行っていく予定である。今日の倫理問題は様々で多様化しているため解決するのが難しいが、「DNAR」をどのように取り扱っていくべきなのか、全職種で検討していく必要があり、「DNAR」について院内で共通認識を目標にして取り組みを行ったことを報告する。