

平成 30 年 6 月 20 日現在

機関番号：33101

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2014～2017

課題番号：26463221

研究課題名(和文) 本邦におけるDNAR指示の一般的解釈と混乱回避に向けた倫理教育のあり方

研究課題名(英文) General Understanding of DNAR Orders in Japan and an Ideal Ethics Education Method Towards Avoiding Confusion

研究代表者

水澤 久恵 (MIZUSAWA, HISAE)

新潟薬科大学・健康・自立総合研究機構・研究員

研究者番号：20433196

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,800,000円

研究成果の概要(和文)：本研究では、本邦におけるDNAR指示の一般的解釈の現状把握と現場に生じるDNAR指示に関わる倫理的課題の明確化を図り、DNAR指示にまつわる混乱回避に向けた倫理教育のあり方の検討を行った。文献検討、米国施設への視察、聞き取りに加え、6病院で働く医師5名、看護師10名へのインタビュー調査、全国の一般病院7,380施設の医師・看護師を対象とした質問紙調査を実施した。その結果、DNARが誤用、かつ拡大解釈されている現状、医療者間のコンセンサスや意思決定のプロセスについての現況、ケアへの影響等が明らかとされた。更にそれらの結果を踏まえ、DNAR指示の混乱回避に向けた倫理教育内容の確定をした。

研究成果の概要(英文)：This study aimed to ascertain the current general understanding of do-not-attempt-resuscitation (DNAR) orders in Japan; to clarify ethical issues concerning DNAR orders in the actual medical setting; and to examine an ideal ethics education method towards avoiding confusion as to DNAR orders. The interviews were conducted with five doctors and ten nurses involved in the treatment/care of end-of-life patients at six hospitals. Furthermore, a survey questionnaire was distributed to doctors and nurses at 7,380 general hospitals throughout Japan. The results of this study revealed that DNAR is misused and its meaning is over-extended. They also illustrated the current state of consensus on DNAR orders among medical staff and their decision making processes as well as emotional changes in nurses after the issuance of DNAR orders and their influence on patient care. Based on these results, the content of ethics education towards avoiding confusion as to DNAR orders was determined.

研究分野：看護倫理学

キーワード：DNAR DNR 蘇生不要指示 End of Life 看護倫理 臨床倫理 生命倫理

1. 研究開始当初の背景

近年、終末期医療への関心が高まり、ガイドラインの策定や法的規制を求める動きが多く、先進国でみられるようになった(鍾、2013)。米国においては盛んに議論されてきたとされる(Burns,2003)DNAR(do not attempt resuscitation:蘇生不要)指示について、本邦では、大きな論点とはならず、今までほとんど議論されることはなかった。最近になってDNAR指示の内容について、医療者間でのコンセンサスがなく、医師と看護師、あるいはその他の医療者個人によって想定されるDNAR指示は異なり、差し控えられたり中止される医療的処置の内容も異なっていることが問題視されてきた。CPR(cardio-pulmonary resuscitation:心肺蘇生術)は、心臓マッサージ、mouth-to-mouth resuscitation、AED(除細動)、蘇生のための薬物使用、気管内挿管を示しており、延命治療にも相当し、多くの患者の命を救うために役立つ治療手技である。しかし、患者の病態によっては、DNAR指示のような蘇生をあきらめるといふ苦渋の決断をしなければならぬ場面にもしばしば直面し、実際の医療現場においては日常的に出されている指示である。患者自身が望む終末期のあり方に沿って、終末期における治療による負担が治療の恩恵よりも大きいならば、無益なCPRをやめて平穏な終末を迎えることを望むという本人の願望を尊重することは重要である。しかし、本邦においてはDNAR指示の概念について同一見解があるとは言い難く、多くの医療機関では医師個人の考えにより決定されていることが多い。

また、DNAR指示後においても、実施されるべきとする医療処置やケアの内容は様々である。急性期病院における調査(島、1996・大谷、2007・清水2008)においても、DNAR指示の理解は十分ではなく、その想定する医療処置やケアの内容も多岐にわたっていた。「DNAR指示が出された患者に対して行うべきでない処置や治療」として、「人工呼吸器、心臓マッサージ、気管内挿管、アンビュー、人工透析、昇圧剤、抗生剤投与、補液、検査、利尿剤、抗不整脈剤」と実に様々な回答が得られた。臨床の現場においてDNARという言葉が頻用されているにも関わらず、非常に曖昧なDNAR指示という概念がひとり歩きしているという現状がある。そして、曖昧なDNAR指示が倫理的な正当な手続きを踏まずに日常的に実行に移されている可能性も否めない。DNAR指示後も必要な医療やケアは継続的に提供される、つまりは、より適切な緩和ケアの実践(Cure Sometimes Comfort Always)がなされることが必要であるにも関わらず、DNAR指示によって、CPR以外にも様々な治療や処置、終末期において重要な看護行為にも影響を与え、ケアまでもが差し控えられたり中止されたりするのであれば、患者にとっての最善の治療やケアの

提供が保証されることには繋がらない。

わが国においては、臨床におけるDNAR指示の現状も今まで十分に調査されておらず、DNAR指示の一般的解釈の現状把握と現場に生じるDNAR指示に関わる倫理的課題の明確化を図ることが急がれる。

2. 研究の目的

本研究では、本邦におけるDNAR指示の一般的解釈の現状把握と現場に生じるDNAR指示に関わる倫理的課題の明確化を図り、その結果を踏まえた、DNAR指示にまつわる混乱回避に向けた倫理教育のあり方の検討を行うことを目的とする。

1)国内外のDNAR指示の歴史的経緯、定義、DNAR指示の適切使用のためのガイドライン、院内医療者に対する教育の実態を把握する。

2)本邦におけるDNAR指示の一般的解釈の現状把握と現場に生じるDNAR指示に関わる倫理的課題の明確化を図る。

3)DNAR指示の混乱回避に向けた倫理教育のあり方を検討し倫理教育内容の確定と暫定プログラム実用化に向けた準備を行う。

3. 研究の方法

1)国内外の文献、資料の集積と検討並びに米国施設への視察、聞き取り

国内外のDNAR指示の歴史的経緯、定義、DNAR指示の適切使用のためのガイドライン、院内医療者に対する教育の実態を把握するために、関連学会への参加を通して本研究に必要な情報収集とPubMed、CINAHL、医学中央雑誌Web版等を用いて2005年以降の国内外の文献の集積と検討をした。加えて、米国のテンプル大学、テンプル大学病院の視察ならびにアメリカ在住2名の医療関係者に聞き取り調査を実施した。

2)医療者に対するインタビュー調査

本邦におけるDNAR指示の一般的解釈の現状把握と現場に生じるDNAR指示に関わる倫理的課題の明確化を図る目的で、医師及び看護師のインタビュー調査を行った。

(1)対象施設:対象施設を6施設程便宜的に抽出し依頼を行った。

(2)現在病院に勤務し、終末期の患者の治療や看護に携わりDNAR指示に日常的に関与する医師と看護師を対象とした。

(3)データ収集法及び分析:面接内容は、入院中、もしくは死亡退院後おおよそ1か月以内の治療やケアに関わった患者(意思決定能力のある成人の方)を想定して、回復困難な状況の判断者、DNAR指示をどのように解釈しているか、DNAR決定後の治療・看護を含む具体的患者管理やケアに与える影響について語ってもらった。録音した音声データを逐語録に起こし、質的帰納的研究手法を用いて項目ごとに意味内容の類似性に基づきコード化、カテゴリー化を行い、DNAR指示の解釈の現状把握と現場に生じるDNAR指示に

関わる倫理的課題を明確にした。なお、複数の研究者が協働し検討を重ねることで、分析内容の信頼性と妥当性を確保した。

3) 質問紙調査

質的研究結果を踏まえて、DNAR 指示の解釈、医師と看護師間並びに同職種間での解釈のずれ、DNAR 決定後の治療・看護を含む具体的患者管理やケアに与える影響等の倫理的課題の内容を含む質問紙を作成し調査を実施した。

(1)被験施設、対象者の選定

全国の一般病院の 7,380 施設から無作為抽出した 736 施設に依頼をした。その調査対象施設から終末期医療に関わる医師・看護師（准看護師含む）を対象（手術室、小児科病棟、産科病棟、外来に勤務している方は除く）とし、総数 3800 名に郵送自記式質問紙調査を行った。

(2)質問紙作成

先行研究、質的研究結果より明確化された DNAR 指示に関わる倫理的課題を基に、それに関連した質問紙の作成を行った。調査票は、以下の内容で構成されており、回答には 15 分程度を要す。

回答者に関する質問項目として、年齢、性別、所属病棟、勤務年数、経験年数、勤務形態、資格、職位、経験した臨床分野、学歴、病棟の看護体制についての質問をした。

DNAR の認識と実態については、DNAR という言葉が示す内容を知っているか、DNAR 指示が出された患者に対して行うべきでない処置や治療は何か、DNAR 指示を出した患者に対し、実際にどのような治療を差し控えているか（医師のみ）、DNAR 指示の内容について、医療者間でのコンセンサス（意見や判断の一致）があるか、医療者間でのコンセンサスがないことにより困ったことはあるか、困ったことの内容は何か、DNAR 指示後の気持ちの変化や看護ケアの変化、ケアの変更について話し合いの有無（看護師のみ）について質問をした。

病院施設に関する質問項目として、病床数、倫理委員会について、DNAR に関するガイドラインを知っているか、倫理カンファレンスの開催、DNAR 指示の内容が含まれる研修会への参加状況、教育機会の必要性についての質問をした。

(3)調査票の配布・回収方法

2018年2月～3月に無記名自記式の調査票、説明文を被験施設へ郵送した。病院長、看護部長、所属の部署の管理者に調査対象者に調査票を配布してもらい、調査対象者は回答方法に従って回答し、回答後、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、受け取ってからから2週間をめどに、各対象者から直接研究者への郵送法を用いて、個別に回収を行った。

(4)分析方法

対象者及び病院施設の特性、DNAR の認識と実態について、記述統計、²検定、残渣分析を行った。平均点の比較は、t 検定もし

くは一元配置分散分析を行った。一元配置分散分析において群間有意差があった変数については、Tukey による多重比較を行った。DNAR が出された患者に対して行うべきでない25項目の処置や治療のうち基本 CPR を除外した回答総数と年齢、勤務年数、経験年数の各二変量間の関連の検討には、ピアソンの積率相関係数を算出した。検定は全て両側検定とし、統計学的有意水準は5%とした。統計ソフト SPSS を使用し、統計学的分析を行った。

4. 研究成果

1) 国内外の文献、資料の集積と検討並びに米国施設への視察、聞き取り

関連学会への参加や文献検討を通して、以下の研究成果が得られた。

DNAR 指示の歴史的経緯をみていると、1960年に閉胸式心マッサージが日常的に導入され、心停止時に CPR が一般的に行われるようになった。しかし、1960年代後半になると蘇生の可能性が低い患者に一律的に CPR を実施することへの懸念が報告され、その結果、医療者間で内々の指示としての DNAR 指示が出されるようになる。1970年代に内密の DNAR 指示は倫理的に不適切であることが指摘され正式な手続きが求められるようになった。そこで、1974年 AMA(American Medical Association) が DNAR に関するガイドラインを作成した。1991年には AMA が DNAR に関するガイドラインを再び制定、引き続き、ジョージア州、イリノイ州、モンタナ州などが DNAR に関する法律を制定した。

DNR と DNAR の語句の解説をすると、Orders not to resuscitate として登場した CPR を実施しない指示は、1970年代頃から DNR 指示と呼称され一般的に使用されてきたが、「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 : do not attempt resuscitation が妥当であろうとする論文が1989年に公開された。その後は全世界で多用されている。

1980年代に「蘇生を行わないという指示」として DNR が本邦に紹介され、1990年代に入り日本蘇生学会、日本救急医学会などの関連学会で議論がされるようになった。2007年に厚生労働省が「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を公表、2015年には「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」へ改訂された。終末期医療では患者本人による決定を基本とした上で、患者と医療・ケアチームの話し合いに基づく意思決定プロセスを重視する考えが主流となっている。

日本集中治療医学会に基づく定義として、「DNAR は心停止時に心肺蘇生を行わない指示」であり、ICU 入室を含めて酸素投与、栄養、輸液、鎮痛・鎮痛薬、抗不整脈、昇圧剤、人工呼吸器、血液浄化法など、通常の医

療や看護に影響を与えてはいけなく、とされる(日本集中治療医学会倫理委員会、2017)。

米国のテンプル大学、テンプル大学病院の視察ならびにアメリカ在住2名の医療関係者(テンプル大学RN, Nurse Staff, テンプル大学 Postdoctoral Fellow)に聞き取り調査を実施した。その結果、蘇生に関わる法的問題事案を通して蘇生を断る患者の権利についての議論が重ねられた経緯や社会的理由、DNRあるいはDNARの一般的な意味についての確認をした。またテンプル大学病院におけるDNRガイドラインの内容とその実践についても情報を得た。

2) 医療者に対するインタビュー調査

便宜的に抽出した5県の78~400床規模の複数の診療科をもつ一般病院の6病院で働く終末期の患者の治療や看護に携わる医師5名、看護師10名にインタビュー調査を実施した。看護師の平均年齢は33.8歳、臨床経験年数1年3か月から22年2か月までと幅があった。医師は、平均年齢50.6歳、臨床経験年数22年から33年とベテラン医師が多かった。インタビューガイドに沿って収集されたインタビューデータを、質的分析手法を用いて分析し、複数の研究者が検討を重ねることで分析内容の信頼性と妥当性を確保した。以下、本文中ではカテゴリーを【 】, サブカテゴリーを《 》、コードを と明記する。

医師や看護師がDNARの必要性をどのように捉えているかについて、【積極的な治療を控える】、【患者の苦痛を最小限にする】、【家族の精神的苦痛を最小限にする】、【患者が人生の最終段階を考えるきっかけとなる】、【医療者の心構え】、【家族の心の準備】のために必要だと述べた。

DNARに関する意思決定のプロセスに関し、まず、DNARをとるタイミングは、《状態が悪くなってからDNARの意思を確認をする》《家族へは終末期にしかDNARの話がしづらい》ということから【状態が悪くなった時】、【入院時の早い段階】、日常的に【要所所】で確認を行っている場合があった。

また、患者の回復困難な状況を判断する判断者は、【医師による判断】、【看護師による判断】、【カンファレンス結果に基づく判断】、【本人、家族による判断】があった。

DNARの意思決定者として、【患者の意思】には、患者の明確な意思の存在 患者本人の意思を優先する という《患者が示す意思》が尊重されている場合と 本人に確認しづらい、意思確認できない 自分から言い出す患者はいない という《患者の意思確認がない》場合があることが語られた。患者への意思確認が出来ない場合、家族に確認する といった【家族の意思】が優先されることが多い現状が語られた。また、医師が治療方針を決める 他者との話し合いはなく医師独りで決める 医療者間で検討し決定する 倫理委員会に諮る といった【医療者主導の意思決定】もなされていた。本人に意思決

定能力がある場合には、患者の意向を尊重することが原則であるが、それが実行できていない現状が明らかとなった。家族や医療者によるDNARに関する意思決定は患者の意向と一致しないことも懸念され、患者の意思の尊重は、重要な課題といえる。

【DNAR指示の周知】、【DNARに関する説明内容の共有】などの課題も明らかとされた。

また、医師、看護師が認識するDNAR指示後に差し控えられたり、中止される医療処置の内容について、実施の確実性という観点でインタビューから抽出された医療処置(行為)を分類、整理した結果、DNAR指示後、行わない医療処置としては、気管内挿管、除細動、人工呼吸器の適用があった。蘇生処置に関する医療処置であっても、心臓マッサージやアンビューマスクによる補助換気は、「家族が到着するまでの希望があれば」等の条件下で実施されていた。患者の苦痛緩和を目的とした酸素吸入や浮腫に対する利尿剤の投与等の医療処置は継続されていた。状況に応じて差し控えたり継続したりする医療処置には、輸液、栄養の補給、昇圧剤投与、抗生剤投与、抗がん剤投与、輸血、透析等があった。

更に、DNAR指示後の看護師の心境の変化としては、【関わりの消極性】【ケアへの重圧感】【明確な方針への安心感】【対応への困惑】【責任感からの解放】【ケア提供への自信のなさ】といったカテゴリーが抽出された。治療や看護ケアにどのような影響があるかについて、【苦痛の緩和、安楽の方向へ向かう治療】【積極的な治療を行わない】【ケアの方向性の統一】【苦痛に応じたケアの調整】【アセスメント指標の変化】【ケアの優先度の変化】【訪室回数の変化】【日常生活に関わるケアの継続】【本人・家族の希望を叶える】【患者、家族の対話時間の確保】【家族への支援】といったカテゴリーが抽出され、これら実態から見えてくる課題も明らかとなった。

3) 質問紙調査

最終年度においては、質的研究結果より明確化されたDNAR指示に関わる倫理的課題を基に、それに関連した質問紙調査を行った。施設選定の際には、医療経済研究機構が提供する全国保健医療機関一覧(平成28年度版)を用い、全国の病院8,442施設(平成28年9月現在)のうち、一般病院7,380施設を対象とした。そして、病床数に比例した確率で抽出(確率比例抽出)を行い、736病院に調査依頼をした。協力が得られた38施設の医師207名に配布をし、65名(回収率:31.4%)から回答が得られ、看護師に関しては89施設、3593名に配布をし、1668名(回収率:46.4%)から回答が得られた。各質問項目とも未回答を除いて算出した。

(1) 対象施設の概要

回答者が所属する施設に関して、医師、看護師ともに半数以上が101床~400床規模の病院に勤務していた。臨床倫理委員がある施設

は、医師 (n=62) 31 名 (50.0%)、看護師 (n=160) 636 名 (39.9%) であり、病院独自で作成されたガイドラインがある施設は、医師 (n=62) 12 名 (19.4%)、看護師 (n=1628) 370 名 (22.7%) であった。

(2) 回答者の特性

医師の平均年齢 (n=65) 54.0 歳、SD=12.3 平均臨床経験年数 (n=64) 304.6 カ月、SD=140.4、看護師は平均年齢 (n=1638) 40.0 歳、SD=10.9、平均臨床経験年数 (n=1629) 192.8 カ月、SD=124.7 であった。

(3) DNAR の認識と実態について

DNAR という言葉が示す内容を知っているかの質問に関して、医師は (n=64) 「知っている」58 名 (87.9%) 「なんとなく知っている」6 名 (9.1%)、看護師は (n=1606) 「知っている」1217 名 (72.9%) 「なんとなく知っている」358 名 (21.4%) 「知らない」31 名 (1.9%) であった。看護師について、知識の程度と年齢 (自由度 [2.1577] F 値 4.4、p=0.013) 勤務年数 (自由度 [2.1594] F 値 5.7、p=0.003) 経験年数 (自由度 [2.1566] F 値 7.3、p=0.013) には有意な差が認められ、Tukey による多重比較の結果、年齢、勤務年数、経験年数の高い人が「知っている」と答えていた。

DNAR が出された患者に対して行うべきでない 25 項目の処置や治療 (捕液目的の点滴、抗生剤投与、昇圧剤投与、利尿剤、経管栄養、検査、人工透析、気管内挿管、人工呼吸器の装着、胸骨圧迫、手術、抗不整脈剤、人工呼吸、気管切開、輸血、AED (除細動)、酸素投与、鎮痛・鎮静剤、抗がん剤、心臓ペースメーカー、気道確保、ケア介護、ICU 入室、吸引、その他) に関して、Basic life support : BLS (一時救命処置) のうち気道確保、人工呼吸、心臓マッサージの 3 つの手法の基本 CPR を除外した回答総数は、医師 (n=64) について、最小 0~最大 21、平均 6.89、SD=4.44 であった。看護師 (n=1644) については、最小 0~最大 22、平均 7.38、SD=3.87 であった。基本 CPR を除外した回答総数と年齢、勤務年数、経験年数には医師、看護師ともに相関が認められなかった。

表 1 のとおり、医師、看護師ともに基本 CPR 以外にも DNAR が出された患者に対して行うべきでない処置や治療を多く挙げており、様々な医療処置が差し控えられている可能性があった。

医師について、DNAR 指示の出された a) 患者に行うべきでないと考える処置や治療と b) 実際に差し控えている治療 (20 項目につき検討) との回答総数には (n=60) t 検定の結果、a) 平均 6.48、SD=3.94、b) 平均 9.32、SD=3.72、p=0.000 と有意差が認められ、患者に行うべきでないと考える処置や治療よりも実際に差し控えている処置や治療の方が多かった。

表 1 DNAR 指示が出された患者に行うべきでない処置や治療

処置や治療	人数 (%)	
	医師 (N=64)	看護師 (N=1644)
カテゴリー		
捕液目的の点滴	2 (3.1)	116 (7.1)
抗生剤投与	4 (6.3)	186 (11.3)
昇圧剤投与	16 (25.0)	722 (43.9)
利尿剤	4 (6.3)	223 (13.6)
経管栄養	10 (15.6)	313 (19.0)
検査	6 (9.4)	197 (12.0)
人工透析	28 (43.8)	695 (42.3)
気管内挿管	56 (87.5)	1468 (89.3)
人工呼吸器の装着	57 (89.1)	1468 (89.3)
胸骨圧迫	59 (92.2)	1434 (87.2)
手術	33 (51.6)	1033 (62.8)
抗不整脈剤	4 (6.3)	265 (16.1)
人工呼吸	51 (79.7)	1261 (76.7)
気管切開	45 (70.3)	1199 (72.9)
輸血	21 (32.8)	491 (29.9)
AED (除細動)	48 (75.0)	1319 (80.2)
酸素投与	3 (4.7)	92 (5.6)
鎮痛・鎮静剤	3 (4.7)	65 (4.0)
抗がん剤	25 (39.1)	620 (37.7)
心臓ペースメーカー	39 (60.9)	987 (60.0)
気道確保	18 (28.1)	433 (26.3)
ケア介護	3 (4.7)	25 (1.5)
ICU 入室	30 (46.9)	586 (35.6)
吸引	3 (4.7)	51 (3.1)
その他	1 (1.6)	13 (0.8)

* 30%以上のものを網掛け

DNAR 指示の内容を知っていると認識する医師、看護師が多いにも関わらず、心停止時に心肺蘇生を施行しない指示である DNAR が誤用、かつ拡大解釈されている現状が明らかとされ、その誤用について気づいていない状況が指摘できた。

DNAR 指示に関する医療者間のコンセンサスの状況は、医師 (n=63) に関して「一致している」7 名 (11.1%) 「ほぼ一致している」34 名 (54.0%) 「一致していない」10 名 (15.9%) 「わからない」12 名 (19.0%) であった。

看護師 (n=363) に関しては、「一致している」35 名 (9.6%) 「ほぼ一致している」186 名 (51.2%) 「一致していない」79 名 (21.8%) 「わからない」63 名 (17.4%) であった。

² 検定の結果、医師と看護師の意見の一致に関する感じ方には違いはなかった。

医療者間でコンセンサスがなないことにより困ったことはあるかについて、医師 (n=63) に関して「非常に困った」1 名 (1.6%) 「困ったことがある」21 名 (33.3%) 「困ったことがない」31 名 (49.2%) 「わからない」10 名 (15.9%) であった。看護師 (n=394) に関して「非常に困った」33 名 (8.4%) 「困ったことがある」204 名 (51.8%) 「困ったことがない」87 名 (22.1%) 「わからない」70 名 (17.8%) であった。医師と看護師の困難感には関連が認められ、($\chi^2=22.7$ 、df=3、p=0.000) 残渣分析を行った結果、看護師は医師よりも「非常に困った」「困ったことがある」と回答していた。

更には、コンセンサスがなないことによる困難の内容として、自由記載を分類した結果、【DNAR 方針の未確定、説明不足】、【意思確認と尊重が出来ていない現状】、【急変時によ

うやく DNAR 指示の確認を行うことによる混乱、タイミングについての疑問】、【医師による不明確な指示、医師同士の意見の相違、スタッフ間で指示内容が共有されていない】、【本人、家族の希望とは一致しない処置の実行、関係者間での話し合いの不一致】、【本来必要な治療が行われない】、【スタッフ間での認識のズレ、不要な処置との認識に伴うジレンマ】、【定期的な話し合い、確認の必要性】、【家族からの急な変更への医療者の戸惑い】、【急変時の対応困難】、【周知方法の問題】といった内容の困難感やジレンマを抱えていることが明らかとなった。

DNAR 指示が出される前後で、倫理カンファレンスの開催を行うかについて、医師 (n=53)「必ず行う」2名(3.8%)、「だいたい行う」2名(3.8%)、「ほとんど行わない」16名(30.2%)、「行わない」26名(49.1%)、「わからない」7名(13.2%)であった。看護師 (n=1521)「必ず行う」37名(2.4%)、「だいたい行う」139名(9.1%)、「ほとんど行わない」448名(29.5%)、「行わない」547名(36.0%)、「わからない」350名(23.0%)であった。日常的に DNAR に関するカンファレンスの開催はあまり行われておらず、主治医ひとりの判断に委ねられている現状であった。

DNAR 指示後の看護師の気持ちの変化やケアへの影響

表2のとおり、DNAR 指示後「安心感がわいた」「責任感から解放された」「状態悪化への恐れ」といった気持ちの変化や、少数ではあるが「関わりが消極的になった」「困惑した」といった回答もあった。

DNAR 指示後のケアの変化に関して、「病室への訪問回数」「患者との対話」「家族との対話」「患者家族間の調整」「バイタルサインの測定」「口腔ケア」「清潔ケア」「身体を動かすケア」「多職種との連携」については「変わらない」と回答したものが多く、減ると回答したのも少数いた。「増えると」との回答が多かった項目は、「苦痛の緩和」「患者・家族の希望を実現するケア」「看取りへの準備」「家族の精神的支え」であった。

処置や治療	人数(%)		
	あてはまる	わからない	あてはまらない
気持ちの変化項目			
関わりが消極的になった n=1406	82 (5.8)	278 (19.8)	1046 (74.4)
方針が明確なことへの安心感がわいた n=1404	1070 (76.2)	207 (14.7)	127 (9.0)
蘇生しなければならぬという責任感から解放された n=1405	584 (41.6)	318 (22.6)	503 (35.8)
DNAR指示の出た患者さんに、どう関わればよいか困惑した n=1407	187 (13.3)	222 (15.8)	998 (70.9)
自分が行うケアにより状態悪化を招く恐れを感じた n=1406	357 (25.4)	335 (23.8)	714 (50.8)
患者さんの苦痛を緩和したい n=1404	1328 (94.6)	58 (4.1)	18 (1.3)
患者さんに安楽を提供したい n=1402	1324 (94.4)	68 (4.9)	10 (0.7)
尊厳ある最期をむかえてほしい n=1403	1331 (94.9)	62 (4.4)	10 (0.7)
QOLを維持したい n=1403	1172 (83.5)	186 (13.3)	45 (3.2)

DNAR に関する教育機会の必要性に関して、医師 (n=58)「非常に必要だと思う」20名(34.5%)、「かなり必要である」32名(55.2%)、「あまり必要でない」6名(10.3%)

であった。看護師 (n=1507)「非常に必要だと思う」675名(44.8%)、「かなり必要である」727名(48.2%)、「あまり必要でない」100名(6.6%)であった。多くの医師、看護師が DNAR に関する教育機会が必要であると感じていた。

4)DNAR 指示の混乱回避に向けた倫理教育のあり方の検討と倫理教育内容の確定

倫理教育を専門とする複数の研究者によって、混乱回避に向けた倫理教育のあり方と倫理教育内容の検討を行った。DNAR 全般の知識 (DNAR の定義、目的、方向性等)、DNAR 指示運用に関する手順、医療従事者が共有するに至る過程、自己決定の尊重、人生の最終段階にある人への接し方や看護のあり方、個人の価値観、人生観、死生観に関する内容を盛り込むことの重要性が確認された。

5. 主な発表論文等

〔学会発表〕(計2件)

Hiromi Nakamura, Hisae Mizusawa-Miyakawa, Yuko Degai, Kana Sato, Understanding of the DNAR directives by nurses working in Japanese hospitals, 21st East Asian Forum of Nursing Scholars&11th international Nursing conference, Korea, January 11, 2018
Hisae Mizusawa-Miyakawa, Yuko Degai, Hiromi Nakamura, Kana Sato, Do-Not-Attempt-Resuscitation (DNAR) order, impacts of the order on treatment and nursing care, and ethical issues associated with the order, 21st East Asian Forum of Nursing Scholars&11th international Nursing conference, Korea, January 11, 2018

6. 研究組織

(1)研究代表者

水澤 久恵 (MIZUSAWA, HISAE)
 新潟薬科大学・健康・自立総合研究機構・特定研究員
 研究者番号：20433196

(2)研究分担者

深堀 浩樹 (FUKAHORI, HIROKI)
 東京医科歯科大学・大学院保健衛生学研究所・准教授
 研究者番号：30381916
 中村裕美 (NAKAMURA, HIROMI)
 豊橋創造大学・保健医療学部・教授
 研究者番号：60381464

(3)連携研究者 なし

(4)研究協力者

出貝裕子 (DEGAI, YUKO) 宮城大学・看護学部・准教授
 佐藤可奈 (SATO, KANA) 宮城大学・看護学部・准教授
 内藤みほ (NAITO, MIHO)
 新潟県立看護大学・看護学部・助教