

〔資 料〕

わが国のDNARの選択をゆだねられた家族への看護援助に関する文献検討

片岡 恵理¹⁾ 伊東美佐江²⁾

要 旨

【背景と目的】急変時に蘇生措置を行うか否かを決定することは、本人、家族にとって重大な決断となる。その際の家族の思い、看護師はどのように関わる必要があるのかを検討するため、DNARに関する研究の動向を検討し、家族への看護援助のあり方における課題を明らかにする。

【方法】医学中央雑誌Web版、CiNii、CINAHLを用い、「DNARまたはDNRまたは蘇生措置」をキーワードとし、会議録を除く1985年から2014年6月までの論文を検索した。DNRやDNARに焦点をあてた内容で小児領域を除き、分析対象文献は51件であった。

【結果】全体の70%以上は医師の診断治療に関するものであり、看護実践や意識調査など看護師を対象としたものが15.7%、家族を対象としたものが5.9%であった。DNARの決定に関するガイドラインが作成されていないため、主治医の判断にまかされていた。また、患者の事前の意思表示が少なく、本人の意思確認を行うことができない状況があり、その決定は家族に求められていることが多い。家族はDNARの決定について正しい決断であったのか自問自答している。看護師は、家族の理解度を把握する必要性を感じながらも、限られた時間と要因の中でジレンマを感じていた。

【考察】患者本人の意思表示があるかに関わらず、家族はDNARの決定に関与している。看護師は家族の気持ちに寄り添いながら、不足している情報を補い、家族が意思決定できるように関わり、意思決定後も家族の認識を確認することが重要である。

キーワード：DNAR、家族、看護援助、意思決定

1. 緒 言

がんや神経難病を患う終末期の患者とともに、その家族は心臓マッサージや人工呼吸など、どこまでの延命治療を希望するかを決定している。また、外傷や脳血管疾患などにより突然重篤な意識障害を認め、本人の意思が確認できない状態で家族に心臓マッサージや人工呼吸をするかなどについての説明が行われ、家族に代理意思決定をゆだねる場合がある。本稿は、わが国における既存の論文から、DNAR (do not attempt resuscitation, 以下DNAR)の実状を明らかにし、代理意思決定をゆだねられる

家族への看護援助における課題を検討するものである。

1995年日本救急医学会救命救急法検討委員会から「DNR (do not resuscitate, 以下DNR)とは尊厳死の概念に相通じるもので、癌の末期、老衰、救命の可能性がない患者などで、本人または家族の希望で心肺蘇生法 (cardio pulmonary resuscitation, 以下CPR)を行わないこと」、「これに基づいて医師が指示する場合をDNR指示という」との定義が示されている (日本救急医学会救命救急法検討委員会, 2009)。DNRが蘇生する可能性が高いのに蘇生治療は施行しない印象もあるため、attemptを加え、蘇生に見込みが低いと考えられる中で蘇生のための処置を試みない用語としてDNARが使用され

1) 川崎医科大学附属病院

2) 川崎医療福祉大学

ている。わが国の実状ははまだ患者の医療拒否権について明確な社会的合意が形成されたとはいえず、またDNAR実施のガイドラインも未整備である。

その歴史は、1960年代にアメリカ合衆国でCPRが普及し、心停止の原因疾患に関係なくCPRが施行されるようになった(斉藤, 森岡, 1991)。しかし、1970年代、アメリカで生命の質と人為的生命維持の検見に意を問う裁判事例が散発し、患者側から尊厳死の権利や医療辞退、リビングウィルなどの考えが求められてきた(森岡, 1985)。1974年のアメリカ医師会のCPR基準では、「ある条件のもとではCPRは尊厳をもって死ぬ権利への侵犯となる」と明記されている。CPRを行わないことを決定したら主治医は患者の病状のサマリーとCPR中止を決定した理由をカルテに記載し、その旨を指示簿に書くことが推奨された。これがDNR指示の誕生といわれている(石田, 1988)。事務的に処理されるため、医師は患者の権利への干渉やCPRを開始しない責任に対する恐怖を感じ、DNR指示を記載せず、口頭で申し継がれるようになったといわれている。しかし、指示簿に記載のない指示に従えないという看護師の出現により、1974年以降アメリカ医師会は、DNR指示をカルテに記載することを推奨している(石田, 1988)。

一方、わが国では、DNARは予後不良、不治の疾患やquality of lifeの喪失、死が救いとなるなど、患者に蘇生術を控えることと理解されていた。しかし、患者の心停止の予測や患者や家族とDNARの話し合いを始める時期の決定が難しく、患者が重篤な状況になるまで話し合いがなく、本人の意思の確認のないまま代理人の意思によって決定されていた(Tokuda, Nakazato, Tomaki, 2004; Fukaura, Tazawa, Nakajima et al., 1995; 斉藤, 森岡, 1991)。さらに、家族の希望や医療者側の解釈と対応が曖昧でDNARという選択肢があるにも関わらず、蘇生術が施される患者もいた(塩川, 2007; 斉藤, 森岡, 1991)。また、積極的治療として手術したにも関わ

らず、術後経過が不良で死期に近づきつつある症例では、医療従事者と患者関係者双方がDNARについて相談しにくいと感じる状況もあった(斉藤, 森岡, 1991)。医学的に回復の見込みのないがんの末期症例や脳死判定した症例に対してセレモニー的に蘇生法が行われていた現状があり、倫理的には患者自身の意思がDNAR決定に関与するのが理想である。がんの告知など死の予後を宣告することがタブーとなっていた日本では、DNARが浸透する妨げとなっていたことが考えられる(森茂, 石田, 1989; 新井, 1994a)。DNAR指示を決定していても、蘇生をしなければ死亡することを家族に説明すると、DNAR指示を撤回する場合もあり、患者のDNAR指示を確認するだけでなく、患者や家族の意向と相違がない対応はいうまでもなく必要である(小池, 新井, 森安他, 2014)。

日本では、DNARの可能性のある患者との話し合いの機会は少ないことが予想される(Tokuda et al., 2004; 新井, 1994a)。その背景には、がん患者への病名告知率65.9%、余命告知率30.1%(松島, 2007)ということが考えられる。現在の告知率はさらに高くなっていると考えられるが、病名や予後を知らない患者にその意思を確認することは困難である。また、2010年に厚生労働省が行った終末期医療に関する調査では、70%以上の一般国民が事前指示書の作成に賛成である一方、実際に事前指示書を作成しているものは5%以下であると報告されている。このような中、急変時に蘇生措置を行うか否かを決定することは、本人、家族にとって重大な決断となる。DNARの現状、ならびに患者や家族にはどのような思いがあるのか、看護師としてどのように関わる必要があるのかなど、家族支援のあり方における課題を明らかにする必要がある。

II. 研究目的

わが国における、さまざまな状況の中でDNARに関する文献を検討することにより、家族への看護

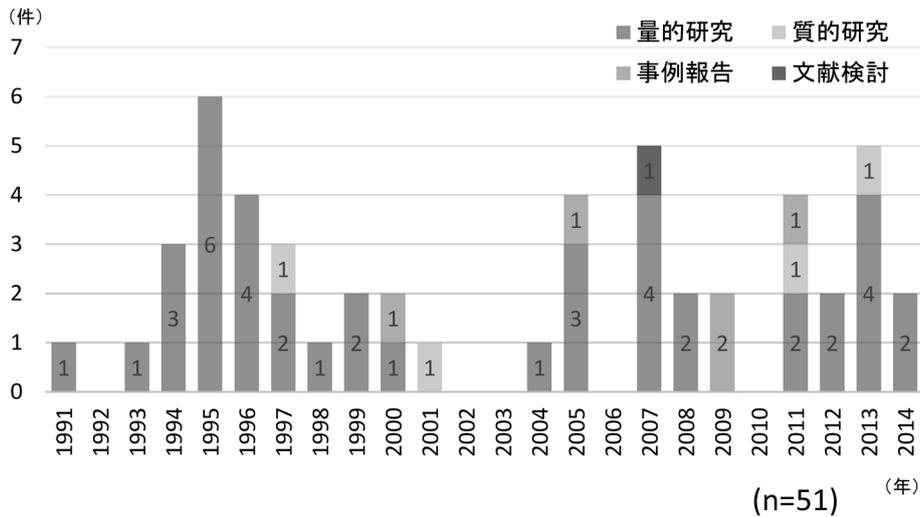


図1. 研究方法と年次推移

援助における課題を明らかにする。

III. 研究方法

医学中央雑誌Web版, CiNii, CINAHLに収載されている, 検索可能な1982年から2014年6月までの文献を検索した. キーワードを「DNARまたはDNRまたは蘇生措置」とし, 検索された1985年以降2014年6月までのわが国の内容である論文で, 会議録を除く蘇生措置や心肺蘇生, 終末期医療, 延命治療などに関連した内容の論文を対象とした. 「DNARまたはDNR」をキーワードで検索された論文は医学中央雑誌で467件, CiNiiで138件, CINAHLでのJapanの論文3件であった. 日本のDNARやDNRに焦点をあてた内容の論文を対象とし, 小児の内容のものを除いた50文献, ハンドサーチ1件の合計51件を対象文献とした. 文献に記載されてある内容を質的に抽出し, 類似性を検討し分析した.

IV. 結果

対象とした51文献の研究方法与年次推移について図1にまとめた. わが国のDNARに関する論文は1991年から発表され始め, 1990年代には救急外

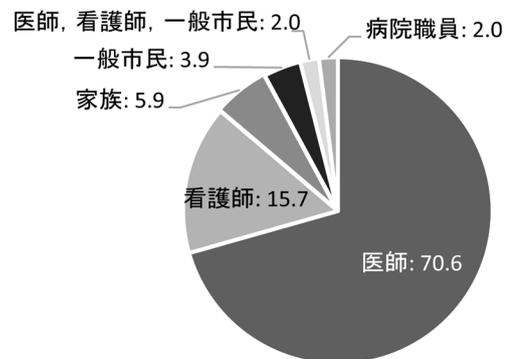


図2. 研究対象の割合 (%)

来で医師が診断する際に生じるDNARに関する問題点に関連したものが多かった. 1995年より家族に焦点をあてたものが発表され始め, 1997年から看護師の意識調査が発表されていた. 図2のように全体の70%以上は医師の診断治療に関するものであり, 次いで多かったものは, 看護実践や意識調査など看護師を対象としたものが15.7%, 家族を対象としたものが5.9%であった. その内容はDNARの実情, DNARの決定を妨げる要因と促す要因, 本人の意思確認の困難さ, DNARの決定における医師と看護師の役割と心理に大別された. 論文の執筆者の職種が明らかなものでは医師と看護師によるものが多かった.

1. DNARの実状

1) DNAR指示と心肺蘇生

2007年に日本救急医学会から「終末期の取り扱

いに関するガイドライン」が示されたが、「救急医療における終末期医療に関するガイドライン」では、救命の可能性がある場合には終末期と定義しないと記載され、この表現が終末期の判断をより困難にし、終末期の定義に曖昧さを残し、法整備の不十分さが指摘されている（福田，2012）。院外心肺停止患者の救急要請の際、救急隊により蘇生措置が開始され、救命救急センターに搬送されるのが一般的である。救急要請時にはリビングウィルの確認が困難な状況が多いが、たとえDNARのリビングウィルが明確であっても、病院到着までは蘇生措置の中止は困難である。そして、生命維持装置装着後や集中治療室入室後にDNARのリビングウィルが判明することもある（福田，2012）。また、DNAR指示が明確であっても医療者に伝達されなかったり、かかりつけ医との連絡がとれず、救急要請にて心肺蘇生が行われたり、救急医療ではDNARの意思表示があっても、反映しにくい現状がある（向仲，塩野，甲斐他，1995）。

DNAR指示があるが指示が曖昧な場合や、DNAR指示があるのに蘇生したり、指示がないのに蘇生しなかったり（塩川，2007；Tokuda et al., 2004；Fukaura et al., 1995；斉藤，森岡，1991）、主疾患ではない病態により病状が悪化するとDNAR指示があっても蘇生されることもあり（小池，新井，森安他，2014）、医療者のDNARに関する指示の統一が十分でない現状もある。どのような状態の患者にどの時点で何を根拠にDNAR指示を出すかの基準はなく、主治医の判断にまかされているのが現状である（塩川，2007；安田，2000；島，羽根，三原他，1996；新井，1994b）。さらに、一度DNARと決定してもこのまま蘇生しなければ患者が死亡してしまうことを家族に伝えるとDNARが覆ることもある（小池他，2014）。

急性期脳卒中患者に限定すると、脳卒中急性期死亡患者の89.3%にDNAR指示があり、脳卒中の急性期診療の中にDNARの考え方が広く浸透してきている。しかし、短期間の入院で、患者家族との付

き合う期間も短く十分な信頼関係も形成されていないこと、本来は死亡率の低い良性疾患であるはずの脳卒中が重症化していることで、蘇生を含めた侵襲的治療に関する意思決定を家族との間で意識的に共有していくことが必要であるため、ガイドライン作成の重要性が報告されている（安田，2000）。

2) DNARの取得とその意義

DNARの取得率について、年齢（80歳以上または90歳以上）が一つの要因であり、延命治療が控えられている現状があった（辻本，鳥谷部，丹代他，2007；今，石川，曾我他，1996；棚橋，石川，湯本他，1996；今井，池上，1995）。死亡例の中でDNAR指示の有無による平均年齢・性別・平均入院期間に相違はなかったが、59歳以下の患者はDNAR指示がない傾向があった（Fukaura et al., 1995）。また、男性の方が女性よりも侵襲的治療を多く行っており、DNAR取得率が低いという性別による違いが報告されていた（辻本他，2007）。悪性疾患と非悪性疾患による違いは、DNAR取得率は同様に高いものであった（藤川，2005）が、非悪性疾患の方がDNARの指示が遅れ、結果的に蘇生措置が行われた症例があった（松本，玉城，喜舎場，2005）。

DNARの考え方として、蘇生措置を行わないということだけではなく、さらなる病状の悪化に対して治療内容を変更し、差し控えることであり、全ての治療行為を中止するわけではない（大谷，石松2007）。そして、緩和ケアや心のケアにも配慮し、有意義な時間を与えることも一つのDNARの形である（依光，小野，天願，2007；松本他，2005；黒川，須崎，小土井他，1996）。従来は自宅でもかかりつけ医が診て、自宅で看取りを行っていたが、徐々にかかりつけ医を持たず、病院に救急搬送され、かかりつけ医や家庭医が行ってきた看取りを病院が担うようになり、DNAR症例が増加していることが推測される（小山，許，上篠他，2013；東海林，金子，伊藤他，1995）。また、DNARの決定によって治療費用が低額となるため、医療費の面からも

DNARを決定しておくことの意義がある（今井，池上，1995）。

2. DNARの決定を妨げる要因と促す要因

1) DNARの決定を妨げる要因

DNARを決定する際の課題は、まず、リビングウィルを持っている患者は少なく、本人の意思がわからないことが多い（Tokuda et al, 2004；Fukaura et al., 1995；東海林他，1995；新井，1994b）。一般成人の場合、蘇生措置を望むかについて、自己の場合は8割前後が否定的であるのに対し、配偶者の場合は5～6割であるため（多田，佐藤，2012），配偶者が代理意思決定した場合、自己の望まない蘇生措置が行われる場合があることが考えられる。

DNARを決定するガイドラインがなく、DNARの話をするタイミングは主治医に任されており、患者の心停止時期など病状の悪化の予測が困難なことや、術後の経過が不良な場合では、医師はDNARの話をするに難しさを感じている（斉藤，森岡，1991）。80～90歳という高齢がDNARを決定する一つの要因となり、年齢による区分の判断で容易となる（辻本他，2007；今井，池上，1995）。しかし、疾患や個人差があり、単純な歴年齢のみでDNARを判断することは困難である（飯塚，池田，池田他，1995）。患者が高齢者施設入所中であると、本人の意思確認がない上に、搬送時に家族がいないことがあり、治療方針の決定を行うことが困難となる（唐澤，村岡，長崎他，2013）。そして医療機関に搬送され、本人の意に沿わない蘇生措置が行われる場合も指摘されている（北出，2008；小山他，2013）。

また、終末期透析患者の場合、心肺停止時にどうするかを決めるだけでなく、長年行ってきた透析をいつやめるかということも検討しなければならず（大桃，2012），他の疾患以上に終末期医療の治療方針の決定を困難とさせる可能性がある。

2) DNARを促す要因

一方で、DNARが適切に判断されるためのDNARを促す要因についても検討されていた。

救命の可能性がないと考えられる終末期において、終末期の状態になるまでに患者と話し合うことが重要であり（藤川，2005），多職種での定期的なカンファレンスで患者の病状や社会的背景を考慮し、患者の家族と話すことも治療方針の決定に有効であると考えられる（佐藤，海老原，越智他，2011）。在宅療養を行っている関節リウマチ患者はDNAR指示など何らかの終末期医療に対し、一般成人よりも問題を自覚していることが明らかとなっている（田村，南，室田，2011）。疾患を持っている患者は疾患を持っていない人に比べ、終末期医療に関する関心が高くなることが推測される。終末期医療における話し合いの機会をもつことは、患者や家族が疾患と向き合うことにもなり、予後について意識的に考える機会となり、緊急時に家族が慌てることなく、DNARの判断を決定することができる。と考える。

来院時心肺停止患者が救急搬送されてきた場合の社会的死の判断基準を設けることで、不必要な蘇生措置が試みられないようになる場合がある（千代，1997；今井，池上，1995；飯塚他，1995）。また、終末期疾患患者では、DNARを決定するにあたり、予後指標予測が一つの方法として有効なこともある（佐藤他，2011）。これらのように、DNARを取得するための指標を作成しておくことが、DNARを選択する判断の際の迷いが軽減されることが考えられる。

3. 本人の意思確認の困難さ

終末期がん患者に対して、1989・1999年の調査では患者に病名を十分に告知していない現状があった（Tokuda et al., 2004）。そのため、リビングウィルを持っていないなど、事前の意思表示が多い（Tokuda et al., 2004；向仲他，1995；東海林他，1995；新井，1994b）。また、どのタイミングで蘇生を中止するのが望ましいのか（福田，2012；千代，1997；今他，1996；島他，1996；菊野，市来，1995；飯塚他，1995），症状が悪化するまで急変時の対応の話し合いが行われないこと、DNAR

の話し合いの際には本人の意思確認がとれない状態になってしまっていること（上村，青木，伊藤他，2013；斉藤，森岡，1991），本人の認知機能に問題があり，自己決定が困難な場合や，家族が本人に詳しい状況を伝えてほしくないという訴えにより自己決定が行われていない場合もあるため（鳥飼，中谷，増井他，2013），本人の意思確認が十分に行うことができず，自己決定が行われていない現状がある。しかし，本人の意思の確認が可能であっても，DNAR指示の確認がとられていないことや（真弓，渡邊，有嶋他，2008），DNARの話し合いの前に症状が悪化し蘇生が行われていることがある（渡辺，富田，中池他，2009）。医師が患者本人と話していなかったり，本人よりも家族の意見が重要視される現状がある（栗秋，上村，2014；島他，1996）。医師自身も78%は患者の同意なしに家族の同意のみでDNARを決定できたと認識している（Hosaka, Kobayashi, Miyamoto et al., 1996）。DNARの決定権は医師にあると考えている場合や，本人の同意なしに家族や医療者のみでDNARを決定している問題が指摘されている（Tokuda et al., 2004；新井，並木，天羽他，1994c；千代，田中，1993）。さらに，直接的な話し合いをしないまま蘇生措置を行わないこともあり，「あうんの呼吸」，「暗黙の了解」という表現での看取りも指摘されている（藤島，今村，龍田他，2005；Hosaka, Nagano, Inomata et al., 1999；Hosaka, Kobayashi et al., 1999）。

院外心停止患者が搬送されてきた際，38例中1例は事前にDNARの意思を明示していたが，かかりつけ医に連絡が取れず救急搬送され，搬送先の病院にはDNARの希望を家族が伝えずCPRが施行されていた（向仲他，1995）。また，家族は救急医療ではDNARの意思を尊重すべきと考えつつも，実際に医療者に意思表示すると答えたものは38例中1例であり，DNAR指示を家族に伝えていたとしても，その意思は反映されにくい現状がある（向仲他，1995）。

DNARを決定した家族は患者を失いたくない気

持ち，意識がなくても生きていてほしい，しかしこれ以上辛い思いをさせたくないという思いが交錯しており，家族の心情に合わせた対応が必要であり（山根，美濃部，2009），家族は迷いながら治療方針の決定をしていることが推察される。家族は治療方針を決定したことについて，人として本当に正しい選択なのだろうかと自問自答し，苦悩している（山根，美濃部，2009）。治療方針が未決定な患者が心肺停止状態になり，蘇生しなくても医師からの説明により家族は納得していた（渡辺他，2009）。医師からの十分な説明により家族は患者の治療結果を納得することができると思われる。

4. DNARの決定における医師の役割と心理

DNAR指示のある患者と関わる医師は，患者本人とは延命治療の話し合いが難しい傾向にあり，患者本人は意識がない場合が多く，家族との関わりも大切に感じている（栗秋，上野，2014；Hosaka, Nagano et al., 1999；千代，1997）。最期は家族と一緒に過ごせるように配慮することや，緩和ケアや心のケアが重要と考えている（依光他，2007；松本他，2005）。DNARの指示でも全ての治療行為を中止するわけではなく，さらなる病状の悪化に対して治療内容を変更したり，差し控えたりすることと考えており，治療に対し消極的撤退を行うことは医師自らが患者に手を加えるような感覚に陥るため，抵抗を感じている（大谷，石松，2007）。家族が一度DNARと決定していても，患者の状態に変化がなければ，DNARの意思に変化がないかどうかを約1週間ごとに見直しをする必要性も示唆されている（赤林，甲斐，伊藤他，1997）。しかし，リビングウィルでDNARの方針を提示していた場合，医師は救命の可能性と患者の尊厳を守るというジレンマを感じている（福田，2012）。

5. DNARの決定における看護師の役割と心理

小西，鈴木，征矢野（1997）は，看護師のDNARという言葉の関心について，「ほとんどの看護師はDNARという言葉は初めて聞いた旨を書いている」と報告している。しかし，DNARという

言葉そのものは使われていなくても、少数にそれに相当する意思確認は既に行われていた。DNARの決定する患者、家族と関わる看護師の役割は、本人、患者の気持ちを汲み取ること、本人、患者と一緒に考え、家族間の仲立ちをすること、医師に正しい説明を促し、カンファレンスの機会をもつことである (Konishi, 1998; 小西 他, 1997)。看護師はDNARの患者家族と関わる中で、DNARについて触れにくいことや、触れるべきではないと考えているものもあり、家族がどのようにDNARについて認識しているか、家族は思いを表出しにくいことを考え、家族との関わりの重要さを感じている (村上, 2001)。しかし、看護師は多忙であり、家族と向き合う時間を作るのが難しく、インフォームド・コンセントの場に参加することが望ましいと思いつつも、限られた時間と要因の中で出席できないことなどにジレンマを感じている (永田, 2000)。また、看護師が終末期の経験が少なく、どのように家族と向き合えばいいのかわからない場合、専門看護師がカンファレンスで振り返り、相談を受けるなど、教育的な関わりを実践していくことの有用性が示唆されている (谷島, 中村, 2014)。看護師は患者に思いを表出する機会を与え、患者の状況に関する確かな情報を患者に提供するために医師と協働し (Konishi, 1998)、看護師が適切に関わることで家族が必要な情報を得て、進むべき道を明確にすることができる。医療チーム間の調整を行うことも看護師として重要なことである (長, 川本, 2011; 中村, 水野, 山本他, 2007; 滝澤, 2005)。医師は患者の臨死期には家族と話し合うため、家族が意思決定できるような手助けとなる支援を行うためにも継続した家族支援の研究が必要である (山根, 美濃部, 2009)。

V. 考 察

今回、わが国のDNARに関する文献を検索し、DNARの実状と家族に対する看護援助に関する検

討を行った結果、医師の診断治療に関するものが大半を占め、さまざまな状況、さまざまな対象者のDNARに関連した内容が報告され課題も多い中、家族に対する看護援助における報告は少なかった。

日本ではDNAR指示についてのガイドラインは明確ではなく、どのような状況で、どのタイミングで説明されるかは主治医の判断にまかされているのが現状である。倫理的原則である自律尊重の原則は、患者の治療や看護ケアの方針における意思決定を支えるうえで、医療従事者の行為の判断を行う根拠を提供している (Beauchamp, Childress, 1997; Fry, Johnstone, 2010)。自律を考慮する際に患者の判断能力を確認することが必要である。患者に意思決定能力があると判断される場合には、DNARに関する意思決定を患者に確認することが必要であり、家族も重要な役割を担うことが考えられる。一方、救急搬送された場合など、DNARの説明をする時に本人の意識がなく、家族の同意のみで方針が決定されることが多い。突然DNARの決定を託された家族の負担は大きく、その支援が早急に求められる。

1. 本人が意思表示をしている場合における家族支援

患者自身がリビングウィルなどの事前意思を示し、家族も同意している場合、DNARの決定を迫られた時の動揺は、それ以外の時に比べると少ないことが考えられる。しかし、実際は、本人の意思表示があったとしても、かかりつけ医がいないことにより救急搬送され、自宅で看取る方針が変更となり、病院で延命治療を行う場合もある。救急の際に、医療者の説明が医療者側からの一方的なものと感じ、家族が関わることへの抵抗を感じてしまうと、家族は意見を言うことが困難となる。家族は医療者に意見を伝えにくい現状も指摘されている (向仲他, 1995)。家族はわかりにくい医療用語、十分とはいえない情報、不安と動揺の中から医師の説明を聞き、治療方針を決定していく必要がある。インフォームド・コンセントの際、患者や家族から事前意思の申し出がなかったとしても、医療者から意

識的に患者の事前意思の有無を確認し、家族はその意思に同意するのか、患者の救命の可能性のないことも考慮し、家族の心理状態を理解し、家族が患者の意思を代弁し、決定することを支援する必要がある。

2. 本人が意思表示をしていない場合の家族の代理決定への支援

厚生労働省が行った「人生の最終段階における医療に関する意識調査」によると、一般国民の42.2%が、終末期医療について話し合いをしたことがあり、事前指示書について、69.7%がその作成に賛成であるが、実際には3.2%しか作成していないと報告されている。日本では本人が事前に意思表示をしていない場合が多いと推測され、家族にわかりやすく十分な情報提供を行い、家族が納得した上で、DNARか否かを選択する必要がある。家族は患者を失いたくない気持ちと、これ以上辛い思いをさせたくないという思いが交錯している。看護師は家族との関わりで、家族の認識、理解度、思い、不安、望みなどを汲み取り、どのような心情かを理解しながら、必要な情報を家族に提供し、積極的に関わりをもつ必要がある。そして、家族がおかれた状況を理解し、家族とコミュニケーションをとりながら、家族がありのままの思いを表出できるような雰囲気や環境づくりに努めることが重要である。家族が医師からの説明をどのように理解しているかについて、看護師は家族の言動に注意し、必要があれば家族に発言を促すことや、医師との仲介役や家族の代弁者となることも重要と考える。看護師自身も限られた時間の中で業務をこなす、家族と関わっていかねばいけないことに対して、余裕をもって十分な関わりが持てないこと、終末期の経験が少ないことにより精神的にも関わりづらいことなどにより、ジレンマを感じている。積極的に家族と関わろうとする姿勢や、看護師同士の話し合い、勉強会、カン

ファレンスを活用し、看護師自身がそのようなジレンマを解消する努力をすることも重要である。特に、専門看護師の相談や教育、調整などの役割が期待される。

緊迫した状況下でじっくり考える時間と余裕がない中、患者に変わって治療方針の決定を行ったことについて、本当によかったのだろうかという疑問や後悔を感じる家族も少なくない。家族と一番近い立場にいるはずの看護師さえ、患者家族との関係が希薄な状態であることもあり、関係が築きにくい。家族が決定したことについてこれでよかったのだと納得できる意思決定の手助けとなるような関わりを行うことが、最も家族と近くで関わる看護師が行うべき重要な役割と考える。その家族のニーズを見つけ、よりよい家族援助を提供することが重要である。

患者の意思表示がある場合でも、緊急時に患者の意思表示に迷いなく決定できる家族ばかりではない。事前に意思表示のある場合とない場合、いずれにしても、家族はさまざまなことを考え、迷いながら決定している状況である。そのことを看護師として理解し、家族の迷う気持ち、さまざまな思いに寄り添いながら、家族が決定したことについて後悔しないように過ごすことができる関わりを持つことが重要である。

今回の文献検討では、さまざまな状況におけるDNARの実状が報告されていた。しかし、一施設に限定された研究が多く、多側面からの統合的な分析や検討、その信頼性や妥当性が十分であるとはいえない。また、わが国における研究論文のみを対象としており、わが国よりもDNARに関する基準や規定が整っている海外の研究論文を含め、今後、国際的なシステムティックレビューが必要であると考える。

{ 受付 '15.05.21 }
{ 採用 '16.07.05 }

文 献

- 赤林朗, 甲斐一郎, 伊藤克人, 他: アドバンス・ディレクティブ(事前指示)の日本社会における適用可能性—一般健常人に対するアンケート調査からの考察—, 生命倫理, 7(1): 31-40, 1997
- 新井達潤: わが国のDNR指示に関する問題点, 日本医事新報, 3676: 53-54, 1994a
- 新井達潤: ICUにおけるインフォームド・コンセント—DNRに対するインフォームド・コンセント—DNR指示の現状, ICUとCCU, 18(7): 657-662, 1994b
- 新井達潤, 並木昭義, 天羽敬祐他: 終末期患者に対するDNR指示はどうあるべきか, 麻酔, 43(4): 600-611, 1994
- Tom, L. Beauchamp., James, F. Childress / 永安幸正, 立木教夫監訳, 生命医学倫理(第3版): 79-141, 成文堂, 東京, 1997
- 千代孝夫, 田中孝也: 集中治療患者におけるDNR決定の問題点—市民, 医師, 看護婦のアンケート調査を含めて—, 大阪府医師会医学雑誌, 17(4): 391-398, 1993
- 千代孝夫: 尊厳死を考える—科学的な尊厳死を求めて(3) DNR指示—, 治療, 79(6): 1521-1526, 1997
- 長聡子, 川本利恵子: 一般病棟におけるがん患者の家族ケアの実践評価の実態(第2報), インターナショナル Nursing Care Research, 10(4): 55-60, 2011
- 藤川晃成: 末期肺疾患の対応と緩和医療, 日本呼吸管理学会誌, 14(3): 454-457, 2005
- 藤島成, 今村博司, 龍田眞行他: 癌終末期患者に対する心肺蘇生拒否(DNAR)胃癌の自験例の検討と病院職員のアンケートから考える, 市立堺病院医学雑誌, 8(2): 37-43, 2005
- Fukaura, A., Tazawa, H., Nakajima, H., et al.: Do-Not-Resuscitate orders at a teaching hospital in Japan, The New England Journal of Medicine, 333: 805-808, 1995
- 福田龍将: 院外心停止患者におけるDNAR, 日本救急医学会雑誌, 23(3): 101-108, 2012
- Sara, T. Fry, Megan-Jane Johnstone / 片田範子・山本あい子訳, 看護実践の倫理—倫理的意思決定のためのガイド(第3版)—: 19-48, 日本看護協会出版会, 東京, 2010
- Hosaka, T., Kobayashi, I., Miyamoto, T., et al.: Physicians' perspectives on "do-not-resuscitate" (DNR) orders, International Journal of Clinical Oncology, 4(3): 138-141, 1999
- Hosaka, T., Nagano, H., Inomata, C., et al.: Nurses Perspectives concerning Do-Not-Resuscitate (DNR) Orders, The Tokai Journal of Experimental and Clinical Medicine, 24(1): 29-34, 1999a
- 飯塚亨, 池田寿昭, 池田一美他: 当センターに搬入されたDOA350例におけるDNR350例におけるDNR症例の検討, 日本救命医療研究会雑誌, 9: 203-206, 1995
- 今真人, 石川雅健, 曾我幸弘他: DNRの現状と問題点, 日本救命医療研究会雑誌, 10: 163-168, 1996
- 今井博久, 池上直己: 救命医療に関する社会経済的研究 来院時心肺停止例についての検討, 病院管理, 32(3): 237-244, 1995
- 石田詔司: 蘇生法のcontroversy DNR, 救急医学, 12(9): 1103-1111, 1988
- 唐澤幸彦, 村岡紳介, 長崎正明他: 地域中核病院における高齢者施設からの救急搬送症例の現状と課題, 全国自治体病院協議会雑誌, 52(4): 523-526, 2013
- 菊野隆明, 市来嵩潔: DOA症例の検討—DNRを中心として—, 日本救命医療研究会雑誌, 9: 207-212, 1995
- 北出直子: 急変加療とその後の再入所の現状と問題点, 医療, 62(2): 89-92, 2008
- 小池朋孝, 新井正康, 森安恵実他: 大学病院におけるRapid Response System (RRS) 導入後の経過報告—要請理由と要請状況の詳細—, 日本臨床救急医学会雑誌(1345-0581), 17(3): 445-452, 2014
- 小西恵美子, 鈴木真理子, 征矢野あや子他: 心肺蘇生と患者の望み—DNRに対する看護婦意識調査に基づく考察—, ターミナルケア, 7(3): 229-234, 1997
- Konishi, E.: Nurses' Attitudes towards Developing a Do Not Resuscitate Policy in Japan, Nursing Ethics, 5(3): 218-227, 1998
- 小山徹, 許勝栄, 上篠剛志他: 病院到着後心肺停止となった症例の検討—最近の動向とトリアージの観点から—, 日本救急医学会中部地方会誌, 9: 11-13, 2013
- 栗秋佐智恵, 上村智彦: がん患者の臨死期における意思決定についての後方視的検討, Palliative Care Research, 9(3): 118-123, 2014
- 黒川頭, 須崎紳一郎, 小井戸雄一他: 救急医療におけるFutilityとそれへの疑問, 日本救命医療研究会雑誌, 10: 195-199, 1996
- 松本強, 玉城仁, 喜舎場朝雄: 救急病院における終末期呼吸管理の現状, 日本呼吸管理学会誌, 14(3): 430-435, 2005
- 松島英介: わが国における尊厳死に関する研究, 厚生労働科学研究費補助金, 平成18年度総括・分担研究報告書
- 真弓俊彦, 渡邊出, 有嶋拓郎他: 腹部救急医療における倫理—腹部疾患終末期における尊厳死提示の実状—, 日本腹部救急医学会雑誌, 28(5): 673-677, 2008
- 森岡亨: 蘇生を行わないという指示DNR, 医学のあゆみ, 134(6-7): 431, 1985
- 森茂樹, 石田詔治: DNR, 看護技術, 35(11): 1392, 1989
- 向仲真蔵, 塩野茂, 甲斐達朗他: 院外心停止症例におけるDNR—家族に対するアンケート調査より—, 日本救命医療研究会雑誌, 9: 175-180, 1995
- 村上恵美: 救命領域におけるDNR決定後の家族に関わる看護婦の認識, 神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録, 26: 418-425, 2001
- 永田まなみ: 家族の「延命処置拒否の意思」(DNR)決定に関わる看護婦の役割—臨終時, 家族の意思が変化した1事例をとおして—, 看護展望, 25(3): 388-392, 2000
- 中村美鈴, 水野照美, 山本洋子他: 生命の危機状態にある患者に代わり延命治療の意思決定を担う家族に関する研究の現状, 自治医科大学看護学部紀要, 4: 115-117, 2007
- 日本救急医学会救命救急法検討委員会: DNAR, <http://>

- www.jaam.jp/html/dictionary/dictionary/word/0308.htm, 2009(2014/12/20 cited)
- 大桃美穂：終末期医療と死への準備教育—透析医療から考える—, 生命倫理, 22(1) : 51-58, 2012
- 大谷典生, 石松伸一：当院救命救急センターICUでの末期医療の現状, 日本集中治療医学会雑誌, 14(2) : 171-176, 2007
- 斉藤英昭, 森岡恭彦：外科と社会 (4) DNR, 外科, 53(4) : 415-417, 1991
- 佐藤巴喜夫, 海老原次男, 越智大介他：消化器悪性腫瘍患者における蘇生処置不要指示 (DNAR) 取得時の予後予測, 日本医事新報, 4524 : 61-64, 2011
- 島由美子, 羽根幸子, 三原真由美他：当救命救急センターにおけるDNR症例の現状と問題点, 日本救命医療研究学会雑誌, 10 : 169-172, 1996
- 塩川哲男：医療療養病棟における死亡例の臨床的検討, 北海道勤労者医療協会医学会, 31(1-2) : 33-38, 2007
- 東海林哲郎, 金子正光, 伊藤靖他：CPRかDNRか?—高齢者DOA症例における尊厳死と救命救急医療をめぐる—, 日本救命医療研究会雑誌, 9 : 169-174, 1995
- 多田貴志, 佐藤みつ子：終末期医療に対する夫婦の意向, 看護教育研究学会誌, 3(1) : 3-13, 2011
- 滝澤桂：意思決定をした家族との関わりをとおして一家族を支える看護師の役割についての一考察—, 東京医科大学病院看護研究集録, 25 : 106-107, 2005
- 田村裕昭, 南雅, 室田ちひろ：関節リウマチ患者の終末期医療とadvanced care planningにおける自立サポートに関する課題, 北海道勤労者医療協会医学雑誌, 33 : 27-34, 2011
- 棚橋順治, 石川清, 湯本正人他：市中病院と大学病院における高齢者集中医療の現状と問題点, ICUとCCU, 20(10) : 853-861, 1996
- 谷島雅子, 中村美鈴：DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) を選択した入院患者の家族に対する救急看護師の実践, 自治医科大学看護学ジャーナル, 11 : 5-13, 2014
- Tokuda, Y., Nakazato, N., Tomaki, K.: Evaluation of end of life care in cancer patients at a teaching hospital in Japan, Journal of Medical Ethics, 30 : 264-267, 2004
- 鳥飼圭人, 中谷信一, 増井健太郎他：大学病院総合診療内科における高齢者入院死亡症例の検討, 日本病院総合診療医学会雑誌, 5(2) : 44-48, 2013
- 辻本功弘, 鳥谷部陽一郎, 丹代朋久他：過去9年間のICU患者の動向の検討—特に高齢化現象の中での集中治療対象疾患に注目して—, 健生病院医報, 30 : 9-13, 2007
- 上村智彦, 青木友孝, 伊藤能清他：造血管悪性腫瘍患者の終末期および看取りの方針に関する意思決定についての後方視的検討, Palliative Care Research, 8(2) : 248-253, 2013
- 渡辺正博, 富田修, 中池祥浩他：DNAR未決定患者に対する心肺蘇生経験, 日本歯科麻酔学会雑誌, 37(1) : 50-51, 2009
- 山根康裕, 美濃部有加：DNRを決定した家族の心理分析, HAERT nursing, 22(6) : 656-659, 2009
- 安田肇：急性期脳卒中患者のDNR指示に関する検討, 健生病院医報, 25 : 16-23, 2000
- 依光たみ枝, 小野雄一郎, 天願俊穂：90歳以上超高齢者のICU入室適応はどう決定する?, ICUとCCU, 31(10) : 721-729, 2007

A Literature Review of Nursing Care for Japanese Family Making Decision about “Do Not Attempt Resuscitation”

Eri Kataoka¹⁾ Misae Ito²⁾

1) Department of Nursing, Kawasaki Medical School Hospital

2) Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare

Key words: DNAR, CPR, family, nursing care

Background and Purpose: The decision to perform resuscitation in emergencies is an extremely serious decision for patients and their family. Thus, to examine how family members feel in such situations and how nurses should be involved, we examined trends in research concerning “do not attempt resuscitation” (DNAR) and elucidated the current state of problems in nursing care for families in Japan.

Methods: We searched the Japan Medical Abstracts Society Database (web version), Scholarly and Academic Information Navigator (CiNii), and Cumulative Index to Nursing & Allied Health (CINAHL) using the keywords “DNAR/DNR” or “resuscitation”, and excluded meeting minutes for studies in Japan from 1985 to June 2014. After excluding studies concerning the field of pediatrics, there were 51 studies that focused on DNR or DNAR.

Results: Over 70% of the studies were related to medical diagnosis and treatment, and the objects were 15.7% of nurses and 5.9% of families. DNAR judgement was left to the attending physician because there were no guidelines concerning DNAR decision. Furthermore, in cases when the patient had not indicated his or her intention in advance or it was impossible to confirm the intention of the patient, the decision was often left to family members.

The family members wondered whether they made the right decision about DNAR. Nurses caring for such family members were aware of the necessity of understanding the level of comprehension of the family members, but they did not have enough time to do so and felt dilemma.

Discussion: While considering the feelings of family members, it is important for nurses to supplement missing information, communicate with family members so that they can make a decision, and confirm the understanding of family members even after the decision has been made.