原著 (研究)

蘇生処置を行わない (DNAR) 意思表示のある終末期がん患者の臨死時に救急車要請となる理由

—救急救命士へのインタビューから把握したこと—

Causes of emergency ambulance transport in terminal cancer patients with do not attempt resuscitation (DNAR) decisions

鈴木 幸恵

Yukie Suzuki

要 旨

目的：DNAR 意思表示のある終末期がん患者の臨死時に救急車要請となった理由を救急救命士へのインタビューにより把握した内容から明らかにする。

方法：某都道府県の救急救命士 19 名への半構成的面接。音声録音により逐語録を作成し、質的分析を行った。

結果：DNAR 意思表示のある終末期がん患者が臨死時に救急車要請となった理由として、《DNAR に関する社会的整備が未確立》、《救急車の役割に対する認識不足》、《看取りのための医療支援が不十分》、《介護施設での看取り体制が不十分》、《救急隊に頼れば何とかするという認識》、《在宅死を避けたい家族の思い》、《家族の動揺》の 7 つが明らかとなった。

結語：DNAR に関する社会的整備未確立の背景があり、DNAR の意思を尊重した看取りへの医療支援が不十分であることや家族側の要因によって DNAR 意思表示のある終末期がん患者が臨死時に救急車要請となることが示唆された。

Abstract

Purpose : To determine the reasons why terminal cancer patients with do not attempt resuscitation (DNAR) decisions require emergency ambulance transport.

Method : We interviewed 19 paramedics and analyzed their responses.

Result : The reasons why terminal cancer patients who have expressed their wishes for DNAR are taken by ambulance to a hospital include : lack of a legally valid system regarding DNAR ; inadequate knowledge regarding ambulance operations ; lack of medical support for death with DNAR decisions ; inadequate systems for such care in nursing homes ; overreliance on paramedics in emergency situations ; family members' wish to avoid death at home and ; panic and unpreparedness of the family members in the event of an emergency.

Conclusion : We found that against a background of an inadequate social and legal framework for patients with DNAR decisions, such patients were taken by ambulance to hospitals due to a lack of medical support and families' lack of understanding of DNAR.

Keywords : DNAR, 終末期がん, 救急車, 尊厳死, 看取り

はじめに

がん終末期は、今後の療養場所の検討や様々な死を迎えるにあたっての意思決定を行う重要な転機の時期である。その中には、「心肺蘇生法を行わない」という意思表示である DNAR (do not attempt resuscitation : 以下 DNAR とする)¹⁾の意思決定も含まれると考えられ、医師、看護師及び関わる医療従事者が患者

と家族の意思決定に関わり、望む最期になるよう支援していくことは重要である。

患者が救急車で搬送となる場合は、患者や家族の意思に関わらず、蘇生処置が優先される現状がある。また、医療施設外心肺停止においては、体の状態から誰が見ても死を判断できるとされる社会死以外では救急隊が蘇生処置をしなくてもよいとされる法律等は見あ

たらない²⁾。そのため、医療施設内において本人もしくは家族の DNAR の意思を確認できれば蘇生処置を中止することが可能であっても、救急搬送中に蘇生処置を中止することはできないと言える。在宅療養する終末期がん患者の臨死時に、往診体制があれば DNAR の意思のもと看取りが可能であるが、在宅療養支援を受けずにいる場合は何らかの手段で病院に行かなくてはならない。本来、「救命」を目的とする救急車は、DNAR の意思がある場合には望ましい手段ではないと考えられるが、終末期がん患者の臨死時に、患者もしくは家族に DNAR の意思がありながら、救急車要請となる場合が報告されている³⁾⁴⁾。しかし、なぜそのような DNAR の意思に反することになるとも言える救急車要請をするのかについては研究として報告されていないため、本研究に着手した。

目 的

DNAR 意思表示のある終末期がん患者の臨死時に救急車要請となった理由を救急救命士へのインタビューにより把握した内容から明らかにする。

方 法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

2. 用語の定義

DNAR の意思表示のある終末期がん患者：本研究では DNAR の意思表示の方法を限定せず、研究対象者である救急救命士が活動する中で患者もしくは家族に DNAR の意思表示があると捉えた終末期がん患者とした。

3. 研究対象者

救急隊員としての活動経験年数 5 年以上且つ救急救命士資格取得後 3 年以上経過し、DNAR の意思決定のある終末期がん患者の救急車要請を受けた経験がある救急救命士 19 名。

4. データ収集方法

インタビューガイドを用いて救急救命士に半構成的面接を行った。質問内容は DNAR の意思表示のある終末期がん患者が救急車要請になった事例の救急隊到着時の状況や救急車要請となった理由、その背景などである。一人 30 分程度、1 回実施。インタビューは研究対象者の承諾を得て IC レコーダーに録音した。

5. 分析方法と倫理的配慮

得られたデータから逐語録を作成し、DNAR 意思表示のある終末期がん患者の臨死時に救急車要請と

なった理由に関連した内容を抽出しコード化した後、カテゴリー化して分析した。分析過程における内容の妥当性を確保するため、適宜質的研究者である指導者のスーパービジョンを受けながら行った。なお、本研究は、福島県立医科大学倫理委員会の承認を得た。

結 果

対象者となった救急救命士 19 名におけるインタビュー実施時点の年齢は、30 歳～58 歳で、全員男性であった。また、救急隊員としての経験年数は 6 年～35 年、救急救命士としての経験年数は 3 年～20 年であった。研究対象者が語った事例は 22 事例で、研究対象者がインタビュー時に把握していた事例の概要は、患者性別が男性 13 名、女性 9 名で、患者年齢は 60 歳代が 1 名、70 歳代が 9 名、80 歳代が 8 名、90 歳代が 4 名であった。救急車要請場所は自宅が 19 例、介護施設が 3 例、要請者は家族が 17 例、家族と訪問介護士が 1 例、訪問看護師が 1 例、介護施設職員が 2 例、介護施設看護師が 1 例であった。救急隊現着時の患者の身体状態は心肺停止状態が 20 名、意識レベルが Japan Coma Scale 200 以上が 2 名であった。研究対象者が DNAR 意思表示と捉えた状況については、救急隊現着後に家族から意思表示された事例が 10 例、救急隊員による蘇生処置開始時もしくは実施中に家族から意思表示された事例が 5 例、救急隊現着後に介護施設職員及び看護師から情報があつた事例が 2 例、出動後に往診医及び訪問看護師から情報があつた事例が 2 例、病院搬送後に判明した事例が 3 例であった。かかりつけ医療機関に搬送された事例が 13 例、他医療機関に搬送された事例が 4 例でそのうち 2 例は救急救命センターへの搬送、搬送とならず往診の運びになった事例が 3 例、社会死のため不搬送で警察介入となった事例が 2 例であった。

対象者の DNAR 意思表示のある終末期がん患者が臨死時に救急車要請となった理由に関する語りから、《DNAR に関する社会的整備が未確立》、《救急車の役割に対する認識不足》、《看取りのための医療支援が不十分》、《介護施設での看取り体制が不十分》、《救急隊に頼れば何とかかなという認識》、《在宅死を避けたい家族の思い》、《家族の動揺》の 7 つのカテゴリーが明らかとなった。ここからはカテゴリーそれぞれについて結果を記すこととし、サブカテゴリーとコードを表に示す。(表 1)

《DNAR に関する社会的整備が未確立》

現状の法律の中では、DNAR の意思決定があつた

表 1 DNAR 意思表示のある終末期がん患者が臨死時に救急車要請となった理由

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
DNAR に関する社会的整備が未確立	DNAR に関して未整備な法律	救急搬送に関する対応の仕方が法で決まっていない
		要請されれば蘇生処置をして救急搬送するしかない
	選択肢のない病院搬送手段	臨死時救急車以外病院搬送手段がない
救急車の役割に対する認識不足	蘇生処置をせずに救急車搬送が可能という認識の住民や医師	住民が救急隊の活動内容を十分に理解していない
		医師が死亡診断のための搬送手段として利用する
看取りのための医療支援が不十分	看取するための準備ができていない家族	医療者から DNAR や看取りについて十分な説明や支援を受けていない
		看取のための相談や準備が家族内でできていない
	看取りのための未整備な医療システム	24 時間往診可能な医療体制がない
		往診可能な距離にかかりつけ医がない
		定期的に通院していないためかかりつけ医がない
介護施設での看取り体制が不十分	看取り時の対応が周知されていない施設	介護施設内で DNAR が職員に周知されていない
		看取り時の対応の仕方が決まっていない
	蘇生処置に対する情報が不明確な介護施設	蘇生処置に対する意思表示の内容の詳細が曖昧である
救急隊に頼れば何とかなるという認識	何かあったときは救急車を頼る家族や医師	何かあったときは 119 番という住民感情がある
		相談された主治医が指示をする
	救急隊に判断してほしい家族や医師	家族が事件性がないことを救急隊に確認してほしい
		医師が救急隊に病状を判断してもらうために指示をする
	適切に判断できない家族や介護施設職員	家族や介護士が DNAR 及び臨死状態を理解できない 介護施設看護師が自信を持って死亡を判断できない
在宅死を避けたい家族の思い	世間体を気にする家族	家族が在宅死に対する地域社会の反応を気にする
		家族が自宅に警察が来ることを避けたい
	身内の反応を気にする家族	身内内で DNAR が周知されていない
		家族が身内に救急車要請を促される
家族の動揺	DNAR の意思が揺らぐ家族	家族に気持ちの変化が起きる
		家族が蘇生を期待する
		介護施設看護師が家族の気持ちの変化を懸念する
	動転する家族	家族が動転する

としても、救急車要請となれば蘇生処置をして病院まで搬送するという方法しかないことや救急車の役割と相反しながらも救急救命士が柔軟に対応していることが語られていた。

「DNAR だって言われたとしても我々としては CPR（心肺蘇生法）をして病院に搬送はしなくてはいけないと思うので、ちょっとその辺が矛盾はするんですけど、その DNAR としている人に対して CPR をするっていうこと自体は、（中略）法律でそれこそ認められない限り、我々としては搬送するしかないの。」と法整備の必要性を語っていた。

《救急車の役割に対する認識不足》

救急車は救命のための搬送を目的としていることや救急隊員は心肺停止の患者に蘇生処置を行い病院に搬送することが職務であるということの理解が住民や医

師に十分得られていないことが語られている。

「家族の連絡でかかりつけであります〇〇医院の看護師さんが訪問したんですね。（中略）それで、家族から、蘇生はやらなくてもいいということを看護師さんが言われて救命処置はしない。ただし、医師の指示で〇〇病院に搬送してくれという風な状況だったんですね。それで搬送しました。（中略）結局ですね、本当死亡診断のために連れて行ったようなものですよ。ね、そのためだけだと思うんです。」

《看取りのための医療支援が不十分》

医療者から十分な説明を受けておらず看取りための準備を家族ができていないことや往診を頼めないという医療支援の不十分な状況が救急車要請となる理由であると語られた。

「家族にいろいろ状況を聞いたら、DNAR だってい

うような話をされて、そういった書面とかなんかあるんですかって聞いたんですけどもそういった書面はなかったですね。(中略)たぶんお医者さんと相談してそういう風になったって言ってたような気がするんですけどね。(中略)やっぱり病院と患者の家族での説明不足みたいなのと、もしそうなった場合の対処法みたいなのをね、そこで看取って、主治医が往診に来ますみたいな感じに説明しておけば救急車を呼ぶとかそういうことはないと思うんですけど。」

《介護施設での看取り体制が不十分》

この内容を語った救急救命士は、介護施設職員から救急車要請をされる経験しており、介護施設内でDNARが職員に周知徹底されていないことや患者のDNAR及び延命処置の拒否について情報に曖昧な部分があることが語られていた。

「(施設の)看護師さんが実は延命処置はしないことになっているんです。先生に確認取ったら、結局は救命処置はしないでくださいと、先生が看取りますよって、そこで(心肺蘇生を)中断したっていう形になってしまったんですが、(中略)ただ看取りというかね、あの施設の職員の方も結局わかってなかったっていうか。(中略)一部の看護師さんとか医者なんかは延命処置をしないっていう約束事を知っていたんでしょうけど。」

《救急隊に頼れば何とかするという認識》

家族や医師にとって救急車は頼りやすい存在であることや家族から相談された主治医が救急車要請を指示していること、要請者である家族や介護士がDNARや臨死状態について十分理解し、適切に判断できない様子などが語られていた。

「何かあったときは119番。警察ってなかなか行きにくい、警察っていうのは例えば一般の市民からするイメージとすれば事件とか事故とか捜査とかっていう、そういう犯罪性のある捉え方をしてるんですけど、119番っていうと何でも来てくれる、やっぱり警察に比べて消防っていうのはちょっとニュアンス的にやわらかく捉えられてるのかなと。住民感情の中で。」

《在宅死を避けたい家族の思い》

居住している地域に自宅で亡くなることを好まない風土があることで病院看取りを家族が希望する場合や、自宅に警察が来ることを家族が避けようとする場合が語られていた。また、家族が身内の反応を気にして救急車を要請する事例も語られていた。

「DNARの意思表示者であったとしても、隣近所とか周りの人は、そんなに悪いなら救急車呼んで病院に

連れていけばよかったんじゃないのかいって言われるっていう、介護してる人はそう言われちゃ。そういう社会的風習っていうか、習慣的なことも、これはある程度あると思いますよ。」

《家族の動揺》

DNARに同意していたとしても、実際場で家族に気持ちの変化が起きることや患者の状態悪化の様子を見て、動転することが救急車要請の理由になると語られていた。

「家族はどうしてもそういう本人の(DNARの)意思になんとか答えてやろうかってまずはそういう形で進んで、最終的には同意書書くんでしょうけども、書いたからっていざそうなってみるとやっぱりね、それまでの夫婦生活だったり、やっぱり思い返したときにこれで本当にいいのかな、家族にしてみるとそういうジレンマが起きたりっていうのが。」

考 察

1. DNARに関する社会的整備未確立の背景

患者の自己決定の権利や尊厳に関する権利について世界宣言しているリスボン宣言では、患者の意識が無い場合の緊急の医学的侵襲について、患者が事前に確固たる意思表示あるいは信念に基づいて拒絶していることが明白な場合は、それが尊重されるとしている⁵⁾。しかし日本では十分な法整備がなく、リスボン宣言で記されているような“事前の確固たる意思表示あるいは信念”を証明できるものがないため、臨死時という意識の無い状態でDNARの意思決定を行使することは困難であると考えられる。我が国の終末期に関するガイドラインにおいても、リビング・ウィルや事前指示書(advanced directive)などの位置付けが不明確で、それに従った場合の法的責任などの側面は明確にされていない。

厚生労働省では1987年以来、終末期医療のあり方に関する検討が重ねられ、リビング・ウィルや事前指示書(advanced directive)についての調査が行われている。2013年に行われた調査⁶⁾では、リビング・ウィルや事前指示の作成について一般国民及び医療従事者の約70%以上が賛成しているが、法律で定めることについては、50%以上が消極的であったとしている。しかしながら近年の日本国内の動きとして、2014年に「尊厳死」を認める法案を通常国会に提出しようという動きが出てきており、法制化に向けた議論が活発化することが考えられる⁷⁾。このことから、倫理や死生観に関わる難しい問題であるため、終末期医療や

尊厳死などの法制化に進むまでには解決すべき問題が多くあるが、国として前向きに検討されてきていることが窺える。

本研究の対象となった救急救命士の半数以上が、DNARの意思表示のある終末期がん患者の救急車要請時にどう対応するか曖昧な中で活動する困難さを語っていた。現在の法律上、救急業務においては、救急救命処置を行い迅速に医療機関に搬送することが職務とされているのみで、社会的に認められたDNARの意思表示がある場合に活用できるプロトコルは存在していない。そのため、医療者がこのような背景を十分理解した上で支援することが、患者のDNARの意思決定を尊重した看取りを行うためには重要である。また、DNARの意思表示があったとしても、臨死時に救急車搬送となる際には蘇生処置を優先せざる得ない状況があることから、DNARの意思決定を尊重できるよう社会的整備を改善していくことが求められる。

2. DNARの意思を尊重した看取りへの医療支援が不十分

1) 医療施設における看取りへの支援が十分ではない

本研究の結果から、十分な医療支援を受けておらず家族内で看取るための準備ができていないことや困った家族が通院先の主治医に相談しても、外来中や時間外などの理由から往診不可であったり、主治医が救急車要請を指示することが明らかとなり、これらは関根らが報告した症例⁴⁾と類似していた。今回の研究で臨死時に蘇生処置をせず搬送が可能という救急車の役割に対する認識不足が住民や医師にあることが明らかとなっており、DNARの意思表示のある患者が救急車搬送となる際、心肺蘇生法実施の問題があることを主治医や家族が予見できていなかったことも理由の1つと考えられる。

また、今回の研究結果から、終末期がん患者がどのように看取るのかについて曖昧なまま外来通院していることが救急車要請の理由として明らかとなった。平成24年度診療報酬改定の概要⁸⁾によると、外来・在宅緩和ケアの充実と併せて、在宅への円滑な移行を促進し緩和ケアの提供体制の充実を図るため、緩和ケア病棟入院基本料の見直しが行われたが、どのように看取るのかや救急搬送についてどうするのかなどの具体的な部分は示されていない。今後は在宅における終末期がん患者の看取りをどのように行うのか緊急時の対応や病院への搬送手段も含めて十分検討していくことが必要である。

2) 在宅療養支援における看取りの支援が十分ではない

本研究の結果から、療養中に往診医や訪問看護などの介入があったとしても、往診が24時間可能な体制でないこと、主治医が死亡診断を行うための搬送手段として救急車要請を指示することが明らかとなった。これは先行研究が明らかにしている24時間体制の在宅療養支援診療所がまだ少ないことや在宅看取りについて十分に機能していない状況であること⁹⁾¹⁰⁾が影響していると考えられる。在宅医療が介入していたとしても、DNARの意思決定を尊重した在宅看取りを実現させるには、支援体制が十分とは言えないことが示唆された。

3) 介護施設における看取りの支援が十分ではない

本研究結果の事例の多くは高齢者であり、3例が自宅ではなく介護施設から看護師もしくは職員による救急車要請であった。夜間は介護職員のみで対応する介護施設が大半であり¹¹⁾、入所者のDNARの意思決定などについて、実際に夜間対応する介護職員に周知されていなければ、意思決定を尊重した看取りは困難であると考えられる。

また、本研究の結果から介護士を含めた介護施設職員の終末期医療に関する教育の必要性が示唆された。今後、高齢化がさらに進み、終末期がん患者の在宅療養の場が介護施設となる割合が増える可能性も考えられるため、介護施設職員の勤務環境や教育体制などを整え、介護施設における看取りや終末期看護を充実させることが必要である。

3. 家族側の要因

本研究の結果から、在宅死を好まない地域的な問題が見出された。どのような看取りにするのかについて検討していく際に、このような地域性や家族の思いを踏まえることが必要であると言える。また今回の結果から、蘇生処置をしなかったと後から身内に問われることを家族が懸念していることも明らかとなっており、患者と家族、そして親族などを含め事前に話し合いをする機会を持ち、どのような看取り方を望むのか共通認識していくことは重要と考えられる。

石川は訪問看護師に臨終間際に患者や家族の要望で救急車要請をした経験があり、臨終間際に死亡場所を変更することは患者や家族の心の動揺の現れと報告している¹²⁾。これは本研究結果の《家族の動揺》と同様だと言える。DNARや自宅で最期を迎えたいと意思表示している患者が急変すると、患者や家族の思いは揺れ動くものであり¹³⁾、これらの臨死時及び急変時に

起こる家族の動揺を理解した上で、医療者は意思決定および看取りについて十分な支援を検討する必要がある。

本研究の限界として、対象者となった救急救命士の活動は救急救命処置を行い迅速に医療機関に搬送することであるため、療養経過やDNARの意思決定の経緯、家族の様子や、要請に至った背景などの把握が必ずしも十分ではなかったことが挙げられる。

謝 辞

本研究に協力していただいた全ての方々に謝辞を申し上げます。

文 献

- 1) American Heart Association編/日本蘇生協議会監：AHA 心肺蘇生と救急心血管疾患治療のためのガイドライン日本語版 2005，株式会社シナジー，p.344, 2006
- 2) 救急活動法務研究会：救急活動の法律相談，新日本法規出版，p.926, 2010
- 3) 豊田泰弘他：進行癌・再発癌患者による救急車利用の実態，日医雑誌，2008；136（12）：2445-2447
- 4) 関根和弘，張替喜世一：プレホスピタルにおける患者家族対応 Q&A DNR 傷病者の救急要請があった場合，どう対応すればいいですか？，Emergency Care，2006；19（10）：924-927
- 5) 日本医師会：“患者の権利に関する WMA リスボン宣言”，<http://www.med.or.jp/wma/lisbon.html>（参照 2013-12-22）
- 6) 厚生労働省：“人生の最終段階における医療に関する意識調査集計結果（速報）の概要”，<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000035sag-att/2r98520000035sf3.pdf>（参照 2013-12-22）
- 7) 読売新聞 ONLINE：“尊厳死法案，現実味…自民 PT，議論要請へ”，<http://www.yomiuri.co.jp/politics/news/20131229-OYT1T00331.htm>（参照 2014-1-10）
- 8) 厚生労働省保険局医療課：“平成 24 年度診療報酬改定の概要”，<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/gaiyou.pdf>（参照 2013-12-22）
- 9) 厚生労働省：“平成 20 年医療施設（静態・動態）調査”，<http://www.e-stat.go.jp/SGI/toukeidb/GH-07060101Forward.do>（参照 2011-02-20）
- 10) 中央社会保険医療協議会：“在宅療養支援診療所の実態調査結果概要”，<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/12/dl/s1214-5d.pdf>，（参照 2013-12-20）
- 11) 全国国民健康保険診療施設協議会：“介護現場での看護と介護の役割等に関する調査研究事業”，<http://www.kokushinkyo.or.jp/tabid/169/Default.aspx?ItemId=95>（参照 2013-12-22）
- 12) 石川美智：在宅での看取りに関わる訪問看護師の臨終時の現状，死の臨床，2011；34（1）：134-140
- 13) 研井礼子：困難事例の誌上コンサルテーション「在宅での急変時の意思決定支援」，NursingToday，2013；28（2）：56-58