

DNAR指示の解釈と臨床応用が現場で混乱 学会の実態調査から明らかに

心肺蘇生処置不要(DNAR^{*})指示の解釈および臨床上の適用には、医療従事者でさえ混乱している。日本集中治療医学会倫理委員会委員で済生会熊本病院集中治療室室長代行の澤村匡史氏が、DNAR指示の実態調査の結果について報告した。

DNAR指示で蘇生手技以外の 差し控え・中止が多い

日本集中治療医学会倫理委員会では、同学会の評議員と医師会員を対象に、DNAR指示についての現状と意識に関する調査を行った。調査方法はインターネットを用い、回答は

無記名式とした。回答期間は2016年10月13~27日の15日間。回答率は評議員では33%(261人中86人)、医師会員では9.0%(6,588人中595人)であった。

その結果、所属施設にDNARマニュアルがあるかどうかについては、「ない」との回答が評議員では73.3%、医師会員では68.8%を占めた。

またDNAR指示が出ている場合に、治療の差し控え・減量・中止が行われていると答えた47施設に対し、どのような医療行為が行われているかを尋ねたところ、DNAR指示で蘇生手技以外の差し控え・中止が

多いことが明らかになった(図)。

また評議員にDNARを考慮する病態について尋ねると、終末期(98.7%)の他に悪性腫瘍(65.3%)、遷延性意識障害(64.0%)、多臓器不全(62.7%)、後期高齢者(34.7%)、認知症(14.7%)などが挙げられた。

医師会員には「高齢/日常生活動作(ADL)が低い」というだけで入院時にDNARを検討するか」を聞いた。その結果、7割近くの医師で「高齢であること」がDNARを考慮する要素となっていた(表)。一方、8割以上の医師で「ADLが低いこと」がDNARを検討する要素となっていた。

さらにDNAR指示を医師が1人で決めたり、複数でも多職種ではなく医師のみで決めたりすることが少なくないことが明らかになった。DNAR指示を患者や家族らと繰り返し再評価することを義務付けていない施設

が多いことも分かったという。

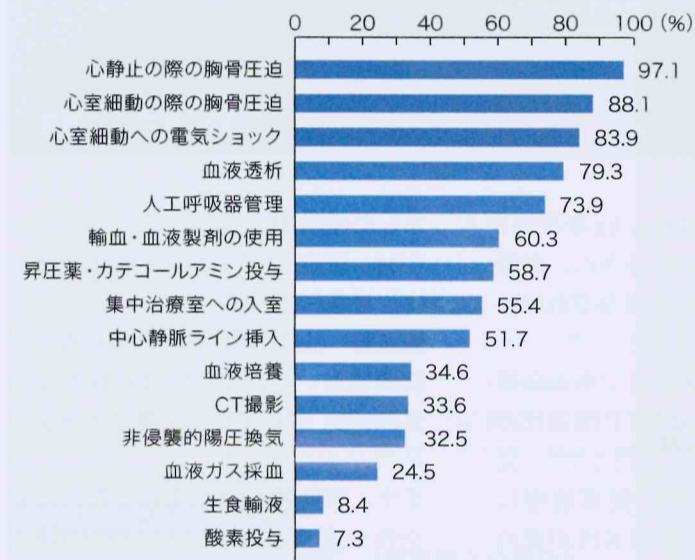
終末期医療とDNARが 混同されていないか

さらに、「DNARを決定した理由の疾患とは別の原因で心停止となった場合に心肺蘇生法(CPR)を行うかどうか」については、「しない」が16.6%だった。

これらの結果から、澤村氏は「終末期医療とDNARが混同され、両者の理解が不十分なのではないか」と問題を提起した上で、「DNAR指示の教育・研修の機会が少ないのではないかと考察した。

*Do Not ResuscitateまたはDo Not Attempt Resuscitation: 末期の悪性腫瘍のようなCPRの適応がない患者に対して、患者の尊厳を保ちながら死にゆく権利を守るために、心停止時にCPRを行わないとする医師の指示

〈図〉治療の差し控え・減量・中止が考慮される医療行為(医師会員)



〈表〉「高齢」または「ADLが低い」というだけで入院時にDNARを検討するか(医師会員)

「高齢」というだけで入院時にDNARを検討するか		「ADLが低い」というだけで入院時にDNARを検討するか	
	回答数 (%)		回答数 (%)
1)入院時にDNARを検討することがある	126(22.9)	1)心停止に至ると蘇生可能性が極めて低いので、蘇生努力は無駄だから	29(8.0)
2)入院時に重症であると判断されればDNARを検討することがある	238(43.2)	2)心停止に至ると心拍が再開しても高次脳機能は回復せず、いわゆる植物状態になることが多いから	135(37.4)
3)高齢で重症であっても、治療可能な病態と判断されれば入院時にDNARは検討しない	187(33.9)	3)十分に生きてきたので、苦しまずに亡くなるのであれば必ずしも悪いことではない。蘇生しても、その後合併症などで苦しむことが多いから	193(53.5)
		その他	47(13.0)

(図、表とも澤村匡史氏提供)

DNAR指示で「救命の努力」が 放棄されている 倫理委員会委員長・丸藤氏が「勧告」を解説

日本集中治療医学会は、昨年(2016年)12月16日に「Do Not Attempt Resuscitation(DNAR)指示のあり方についての勧告」を発表した。同医学会倫理委員会委員長で北海道大学病院先進急性期医療センター教授の丸藤哲氏が同勧告について解説。「尊厳死、延命医療拒否という“錦の御旗”の下に、救命の努力が放棄されていないか」と問題を提起した。

“誤解と誤用”が大きな問題に

冒頭、丸藤氏は「私たちはこの数年間、DNAR指示の下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危惧を感じていた」と述べた。

同勧告では、DNARの正しい理解に基づいた実践のために留意すべき点が示されている。

人生の最終段階における医療、すなわち終末期医療の在り方については、2014年に同医学会と日本救急医学会、日本循環器学会が共同で「救

急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン〜3学会からの提言〜」を発表。同年には厚生労働省も、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(2007年公表)を改訂し、「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」を発表した。この十数年間で終末期医療の在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例は大きく減少していると思われる。しかしDNAR指示については、その「誤解と誤用」が大きな問題になっていることから、こうした勧告が出されたという。

DNAR指示は「心停止時のみに有効」

同勧告でまず強調されているのが、DNAR指示は「心停止時のみに有効」ということである。したがって、心肺蘇生法(CPR)不開始以外は、集中治療室(ICU)入室を含めて通常の医療・看護については、別途検討しなければならない。

また同勧告では、留意すべき点として「DNAR指示と終末期医療は同

義ではない」ことを挙げる。終末期医療における治療の不開始・差し控え・中止理由の中にはDNARの選択が含まれることもあるが、DNAR指示が出ている患者にCPR以外の治療の不開始・差し控え・中止を行う場合は、あらためて終末期医療実施のための合意形成が必要である。丸藤氏は「各施設の倫理委員会は、DNAR指示と終末期医療に関する指針(マニュアル)を明確に分離して作成してほしい」と要望した。

Partial DNAR指示は行うべきでない

さらに「Partial DNAR指示」と呼ばれるものがある。これは丸藤氏によると、「やったふりをするCPR」で、CPR内容をリストとして提示し、胸骨圧迫は行うが気管挿管は施行しな

いといった、CPRの一部のみを実施する指示である。同氏は「CPRの目的は救命であり、不完全なCPRでの救命は望むべくもない。一部のみ実施するCPRはDNAR指示の考え方とは乖離しており、もはやCPRですらない」と説明し、Partial DNAR指示は行うべきでないとした。

最後に、同氏は「われわれはこれまで、『法的制裁を恐れるあまり、患者の尊厳を無視した延命医療が行われていないか』について話し合ってきた。この長い話し合いの中でようやく結論が見えてきた現在、周囲を見渡してみると、尊厳死、延命医療拒否の“錦の御旗”の下に救命の努力が放棄されている実態が見えてきた。今後はこちらの方が問題となるのではないかと考えている」と述べた。

院内ガイドラインを見直す動きも

DNAR指示の概念が次第に認知されてきている一方で、DNAR指示に関してのさまざまな倫理的課題が報告されている。春日井市民病院(愛知県)集中治療部部長の森田麻己氏は、その諸問題を解決すべく院内のDNARガイドラインを改訂し運用していることを報告。ガイドライン改訂後も、自己流の

DNAR指示が出されている例が存在するなどの問題はありますが、DNAR指示を電子カルテ上でテンプレート化することが標準化に有効であることなどを示した。

詳細はMedical Tribune
ウェブ「DNAR院内ガイド
ラインを見直す」

