

症 例 報 告

DNAR が得られず延命処置が行われた患者と家族への終末期ケアと
アドバンス・ケア・プランニングの重要性

田 上 正 ¹⁾²⁾	佐 藤 聡 子 ²⁾	村 越 晶 子 ¹⁾
杉 森 文 香 ¹⁾	目 黒 清 香 ¹⁾	宮 里 明 芽 ¹⁾
山 田 公 人 ¹⁾	大 平 達 夫 ¹⁾	荻 原 幸 彦 ²⁾
	内 野 博 之 ²⁾	

¹⁾東京医科大学緩和医療部²⁾東京医科大学麻酔科学分野

【要旨】 症例 1：48 歳、男性。特発性肺線維症の終末期であったが、妻の反対で蘇生拒否（DNAR：Do not attempt resuscitation）同意書はなかった。呼吸状態が急速に悪化し人工呼吸管理が開始され東京医科大学病院緩和ケアチーム（PCT：Palliative care team）に介入依頼があった。症例 2：52 歳、男性。IV 期の舌がんで、手術・放射線・化学療法が施行された。経過中から PCT は介入した。再発し化学療法後一時転院したが、DNAR 同意書が無いまま意識障害を生じ緊急入院した。CO₂ ナルコーシスが進行し人工呼吸管理が開始された。延命治療拒否の意思表示があるにも関わらず、家族の希望で救命・延命処置を受けた二人の患者と家族に対し、PCT の終末期ケアとアドバンス・ケア・プランニング（ACP：advance care planning）について考察した。

はじめに

終末期における心肺蘇生を含む延命処置は患者本人による決定を基本にすべきとされる¹⁾。患者が延命処置を拒否する意向があっても、患者の意思が文書化されていない場合がある。その際は延命処置を行うか否かの最終決定を家族が担うことが多い。家族は大きなストレスの中で選択し、選択の是非について苦悩する。家族の希望で救命・延命処置を受けた二人の患者と家族に対し、東京医科大学病院 PCT の終末期ケアについて検証し患者の意思尊重と ACP について考察する。

症 例

症例 1：48 歳、男性。X-5 年の健診で両肺野異常陰影を指摘、胸部 CT で上葉優位の間質性肺炎と診断された。X-1 年 7 月呼吸困難が増悪し HOT 導入目的で入院した。10 月には特発性肺線維症の診断で nintedanib 内服開始、肺移植登録と呼吸リハビリテーションをしながら経過観察されていた。X 年 1 月 nintedanib 投与量調整と栄養状態改善目的で当院呼吸器内科に入院した。入院時検査で、NT-proBNP の上昇と心臓超音波検査で右室拡大と左室圧排所見があり、右心不全と肺高血圧の進行が考え

平成 30 年 4 月 9 日受付、平成 30 年 9 月 3 日受理

キーワード：終末期ケア、蘇生拒否、意思決定、家族ケア、アドバンス・ケア・プランニング

（別冊請求先：〒160-0023 東京都新宿区西新宿 6-7-1 東京医科大学麻酔科学分野・緩和医療部 田上 正）

TEL：03-3342-6111（内線 5812） FAX：03-5381-6650



Fig. 1 Chest CT revealed alveolar destruction and widespread reticular shadows. Image of case 1 shows honeycomb lung.

られた。入院 8 日目には呼吸状態が更に悪化し、酸素 10 L リザーバマスク投与下で SpO₂ が 94.8% で PaCO₂ は 64.4 mmHg に上昇した。その後も高炭酸ガス血症と呼吸性アシドーシスの進行が続いた。入院 9 日目、危機的な状態となり気管挿管人工呼吸器管理と血圧維持のためにカテコラミン投与を開始した。入院 10 日目、集中治療室 (ICU: Intensive care unit) 入室直前主治医より家族ケア、終末期ケア目的に PCT 介入依頼があった。図 1 に ICU 入室前の胸部 CT 写真を示す (Fig. 1)。母親が同疾患で呼吸困難を伴う悲惨な死を迎えており、患者と父親は延命拒否の意思表示をしていたが、妻の反対で DNAR 同意書は取得されていなかった。

軽度鎮静下では人工呼吸器と同調せず、苦痛様表情を示した。妻に「病状は不可逆的な状況にあり鎮静が浅いと患者を苦しめることになる」と説明し、深い鎮静を提案した。持続的血液ろ過透析 (CHDF: Continuous hemodiafiltration) の導入で一時呼吸・循環状態は改善し CHDF 離脱したが、敗血症性ショックとなり、多臓器不全 (MOF: Multiple organ failure) を疑い再び CHDF を開始した。入院 23 日目、病状が極めて厳しく改善が望めないこと、現状の治療は維持するが追加治療ができないことを説明し、妻から DNAR の承諾を得た。入院 26 日目には血圧低下のために CHDF 継続困難になり終了、病状の悪化は止まらず、入院 28 日目に MOF で死亡した。

症例 2: 52 歳男性。X 年 11 月に T4aN2bM0 Stage



Fig. 2 Examination of head MRI in case 2. Arrows indicate recurrent tumor around hypoglossal canal. Tumor extends over hill of occipital joint as far as center of oblique table, wrapping around and occluding right internal carotid artery.

IVa の舌がんの診断で舌亜全摘・下顎辺縁切除・両側頸部郭清・腹直筋再建・気管切開術と、術後放射線・化学療法が施行された。患者の手術に対する不安が強く、患者の希望で PCT は手術前から介入した。

X+1 年 6 月に MRI で右舌下神経管周囲に再発腫瘤影があり、右内頸動脈を全周性に巻き込んでいることが指摘された (Fig. 2)。一時転院したが、11 月意識障害を生じ当院に搬送された。経過からウェルニッケ脳症と敗血症が疑われた。患者は経過中「辛いことはしたくない、延命治療は受けたくない」と話していたが、リビングウィルの書面はなかった。一時意識が改善したが、全身状態の悪化と意識低下により、非鎮静下でも苦痛様表情を呈することはなかった。終末期と判断し DNAR について説明したが、家族は DNAR を受け入れず「どのような形でも生きて欲しい」と希望した。

転院 16 日目に高炭酸ガス血症に陥り、人工呼吸器が開始された。経過中尿崩症になり大量輸液を必要としたため全身の浮腫が強くなった。PCT から家族と治療科に通常の輸液に戻すことと看取りの準備に入ることを提案した。PCT と妻・家族と対話を続ける中で、妻から患者の望む「辛いことはしたくない」という言葉が反芻され、看取りを受け入れる

ようになった。輸液量の減量により、顔面・全身の浮腫が軽減し患者の表情が穏やかになり、家族が患者を囲み笑顔で話しかけるようになった。転院19日目、家族が看守の中永眠した。

考 察

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～では、患者の意思は確認できないが推定意思がある場合として、家族らが患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重することを原則とすることが推奨²⁾されている。この提言には、患者の意思が確認できず推定意思も確認できない場合として、家族らと十分に話し合い、患者にとって最善の治療方針をとることを基本とするとし、① 家族らが積極的な対応を希望している場合には、あらためて「患者の状態が極めて重篤で、現時点の医療水準にて行い得る最良の治療をもってしても救命が不可能であり、これ以上の延命措置は患者の尊厳を損なう可能性がある」旨を正確で平易な言葉で家族らに伝え、家族らの意思を再確認する²⁾としている。

しかし今回提示した2症例共に患者自身の延命処置拒否の意思、アドバンス・ディレクティブ(AD: Advance directive)が分かっているにもかかわらず治療決定に関わる書面(リビングウィル)がなく、臨死期になり家族にDNARの選択が委ねられてしまった。一般に患者が終末期医療の選択肢を家族に委ね、選択に困った家族が医療従事者に委ねることが日本人に多いと言われる³⁾。治療を選択しないという決定は日本人にはまだ馴染んでおらず、臨死期においても何らかの延命治療を継続することも少なくない。

最終意思決定の代理人となる家族には様々なストレスが加わる⁴⁾⁵⁾。以前に意思表示があったとは言え、患者本人から最終意思を確認することなくDNARに同意することは、家族に「自分たちが最愛の人の死にゴーサインを出した」という心理的負担をもたらすことも理解する必要がある。患者・家族と医療者の間でACP⁶⁾が何度も行われていれば、その都度患者の意思を家族と医療者が共有でき、患者の意思に沿った選択ができたのではないだろうか。

人生の最終段階における医療の決定プロセスにおけるガイドライン解説編¹⁾には、① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それ

に基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療を進めることが最も重要な原則である。② 人生の最終段階における医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止などは、多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきであるとし、患者の意思の尊重と延命治療中止時の多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームによる判断が求められている。2症例の終末期には本院には臨床倫理チームがまだ設立されておらず、ICUや治療科の主治医と担当看護師、PCTにその判断が委ねられた。それでは積極的治療目的で入ったICUでDNARを取得し、ICUですべての治療を中止できるのだろうか。当院のDNARの在り方に関する規定には、治療中止は推奨されず、現状維持(Hold)と撤退(Withdraw)が勧められている。Holdとは、新たな追加治療を行わない。例えばカテコラミンの投与量や人工呼吸の設定を変えないことであり、Withdrawとは侵襲的な治療を中止することである。

Oxford Textbook of Palliative Medicine 第4版の終末期の定義⁷⁾には、終末期は死亡前の急激で不可逆的な機能低下が生じている時期であり、病気の進行や脳卒中のような予期しない破壊的な中枢神経疾患の合併、生命維持のための透析や人工呼吸などの離脱が予定されると数日から数週間にかけて期間が増減するとある。終末期に何故ICUで治療を受け、あるいは人工呼吸器を装着したのであるだろうか。患者家族が終末期であることを受け入れられない、厳しい状況を乗り越えると治療に向かうという希望を持っていたことも考えられよう。一方医療者側には、患者・家族が治療継続を希望した、治療に関連した合併症を生じたのでこのまま治療を中止できない、DNARを取る前に急変したなどにより生命維持装置で延命を図ることもあろう。

終末期医療とDNAR指示は同義ではない。末期がんの進行による心停止・呼吸停止に対して心肺蘇生は100%無力であり、医学的に無意味な行為であることを医療者側は患者家族に説明できる関係を構築することが重要であろう。患者・家族は効果のある「できることすべて」を望んでいるのであり、改善もなく、苦痛だけが継続することを望んでいるのではない。ここに治療の時期からのACP、患者・

家族・医療者が病状の理解、患者の価値観、今後の治療の選択肢を話しあうプロセスの繰り返しが重要になる。これらのプロセスの重要性については、平成30年3月に改訂された「厚生労働省：人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に詳しく記載されている¹⁰⁾。延命処置を望んだ本2症例の家族は、生命が生体機能代行装置に維持された患者に寄り添いながら、延命処置を決断したことへの肯定と後悔の相反する感情を示した。治療中止の意思決定をした家族の後悔への心理的対処として、その後の正当化や意味づけという機能的な心理的対処により後悔を抑制できた可能性を示した本症例とは逆の立場の報告⁸⁾がある。後悔とは、自分が選択した行動と選択しなかった行動とを比較し、選択しなかった行動の方がより良い結果が得られたと感じる場合に生じる苦痛を伴った認知的感情と定義される⁹⁾。PCTにはDNARの選択に直面した家族の苦痛に共感し支える努力が求められる。

結 語

延命治療拒否の意思表示があるにも関わらず、家族の希望で救命・延命処置を受けた二人の患者と家族に対する終末期ケアを経験した。PCTには患者の苦痛を取ることで、家族には予期悲嘆に備え患者の看取りを受け入れることを支持する役割がある。ACPの繰り返しにより、患者の病状への理解や終末期における治療選択の意思は家族と医療者に共有され尊重される。

付 記

本症例は東京医科大学医学研究論理委員会の承認(承認番号2017-022)を得ている。本論文の要旨は第22回日本緩和医療学会(2017年6月横浜市)で発表した。

著者の申告すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 厚生労働省：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解説編。http://

www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000078982.pdf (2017年12月13日アクセス)

- 2) 救急医学会：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～。http://www.jaam.jp/html/info/2014/info-20141104_02.htm (2017年12月13日アクセス)
- 3) Tsuda S, Nakamura M, Aoki S, Ono H, Takagi M, Ohashi H, Miyachi J, Matsui Y, Ojima T: Impact of patient's expressed wishes on their surrogate decision maker's preferred decision-making roles in Japan. *J Palliat Med* 2017 Nov 17. doi: 10.1089/jpm.2017.0226.
- 4) Yamamoto S, Arano H, Masutani E, Aoki M, Kishino M, Morita T, Shima Y, Kizawa Y, Tsuneto S, Aoyama M, Miyashita M: Decision making regarding the place of end-of-life cancer care: the burden on bereaved families and related factors. *J Pain Symptom Manage* 53: 862-870, 2017
- 5) Silveria MJ, Kim SYH, Langa KM: Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. *NEJM* 362: 1211-1218, 2010
- 6) Johnson N, Clayton J, Butow PN, Silvester W: Advance care planning in patients with incurable cancer: study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open* 6: eo12387, 2016. Doi: 10.1136/bmjopen-2016-012387.
- 7) Halos M: The terminal phase. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 4th ed. (Eds) Hanks G, Cheney N, Christakis NA, Fallon M, Kaasa S and Portenoy RK, Oxford University Press, 1549-1559, 2010
- 8) 塩崎麻里子、三条真紀子、吉田沙蘭、平井 啓、宮下光令、森田達也、恒藤 暁、志真泰夫：がん患者遺族の終末期における治療中止の意思決定に対する後悔と心理的対処：家族は治療中止の何に、どのような理由で後悔しているのか？ *Palliat Care Res* 12: 753-760, 2017
- 9) 塩崎麻里子：ホスピス・緩和ケア病棟へ入院する際の意思決定に関する遺族の後悔の決定要因。遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究(J-HOPE)。(公財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に検する研究」運営委員会編集, 43-47, 2010
- 10) 厚生労働省：人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン。改訂平成30年3月。https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf (2018年7月22日アクセス)

Importance of end-of-life care and advance care planning for patients and their families where life-sustaining treatment is performed without DNAR notice

Tadashi TANOUE¹⁾²⁾, Akiko SATO²⁾, Akiko MURAKOSHI¹⁾, Ayaka SUGIMORI¹⁾,
Sayaka MEGURO¹⁾, Akeme MIYASATO¹⁾, Kimito YAMADA¹⁾, Tatsuo OHIRA¹⁾,
Yukihiko OGIHARA²⁾, Hiroyuki UCHINO²⁾

¹⁾Department of Palliative Medicine, Tokyo Medical University

²⁾Department of Anesthesiology, Tokyo Medical University

Abstract

We encountered 2 cases in which the patient's family rejected a "Do not attempt resuscitation" (DNAR) notice that had been requested by the patient. Case 1 comprised a 48-year-old man in whom idiopathic pulmonary fibrosis was diagnosed. At the terminal phase of his illness, his wife refused to provide us with a written DNAR notice. Therefore, due to his worsening respiratory status, the primary physicians started artificial respiration and consulted the palliative care team (PCT). Case 2 comprised a 52-year-old man in whom stage 4 tongue cancer was diagnosed. He subsequently underwent radical resection, followed by radio- and chemotherapy. Recurrence and metastasis occurred several months later. Despite an earlier verbal request from the patient for a DNAR notice, no written consent was provided. He was later hospitalized urgently and went into CO₂ narcosis, after which he was placed on artificial respiration. The PCT was then called on to intervene. The role of the PCT is to manage pain, reduce suffering, and support the family. This involves offering sympathy and showing an understanding of their emotional state to prepare them for dealing with the death of the patient and subsequent grief. Advance care planning is very important in facilitating this process and allowing both the patient and their family to make a choice regarding how they wish to be treated in an end-of-life scenario.

〈Key words〉: End-of-life care, DNAR, Decision making, Family care, Advance care planning
