

## 第 13 回緩和ケアチーム抄読会

平成 21 年 7 月 10 日

担当 木村理恵子

### *How do-not-resuscitate orders are utilized in cancer patients: Timing relative to death and communication-training implications*

Tomer T. Leven et al.

Palliative and Supportive Care(2008),6,341-348.

#### < 導入 >

米国では、事前指示は連邦法、州法で成文化され、緩和ケアガイドラインでは臨床医が患者や家族と end-of-life のケアのゴールについて話し合うように勧められている。DNR の使用についての系統的な調査は不足している。

#### < この調査の目的 >

end-of-life issue に焦点を当てた医師向けのコミュニケーションプログラムの開発

1. DNR 指示があった死亡の割合 end-of -life のコミュニケーションの頻度指標を考える
2. DNR 指示の利用をタイプ別に知る：外来患者、入院患者、代理人によるサイン end-of -life のコミュニケーションのシナリオを考える
3. 可能性のあるコミュニケーションの臨床的なマーカー：死亡当日にサインされた DNR と 1 月以上前にサインされた DNR の割合

#### < 方法 >

メモリアルスローンケタリングがんセンター コホートスタディ 206,437 名 2000 年～2005 年 コンピューターデータベースから入院・外来患者で DNR 指示あり、なしを抽出

#### < DNR フォームの種類 >

成人（理解力あり）

代理人による（本人理解力なし）

治療的に除外（DNR の話しをすることが患者にとって悪い影響がある）

以前、DNR に同意したが、今回は入院後 7 日間たっても現在は同意できる理解力がない  
マイノリティ

< 結果 >

**患者特性 (表 1)**

生存患者では、DNR 指示のない患者は、年齢が若い (58<68)。亡くなった患者では、年齢差なし。女性のほうが DNR 指示あり。DNR 指示のある、なしは人種やマイノリティかどうかに関係する。仏教徒が最も多い。

**DNR の普及 (表 2)**

2000 年 83%、2001 年 84%、2002 年 81%、2003 年 85%、2004 年 89%、2005 年 86%。(全体)

**図 1 異なった患者グループによる DNR 指示割合**

入院患者が最も多い。

入院していたが、最終的に地域で死亡のグループも 2000 年から 2005 年にかけて DNR 指示は 42%から 52%に増加。入院せずに地域で亡くなった患者も 2000 年から 2005 年にかけて DNR 指示は 6%から 16%に増加。

**DNR のタイプ別 (表 3)**

最も多かったのは、成人 (理解力あり) が DNR の 53%を占めていた。サインが行われたのは、亡くなった日が 63%、30 日以上前が 23%、1 ~ 7 日前 4 %、8~30 日前が 11%であった。二番目は、代理人による (本人理解力なし) 34%。サインはやはり死亡当日 95%。治療的に除外は、3%のみ。

地域のクリニック (自宅やホスピス) での DNR 指示が 5.5%、平均は死亡前 30 日に平指示されている。

DNR の指示の出されていた患者の記録は、70%1 回のみの記録、24%2 回、7%3 回以上であった。

< 考察 >

今回の調査は、大きながんセンターにおける DNR のトレンドの初の調査である。今回の調査で 34%の DNR 指示が代理人によって、サインされたことは重要 患者本人と話すのとは異なる。最も驚くべき結果は、最も多く DNR 指示がだされたのは患者本人、代理人に関わらず、死亡当日であったこと。適切な緩和ケア提供を考えると遅いのではないか? つまり end-of-life care のゴールについて話し合いがされていない。

DNR 指示の本来の目的は、患者の自律性を尊重し、平和で自然な死を迎えられ

るようになるものではないのか？

end-of -life のケアゴールについての医師 患者の良いコミュニケーションは、よりタイムリーな意志決定をもたらす。

予後予測は、この視点からも重要なスキルであるが、患者、医師双方にとっては不安をもたらすかもしれない。医師が患者のことを良く知っている場合に予後を軽めに判断することはしばしば起こる (Christakis, 1999) そして、それは死にゆくことへの患者の準備を遅らせてしまう。これは重要で、多くの死に際してのタスクへの動機づけは、患者や家族が重大な身体レベルの低下に気づくことによってなされる。深刻な身体レベルの低下は、死亡の 3 ヶ月前ぐらいから起こる (Lunney 2003)。外来通院のうちから段階的に end-of life のゴールについて話し合っておくことは、患者や家族に必要な時間を与えることになる。家族が患者を失うことへの準備ができていると、死別のプロセスでの悲嘆での苦しみが減る (Barry 2002)。

今後予測されるケアについての計画と患者の死亡時期についての話し合いの時間を設けることは、患者の意思決定の代理人となる人の潜在的な苦しみを減少させる一つの具体的な方法かもしれない。ICU の患者のうち、end-of -life の意思決定がなされて亡くなった 60% の家族はトラウマ後の症状を現した。事前指示のケア計画の話し合いから、患者の死亡までの期間を長くとることが、代理で意思決定をすることから来る責任による苦痛を軽減する方法だろう (Weiner & Roth 2006)。

小児がんの DNR 指示 66% (n=103) では、進行がん患者では、平均死亡 34 日前に決定されていた。一方、治療の合併症による死亡では、亡くなる 1.5 日前であった (Wolfe 2000)。

この研究の限界は、

1. 死亡のプロセスを単純化してしまっている可能性がある。CPR を行ったケースも重要
2. エントリーデータのチェックをしていない 大規模調査のため
3. MSKCC は 3 次治療センターであり、結果が一般化に適さない可能性がある
4. PC のデータベースからでは、DNR 指示への心配などは引き出せていない

しかし、この研究の強みは、

1. 大規模なコホート研究
2. 複雑なデータの統合が、カルテとデータの検索方法により行えた
3. DNR 利用の現在のトレンドが 6 年間の調査によりみえたこと。

今回の研究は、end-of -life の臨床の意思決定に関わるコミュニケーション訓練と

研究への支援となった。これらのデータは、DNR 指示が入院患者において、その死に向かったの遅い時期にサインされ、それは MSKCC にベッドがあるなしには関わらず起きていること、そしてそれはこの6年間変わっていないことを示している。

医師たちのよりタイムリーなコミュニケーションとより効率的なマナーは、死にゆくがん患者さんへの緩和ケア提供を向上させるだろう。

#### < 木村コメント >

慶應で看取る患者さんに関わる機会も多く、DNR の指示も目にすることも多いが、日本では他の end-of-life care でのコミュニケーションと同様にまず、家族に DNR について確認することがほとんどだと思う。指示確認のきっかけは、入院であったり、病状の悪化が多い印象です。自分の経験では、数年前に、終末期の患者さんが救急搬送により CCU に入って患者さん、家族が望まないスワンガンツカテール挿入などが行われ、患者さんにつらい思いをさせたことがあるので DNR についてきちんと話し合い、確認しておくことは大事だと思う。また、一方では DNR の指示を患者さんの代わりに決定する家族のネガティブな感情（罪悪感、葛藤、アンビバレンツな感情）にも配慮が必要とも思う。皆さんの経験はどうですか？

#### < 参考資料 >

##### **DNAR（日本救急医学会 HP より）とは？**

患者本人または患者の利益にかかわる代理者の意思決定をうけて、心肺蘇生法をおこなわないことをいう。欧米では実施のためのガイドラインも公表されている。1995 年日本救急医学会救命救急法検討委員会からは、「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（CPR）をおこなわないこと」、「これに基づいて医師が指示する場合を DNR 指示（do not resuscitation order）という」との定義が示されている。しかし、わが国の実情はいまだ患者の医療拒否権について明確な社会合意が形成されたとはいえず、また DNR 実施のガイドラインも公的な発表はなされていない。なお AHA Guideline 2000 では、DNR が蘇生する可能性が高いのに蘇生治療は施行しないとの印象を持たれ易いとの考えから、attempt を加え、蘇生に成功することがそう多くない中で蘇生のための処置を試みない用語として DNAR（do not attempt resuscitation） が使用されている。

##### **米国（wikipedia より）では？**

DNR の指示は、1960 年代に除細動器によって心停止を蘇生することができるようになったのと同時期に始まった。米国では、基本的に救急隊員や医療者は書面に残された "DNR" order がなければ cardiopulmonary resuscitation (CPR) and advanced cardiac life support (ACLS) を法律によって行わなければならない。DNR order は、病院内で心肺停止状態が起こった時に心肺蘇生術や挿管を行わないことを意味する。感染やその他の治療可能な状態への対応、静脈から栄養や輸液、疼痛マネジメント、症状コントロールは継続される。

### **Do Not Resuscitate order DNR**

すべての DNR が患者や家族が死に際して CPR を開始して欲しくないと希望しているという情報を伝えるようにデザインされているだけにも関わらず、家族は、医療者がケアを放棄し、すべての治療を中止すると信じている。時間を使って、家族に医療者が DNR について説明しても、家族の中に残っているのは、"do not resuscitate"のうちの"not"だけである。家族にとって DNR に同意することは、愛する家族の命を終わらせることに許可を与えたことと考えてしまう。または、家族を救えないことに、罪悪感を感じて、気が進まないままに同意してしまう。

### **Allow Natural Death AND**

AND の指示は、患者の安楽のみを提供することを意味している。AND の指示で亡くなる患者は、死にゆく過程を出来る限り安楽に過ごすために、輸液を控えるなどは行なわれる。ICU にいる DNR の指示の患者が、人工呼吸器をつけられ、補液やチューブを入れられる状況でも AND の指示が出ている患者は、これらすべての事柄は終末期の患者にとって痛みを伴ったり、負担を与えると言う理由で行われなかったり、控えられるだろう。この新しいコンセプト AND は、The Round Rock Medical Center (Austin) で使用が始められ、現在 100 の US の病院とホスピス、ナーシングホームに紹介されている。