

## 救急・集中治療領域の人生の最終段階における医療の現状と意識調査

研究分担者 阿部智一 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 客員教授  
研究協力者 内田雅俊 筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻 博士課程  
獨協医科大学救急医学講座 助教  
研究協力者 永田功 筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻 博士課程  
研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 教授  
筑波大学ヘルスサービス開発研究センター センター長

- I. 高齢者施設から救命救急センターへ搬送された高齢救急患者の現状
- II. 集中治療・救急医療に関わる医療従事者の終末期医療に対する意識調査

### 研究要旨

人生の最終段階における医療は悪性疾患を中心に議論されており、重症良性疾患への対応は未だほとんど議論されていない。しかし救急ではそうした患者の人生の最終段階における医療の課題に直面することが多い。そのため、I: 高齢者施設から救命救急センターへ搬送された高齢救急患者の現状を調査し、さらにII: 集中治療・救急医療に関わる医療従事者の終末期医療に対する意識調査を行うことにより、患者側からと医療者側の両面より現在の課題を抽出することを目的とした。

#### <研究I>

目的: 高齢者施設から救命救急センターへ救急車搬送された患者のアドバンスケアプランニング(ACP)の現状と患者転帰について検討した。

方法: 2011年8月から2015年12月までに高齢者施設から獨協医科大学病院救命救急センターへ救急車搬送された65歳以上の患者109名について、後方視的観察研究を行った。

結果: 年齢の中央値は83歳、男性45例、女性64例であった。合併症は57例が認知症を有しており、15例が寝たきりだった。治療制限の事前指示を有していた患者は7例であり、43例が搬送後に治療制限の意思決定を行っていた。心肺停止は18例であり、17例は死亡、1例は病前の状態まで回復し自宅退院した。非心肺停止患者は91例であり、35例が高度意識障害、9例がショック状態だった。疾患は神経疾患37例、呼吸器疾患15例、心血管疾患13例、消化器疾患10例、その他16例だった。12/91例(13%)が死亡した。11例で気管挿管を含む侵襲的治療が行われ、3例が死亡、2例が気管切開されたが、5例は抜管に至った。4例が自宅または施設に生存退院した。

#### <研究II>

目的: 集中治療・救急医療に関わる医療従事者の終末期医療に対する現状、考えを明らかにすることを目的とした。

方法: 本研究はアンケート調査による観察研究である。初年度に文献レビューを行い、アンケート内容

の作成を行った。2年目に集中治療・救急医療に関わる医療従事者を対象にインターネット上で無記名アンケート調査を施行し、結果を集計した。3年目に集計結果の解析を行い、学会で発表した。

結果：アンケート回答人数 195 人であった。そのうち、研究に同意し、有効な回答が得られたのは 172 名(医師 94 名、医師以外の医療従事者 78 名)であった。終末期医療のガイドラインに対する認知度は、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-(2014 年) が最も高く(88.3%)、どのガイドラインも知らないと回答した割合は 8.2%だった。

症例を提示し、治療制限について質問した。症例は高齢者の心停止後低酸素性脳症により中枢神経予後不良で、意思疎通できないが、家族不在、かつ、本人の意思を記した文書もなく、推定意思もわからない症例とした。治療制限についての質問には、何かしらの治療制限をするが 86.7%、治療制限しないと回答したのが 13.3%であった。同患者が敗血症性ショックになった場合、治療の追加や開始を行うと回答した割合は各々、人工呼吸管理強化 28.9%、輸液増量 27.7%、昇圧剤開始 21.4%、抗菌薬開始 38.3%、血液浄化療法開始 11.3%であった。同様の症例であっても、家族がおり、積極的治療を望む場合は、人工呼吸管理強化 71.5%、輸液増量 70.2%、昇圧剤開始 70.6%、抗菌薬開始 75.3%、血液浄化療法開始 46.4%であった。回答の内容を医師と医師以外の医療従事者で比較すると、家族不在、文書なし、推定意思不明症例では、医師は人工呼吸管理強化、昇圧剤開始、抗菌薬開始を行う割合が有意に低かった。推定意思は不明でも家族が積極的治療を希望する場合は、医師は血液浄化療法開始する割合のみ有意に低かった。

Withhold、Withdraw を行う上での問題点は法的サポートが不十分である 71.7%、医療従事者間で意見の統一が図れない 57.9%、医療従事者が Withhold や Withdraw の適応や方法になれていない 54.1%の順で高かった。また、現行の本人の意思を記す文書の問題点として、事前に家族がその意思を知らず、本人の意思を記した文書の意向に家族が反対する 63.5%、法的サポートがない 59.8%、統一された書式がない 55.4%の順で高かった。医師と医師以外の医療従事者で比較すると、医師は法的サポートが不十分ないと回答した割合がどちらの質問とも有意に高かった。

#### < 両研究の結語 >

高齢者施設から救命救急センターへ救急車搬送された患者は ACP をほとんど用いていなかった。医療従事者に救急・集中治療における終末期医療のガイドラインの認知度は高かったが、良性疾患の終末期の定義の認識は未だ曖昧なままであり、重症疾患の場合、患者予後予測も難しいため、終末期医療実行の障壁になっている可能性があった。更に終末期医療の実行には患者、家族と医療従事者、医療従事者間それぞれの認識に問題点があり、その問題点も乖離していた。情報の発信、共有、それぞれの認識の一致が今後の重要な課題である。

## <研究I>

### A. 研究目的

日本は高齢化に伴って、高齢者の救急搬送も増加傾向にあり、高齢者施設からの救急搬送も増加していることが報告されている。高齢者施設の利用者の多くはADL(activity of daily living)の低下により自立した生活が困難な虚弱高齢者である。そのため、疾病に罹患すると重症化し予後は不良が予想される。しかし、高齢者施設から救命救急センターに搬送された患者についての報告は少ない。

また、すでにADLが低下し、治療によって回復しても自立した生活を送ることが難しいと予想される高齢者が救急搬送された場合、侵襲的治療で救命できる患者がいる一方で、本人、家族が侵襲的治療を望まないことも少なくない。そのため、本人の希望を尊重した医療を行うためのアドバンスケアプランニング(ACP)が重要であるといわれているが、救急搬送患者におけるACPについての報告は少なく、その実態は明らかではない。

今回、高齢者施設から救命救急センターに救急車搬送された重症救急患者について、その特徴と転帰、ACPの現状を調査しその現状を明らかにすることを目的に研究を行った。

### B. 研究方法

2011年8月～2015年12月に獨協医科大学病院救命救急センターへ高齢者施設から救急車搬送された65歳以上の入所、通所サービス利用者を対象とし、後方視的観察研究を行った。救急搬送前に家族または施設関係者から事前指示についての情報があったものを搬送前事前指示ありとし、救急搬送後にDNAR (Do not attempt resuscitation) orderや侵襲的治療制限の意思決定がなされたことが診療録に記載されていたものを搬送後治療制限の意思決定ありとした。The global deterioration scale stage 7に相当する認知症(すべての言語能力は失われており、全く話さないか、理解できない発言が時

折みられる)を重度認知症、来院時収縮期血圧が90 mmHg未滿をショック状態、来院時GCS 8以下を高度意識障害とした。気管挿管、人工呼吸管理、人工透析、緊急手術を侵襲的治療と定義した。DNAR order、侵襲的治療の差し控えを治療制限とした。

### (倫理面への配慮)

本研究については、獨協医科大学医院生命倫理委員会にて承認を得ており、後方視的観察研究であることから個別のインフォームドコンセントは不要と判断された。

### C. 研究結果

観察期間内に6192人の患者が救急搬送され、2909人が65歳以上だった。このうち112人(1.8%)の患者が高齢者施設から搬送され、3名がデータ欠損のため除外され、109人が分析対象となった(Figure 1.)。

対象患者の背景をTable 1.に示す。年齢の中央値は83歳、女性が64/109人(58.7%)だった。全員が何らかの合併症を有しており、認知症を有する患者が57/109人(52.3%)だった。21/109人(19.3%)は全く意思疎通不可能な重度認知症であり、寝たきり患者は15/109人(13.8%)だった。79/109人(72.5%)が施設入所者であり、入所施設は特別養護老人ホームが最も多かった[32/109人(29.4%)]。9/109人(8.3%)が搬送時ショック状態(収縮血圧90mmHg未滿)であり、35/109人(32.3%)が高度意識障害(GCS 8以下)を呈していた。搬送の原因疾患は神経疾患が最も多く[37/109人(33.9%)]、その内訳は、症候性てんかん18人、脳血管障害17人、慢性硬膜下血腫1人、その他1人であった。救急搬送時に治療制限の事前指示を有していた患者は7/109(6.4%)だった。

施設から搬送された高齢救急患者(109人)の意思決定の流れと転帰は以下であった。治療制限の

事前指示を有していた患者（7人）では、全例で搬送後に治療制限の意思が再確認され、侵襲的治療は行われなかった。5人が一般病棟に入院、2人が施設へ帰院した。治療制限の事前指示を有さない患者（102人）のうち、院外心肺停止で搬送された患者（18人）は全例で心肺蘇生が行われ、6人が心拍再開した。このうち全例で搬送後治療制限の意思決定がなされ、5人は搬送当日に死亡した。1人は入院加療後病前の状態まで回復し、自宅退院した。治療制限の事前指示を有さず、心肺停止以外で搬送された患者（84人）では11人で侵襲的治療が行われた。気管挿管が10人、手術が2人に行われた。気管挿管が行われた患者のうち、5人は一度は抜管に至り、侵襲的治療が行われた患者のうち4人は自宅または施設へ生存退院した。

事前指示のない患者の搬送後治療制限の意思決定の詳細について Table 2. に示す。本人による意思決定はなく、全例が代理による意思決定だった。代理決定者は不明を除くと子が最も多く（30%）、配偶者（16.3%）がそれに続いた。93.0%の意思決定は搬送当日に行われていた。また、事前指示がなく搬送された患者84人のうち、47人（56.0%）では入院中に治療制限の意思決定が行われなかった。

#### D. 考察

今回、我々は高齢者施設から救命救急センターへ救急車搬送された患者について検討を行った。高齢者施設からの救急搬送患者では原因疾患として神経疾患が多かった。本症例群では気管挿管が必要となった場合であっても抜管、生存退院した症例も少なくなかった。つまり、年齢、基礎疾患、ADLといった患者背景のみから一律に侵襲的治療を制限することは回復可能な患者に対する医療が過剰に制限される恐れがある。また、事前指示を持った患者は少数だった一方で、搬送後の意思決定のほとんどは搬送当日に行われていた。既に家族が本人からの意思を受け取っていたか、家族内で侵襲的治療に対する暗黙の意思決定があったも

の、施設に対して意思表示がされていなかったことが考えられる。ACPの普及が本人の意思の治療への反映や、本人家族の希望しない侵襲的治療の回避に必要である。一方で事前指示を持たない患者のうち約6割では意思決定が行われなかった。これは初診患者に終末期の議論を行うのが困難なためと考えられるが、救急搬送は終末期の対応について考える契機となるため、救命医療の現場でも患者、家族の議論を喚起するように積極的に働きかけることが必要である。

#### <研究II>

##### A. 研究目的

集中治療や救急医療において終末期医療は避けて通れぬ問題となっている。終末期医療に関するガイドラインの整備は徐々に進んでおり、2014年には救急・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<sup>1</sup>が発表された。一方、臨床現場で重症患者に終末期医療の決定をすることは依然多くの問題を含んでいる。過去に集中治療・救急治療に関わる医療従事者の終末期医療に対する質問紙による意識調査は一度行われているが、2014年のガイドライン発表以降は行われておらず、現状は不明である。そのため、本研究では、集中治療・救急医療に関わる医療従事者の終末期医療に対する現状と考えを明らかにすることを目的とした。

##### B. 研究方法

本研究はアンケート調査による観察研究である。初年度に文献レビューを行い、アンケート内容の作成を行った。2年目に集中治療・救急医療に関わる医療従事者を対象に、特定非営利活動法人日本集中治療教育研究会のメーリングリストを利用し、インターネット上で無記名アンケート調査を施行した。アンケート調査は2017年5月に2週間行い、その後アンケート結果を集計した。3年目に調査結果の解析を行い、学会で発表した。

本研究内で用いた Do not attempt resuscitation (DNAR)、Withdraw、Withhold の定義・説明は以下とした。

**Do not attempt resuscitation (DNAR)**：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を行わないこと。

**Withdraw**：すでに実施されている生命維持治療を終了すること。これには、人工呼吸器の取り外し、昇圧薬や酸素投与の中止、輸液、その他の中止が該当する。また、間歇的に実施すべき治療（抗菌薬、栄養や血液透析）を、そのタイミングで行わないことも含む。

**Withhold**：延命のための治療の開始や追加を行わないこと。これには、患者がショックになっても昇圧薬を開始しないこと、すでに昇圧薬が使われている場合には増量しないことが該当する。

本人の意思を記した(記す)文書:本人の事前の意思決定の結果を記した文書（例えば、リビングウィル、事前指示書、アドバンスケアプランニングの一環で作成された文書）

#### （倫理面への配慮）

本研究はインターネット上のアンケート調査である。無記名であり、入力された端末に関する情報も取得しないため、個人は特定されない。本研究は筑波大学医学医療系の倫理委員会で承認されている。

### C. 研究結果

アンケート回答人数 195 人であった。そのうち、研究に同意し、有効な回答が得られた人数は 172 名(医師 94 名、医師以外の医療従事者 78 名)であった。回答者の属性は、医師が 55%、医師以外の医療従事者が 45%であった。回答した医師の中では救急医が最も多く(44.7%)、ついで集中治療医(28.7%)であった。医師以外の医療従事者では、看護師が最も多かった(専門看護師、認定看護師、特定看護師、看護師を合わせて 87%)。国家資格取得

後の経験年数は、全体、医師、医師以外の医療従事者ともに 11-15 年目が最も多く、重症患者対応の経験年数は、全体、医師、医師以外の医療従事者ともに 6-10 年目が最も多かった。

終末期医療のガイドラインの認知度は、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-(2014 年)が 88.3%、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(2007/2015 年)が 49.7%の順で高く、どのガイドラインも知らないと回答した割合は 8.2%だった。医師と医師以外の医療従事者でどのガイドラインも知らないと回答した割合に差は認めなかった。症例（高齢者の心停止後低酸素性脳症による中枢神経予後不良症例。家族不在。本人の意思を記した文書はなく、推定意思もわからない。）を提示し、患者の治療方針をどのように決定するのが良いか質問した。結果は医療チームで決定する 43.4%、院内の倫理委員会で決定する 34.6%、複数の医師で決定する 17.6%であった。医師と医師以外の医療従事者で比較すると、医療チームで決定すると回答した割合は変わらなかったが、医師の場合は複数の医師で決定すると回答した割合が高く、医師以外の医療従事者は院内の倫理委員会で決定すると回答した割合が高かった。治療制限について質問したところ、何かしらの治療制限をするが 86.7%であった。何かしらの治療制限をするとした中では、医師の方がより Withhold と Do not attempt resuscitation (DNAR)が妥当と考える傾向にあった。同患者が敗血症性ショックを来した場合、治療の追加や開始を行うと回答した割合は各々、人工呼吸管理強化 28.9%、輸液増量 27.7%、昇圧剤開始 21.4%、抗菌薬開始 38.3%、血液浄化療法開始 11.3%であった。同様の症例でも、家族がいて、積極的治療を望む場合は、人工呼吸管理強化 71.5%、輸液増量 70.2%、昇圧剤開始 70.6%、抗菌薬開始 75.3%、血液浄化療法開始 46.4%であった。医師と医師以外の医療従事者で比較すると、家族不在の場合、医師は人工呼

吸管理強化、昇圧剤開始、抗菌薬開始をする割合が有意に低かったが、家族が積極的治療を希望する場合は、血液浄化療法開始する割合のみ有意に低かった。

Withhold、Withdraw を行う上での問題点は法的サポートが不十分である 71.7%、医療従事者間で意見の統一が図れない 57.9%、医療従事者が Withhold や Withdraw の適応や方法になれていない 54.1%の順で高かった。また、現行の本人の意思を記す文書の問題点は事前に家族がその意思を知らず、本人の意思を記した文書の意向に家族が反対する 63.5%、法的サポートがない 59.8%、統一された書式がない 55.4%の順で高かった。医師と医師以外の医療従事者で比較すると、医師は法的サポートが不十分/ないと回答した割合がどちらの質問とも有意に高かった。

#### D. 考察

過去の質問紙による意識調査の結果や類似の研究と比較し、終末期医療のガイドラインの認知度は高かった。医師、医師以外の医療従事者共に心停止後低酸素性脳症による予後不良患者に対し、患者や家族の希望がなければ、何かしらの治療制限を考え、更なる状態悪化時には新たな介入はしない傾向を認めた。一方で医師と医師以外の医療従事者の間に治療制限や新たな介入の内容に違いが見られた。

Withhold、Withdraw を行う上での問題点には法的サポートの問題もあるが、医療従事者側、患者家族側にも問題があると認識していた。また、現行の本人の意思を記す文書の問題点として、患者家族側、法的サポート、文書の形式に問題があると考えていることわかった。なお、医師と医師以外の医療従事者を比較すると医師の方がより法的サポートに問題があると考えていた。

ガイドラインに則り、医療従事者が終末期医療を習熟し、医療従事者間でよく話し合っ合意形成を作る。また、医療従事者と患者家族間でよく

話し合う。そして、患者家族間の終末期に関するコミュニケーションを促進することが必要と考えられた。

#### E. 結論

##### 両研究からの提言

高齢者施設から救命救急センターへ救急車搬送された患者はアドバンスケアプランニング(ACP)をほとんど用いていなかった。医療従事者に救急・集中治療における終末期医療のガイドラインの認知度は高いものの、良性疾患の終末期の定義の認識は未だ曖昧なままで、かつ患者予後予測は難しかった。終末期医療の実行には患者側と医療従事者側、医療従事者間それぞれの認識に問題点があり、その問題点も乖離している。

救急・集中治療領域も患者の終末期に関わる大きな分野の一つである。医療従事者は各専門学会等で教育を受け、医療チームで患者家族とよく話し合う文化を根付かせる必要がある。また国民も準備する必要がある。我々は終末期について考える機会を公開セミナーやパンフレット等で広報しなければならない。施設入所者等の終末期前には患者家族間でコミュニケーションできるよう医療機関全体で働きかけ始めるべきである。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

該当なし

##### 2. 学会発表

- 内田 雅俊、阿部 智一、永田 功、小野 一之、田宮 菜奈子：介護施設から救急搬送された重症救急患者の終末期意思決定 第75回日本公衆衛生学会総会 2016.10 大阪
- 内田 雅俊、阿部 智一、小野 一之、田宮 菜奈子：高齢者施設から救命救急センターへ搬送された救急患者の現状 第45回日本救急医学会総会, 2017.10 大阪

- Isao Nagata, Toshikazu Abe, Masatoshi Uchida, Nanako Tamiya: Attitudes towards end-of-life care of elderly critical patient with poor neurological prognosis among medical workers who engage in emergency care and intensive care  
6th Conference on Global Aging  
Tsukuba,2018/7/7, 筑波
- 永田功、阿部智一、内田雅俊、田宮菜奈子：  
集中治療、救急医療に関わる医療従事者の終末期医療に対する意識調査 第46回日本集中治療医学会学術集会 2019/3/3 京都

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

研究 I

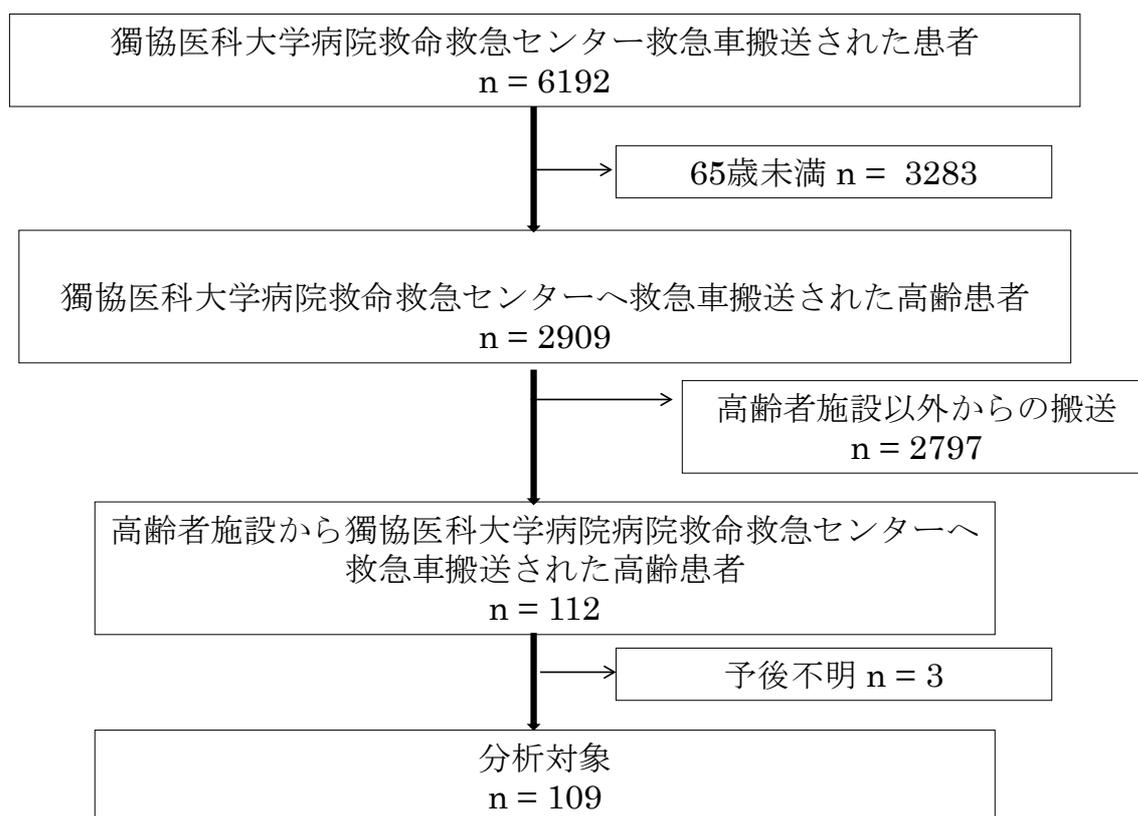
Table 1. 高齢者施設から救命救急センターに搬送された患者の背景 (n = 109)

年齢 (中央値[四分位範囲])	83 [79, 87]
女性/男性 (%)	64/45 (58.7/41.3)
Charlson comorbidity index (中央値[四分位範囲])	2 [1, 3]
基礎疾患	
心筋梗塞 (%)	4 ( 3.7)
心不全 (%)	17 (15.6)
糖尿病 (%)	22 (20.2)
脳血管障害 (%)	50 (45.9)
COPD (%)	9 ( 8.3)
慢性腎臓病 (%)	2 ( 1.8)
悪性腫瘍 (%)	15 (13.8)
認知症 (%)	57 (52.3)
重度認知症 (%)	21 (19.3)
寝たきり (%)	15 (13.8)
施設入所者 (%)	79 (72.5)
入所施設 (%)	
特別養護老人ホーム	32 (29.4)
グループホーム	20 (18.3)
老人保健施設	7 ( 6.4)
サービス付き高齢者向け住宅	11 (10.1)
有料老人ホーム	9 ( 8.3)
ショートステイ利用者 (%)	14 (12.8)
デイサービス利用者 (%)	16 (14.7)
治療制限の事前指示 (%)	7 ( 6.4)
搬送後治療制限の意思決定 (%)	43 (39.4)
搬送時 vital sign (中央値[四分位範囲])	
GCS (Glasgow coma scale)	9 [3, 13]
SBP (Systolic blood pressure)	127 [95, 158]
HR (Heart rate)	82 [62, 103]
RR (Respiratory rate)	20 [15, 26.75]
ショック (SBP < 90)	9 ( 8.3)
高度意識障害 (GCS <= 8)	35 (32.1)
原因疾患 (%)	
院外心肺停止	18 (16.5)
神経疾患	37 (33.9)
心血管疾患	13 (11.9)
呼吸器疾患	15 (13.8)
消化器疾患	10 ( 9.2)
その他	16 (14.7)

Table 2. 事前指示のない患者の搬送後治療制限の意思決定 (n = 43)

意思決定者 (%)	
患者自身	0 (0)
子	13 (30.2)
配偶者	7 (16.3)
兄弟、姉妹	2 (4.7)
甥	2 (4.7)
孫	1 (2.3)
姪	1 (2.3)
不明	17 (39.5)
意思決定日 (%)	
搬送当日	40 (93.1)
入院 2 日目	1 (2.3)
入院 4 日目	1 (2.3)
入院 20 日目	1 (2.3)

Figure 1. 対象患者のフローシート



## 研究Ⅱ

### 終末期医療のガイドラインの認知度

	全体 (171人) n (%)	医師 (94人) n (%)	医師以外の 医療従事者 (78人) n (%)	p value
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 - (2014年)	151 (88.3%)	84 (89.4%)	67 (85.9%)	0.49
厚生労働省：人生の最終段階における(終末 期)医療の決定プロセスに関するガイドライン (2007年)	85 (49.7%)	48 (51.2%)	37 (47.4%)	0.64
※2015年終末期から名称変更				
日本医師会：終末期医療に関するガイドラ イン(2007年)	48 (28.1%)	27 (28.7%)	21 (26.9%)	0.79
日本緩和医療学会：終末期がん患者の輸液療 法に関するガイドライン(2013年)	29 (17.0%)	14 (14.9%)	15 (19.2%)	0.45
日本老年医学会：高齢者ケアの意思決定プロ セスに関するガイドライン～人工的水分・栄 養補給の導入を中心として～(2012年)	24 (14.0%)	7 (7.5%)	17 (21.8%)	0.007
全日本病院協会：終末期医療に関するガイド ライン～よりよい終末期を迎えるために～ (2009年)	17 (9.9%)	5 (5.3%)	12 (15.4%)	0.03
日本小児科学会：重篤な疾患を持つ子どもの 医療をめぐる話し合いのガイドライン(2012 年)	12 (7.0%)	5 (5.3%)	7 (9.0%)	0.35
日本学術会議：終末期医療のあり方について - 亜急性型の終末期について - (2008年)	12 (7.0%)	2 (2.1%)	10 (12.8%)	0.006
どのガイドラインも知らない	14 (8.2%)	6 (6.4%)	8 (10.3%)	0.25
その他	2 (1.2%)	1 (1.1%)	1 (1.3%) <sup>2)</sup>	-

1)

1) 存在は知っているが、内容は知らない

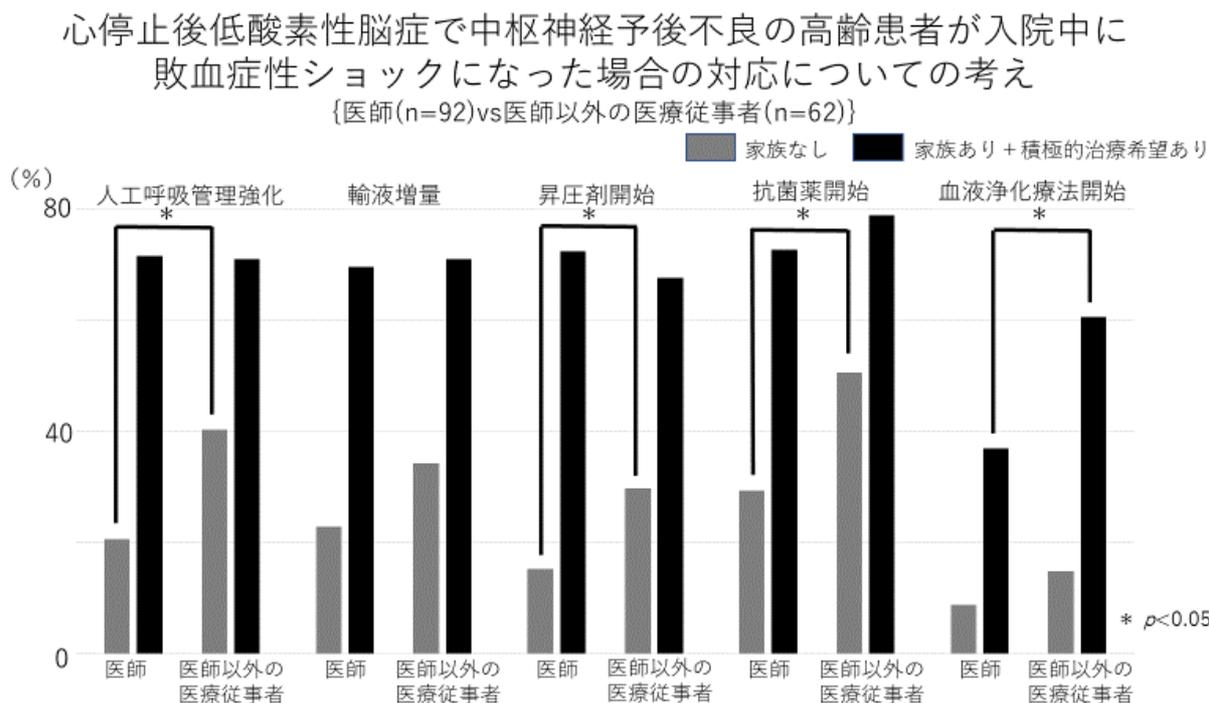
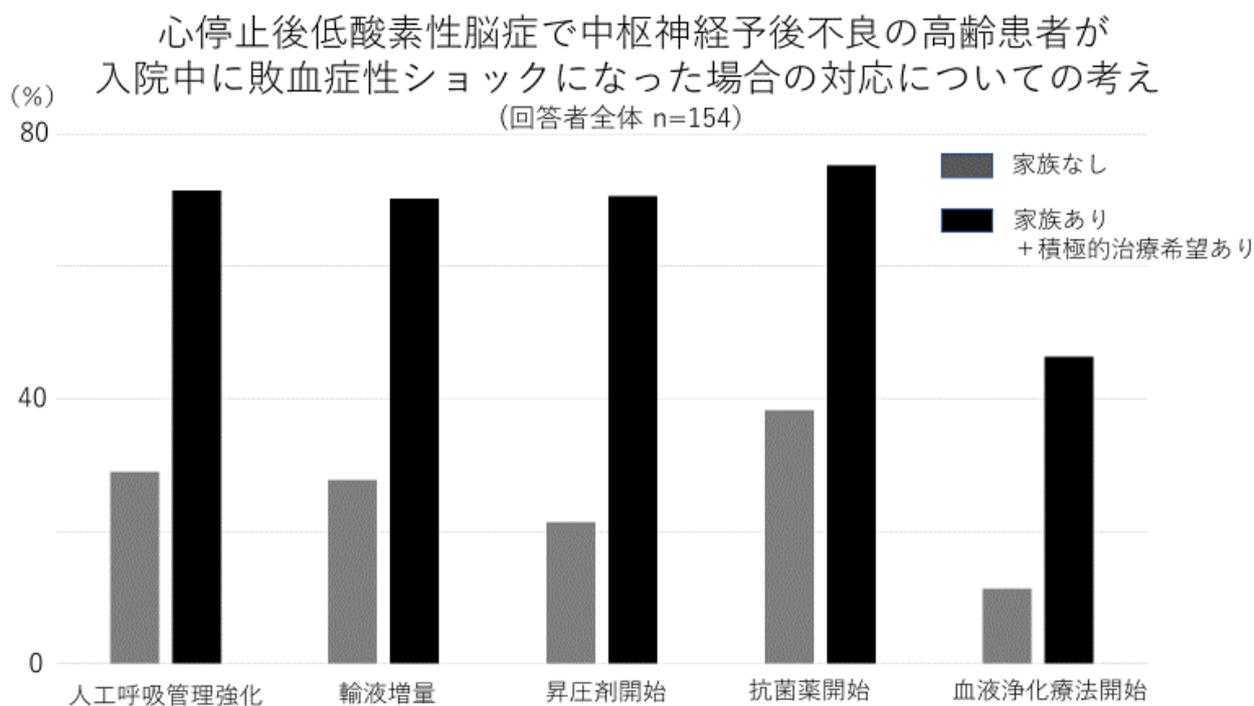
2) 維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言

高齢者の心停止後低酸素性脳症、かつ中枢神経予後不良症例に対する治療方針の決定と治療制限に対する考え（家族不在、本人の意思を記した文書なし、推定意思不明の場合）

		全体 n (%)	医師 n (%)	医師以外の 医療従事者 n (%)	p value
担当医が決定する		2/159 (1.3%)	2/92 (2.1%)	0/67 (0%)	0.03
複数の医師で決定する		28/159 (17.6%)	22/92 (24.0%)	6/67 (8.9%)	
治療方針 の決定	医師、看護師、コメディカル 等のチームで決定する	69/159 (43.4%)	41/92 (44.6%)	28/67 (41.8%)	
	院内の倫理委員会で決定する	55/159 (34.6%)	25/92 (27.2%)	30/67 (44.8%)	
	その他	5/159 (3.1%)	2/92 (2.1%) <sup>1)</sup>	3/67 (4.5%) <sup>2)</sup>	
治療制限はしない		21/158 (13.3%)	12/91 (13.0%)	9/67 (13.4%)	0.14
治療制限 の有無	DNAR が妥当と 考える	28/158 (17.7%)	11/91 (12.0%)	17/67 (25.4%)	
	治療制限 しない	74/158 (46.8%)	48/91 (52.2%)	26/67 (38.8%)	
	Withhold と DNAR が妥当と考える	36/158 (22.2%)	21/91 (22.8%)	15/67 (22.4%)	
	Withdraw と DNAR が妥当と考える	36/158 (22.2%)	21/91 (22.8%)	15/67 (22.4%)	

1) ・現時点では決定困難 ・複数のチーム＋倫理委員会

2) ・まずチームで決定、その後院内の倫理委員で最終決定 ・誰も決められない ・院内のルールに従う



Withhold、Withdraw を行う上での問題点

	全体 (159 人) n (%)	医師 (92 人) n (%)	医師以外の 医療従事者 (67 人) n (%)	p value
Withhold、Withdraw の適応や方法に対する法的サポートが不十分であること	114 (71.7%)	77 (83.7%)	37 (55.2%)	<0.001
医療従事者間で意見の統一が図れないこと	92 (57.9%)	50 (54.4%)	42 (62.7%)	0.29
医療従事者が Withhold や Withdraw の適応や方法になれていないこと	86 (54.1%)	44 (47.8%)	42 (62.7%)	0.06
患者や患者家族の Withhold、Withdraw の適応や方法への認知度が低いこと	86 (54.1%)	50 (54.4%)	36 (53.7%)	0.94
本人の意思を記した文書がないこと	81 (50.9%)	46 (50.0%)	35 (52.2%)	0.78
医療従事者の終末期医療に関するガイドラインの認知度が不十分であること	79 (49.7%)	41 (44.6%)	38 (56.7%)	0.13
Withhold、Withdraw を家族が受け入れられないこと	58 (36.5%)	38 (41.3%)	20 (29.9%)	0.14
医療者と患者・患者家族間の意見が異なる場合のシステム(例えば、臨床倫理を扱う倫理委員会がない)がないこと	54 (34.0%)	35 (38.0%)	19 (28.4%)	0.20
問題点はない	1 (0.07%)	1 (1.1%)	0 (0%)	1.00
その他	8 (5.3%)	4 (4.4%) <sup>1)</sup>	4 (6.6%) <sup>2)</sup>	

1) ・ withdraw は状況によっては訴訟において有罪になりうる

- ・ 倫理委員会、あるいは倫理コンサルテーションがない場合は厳しいと思われる
- ・ 家族間で意見の統一が図れない
- ・ 治療撤退について法的問題が絡む可能性あり

2) ・ 家族が集中治療や終末期に関する説明を聞いて十分に状況を理解したり予測したりできないにもかかわらず医療従事者から意思決定を求められる現状、心肺蘇生の状況や積極的治療の結果どうなるのかわかってもらうための説明やツールがないことが問題。また治療結果延命ができることを求める家族について本人の意思尊重ができているのであれば医療従事者も理解を示す必要があると思う

・ 今の日本では本当に畳の上で死ねないんだと感じる。昨年実際に義父を病院でみとったが、家族が伝えていることと病院の当直医の間でも見解の相違があったため、かわいそうな最後となってしまった

- ・ 終末期の考え方は地域性も大きく関与している
- ・ 医療従事者(担当医)の説明不足

現行の本人の意思を記す文書の問題点

	全体 (159 人) n (%)	医師 (92 人) n (%)	医師以外の 医療従事者 (67 人) n (%)	P value
本人の意思を記した文書があっても事前に家族がその意思を知らず、本人の意思を記した文書の意向に家族が反対すること	101 (63.5%)	59 (64.1%)	42 (62.7%)	0.85
法的サポートがないこと	95 (59.8%)	69 (75.0%)	26 (38.8%)	<0.001
統一された書式がないこと	88 (55.4%)	55 (59.8%)	33 (49.3%)	0.19
1つ1つの処置(例えば、気管挿管、人工呼吸管理、胃管による経腸栄養)に関して細く記載されていないこと	80 (50.3%)	41 (44.6%)	39 (58.2%)	0.09
本人の意思を記した文書に記載されている内容を遂行する病状であるか判断するのが難しいこと	78 (49.1%)	44 (47.8%)	34 (50.8%)	0.72
家族が本人の意思を記した文書の存在を知らず、治療方針決定時に本人の意思を記した文書が見つからず、実際に反映されないこと	74 (46.5%)	47 (51.1%)	27 (40.3%)	0.18
書類上の不備があること(例えば、署名がなく本人の意思であるか判断できない、直近の意思であるかが判断できない など)	51 (32.1%)	34 (37.0%)	17 (25.4%)	0.12
患者の事前の意思について、かかりつけ医との共有が困難であること	48 (30.2%)	33 (35.9%)	15 (22.4%)	0.07
わからない	5 (3.3%)	3 (3.3%)	2 (3.0%)	0.70
問題点はない	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	-
その他	12 (7.9%)	4 (4.4%) <sup>1)</sup>	8 (13.1%) <sup>2)</sup>	-

1) ・患者がその文書を作成した時の意思が時間とともに変化している可能性がある

- ・本人および家族の文書内容に対する理解が乏しい
- ・救急隊員や救急救命士が DNAR にすぐ対応できない
- ・意思を記す文書の認知度が低い

2) ・本人の意思が変わっているかもしれないからと医師がいい、事前指示の内容が反映されない

- ・文書を書いた時期と今の思いが一致しているのか不明である(書いた時期が数年前など)
- ・家族と本人の意思に相違があると医師は訴訟を懸念し家族の希望を優先する傾向にある
- ・一つ一つの事前について記載が必要かという、そうでもないように感じる。個人が常々言っていたのは量の上で死にたいと欲していたが、今の日本ではむずかしい。どんなことをしても生きていたいと思う人はいろいろやればよいと思うが、平均寿命を超えて 90 歳代の方は好きにさせてあげるのがよい。昭和初期ぐらいのイメージがよいと思う
- ・最期はどのような死を迎えたいか、家族と話す機会を設けていないこと。また、家族背景の変化から身寄りがないことが多く本人の意思が確認できない
- ・最終的には医師は家族の意思に従ってしまうこと。「死」とはだれのものなのか最近よく考えるこ

とがあります。集中治療・救急の現場では患者のものではなくなっている印象です。医師のもの・家族のものとなっていると感じます。われわれ看護師はそれに従っているのみです。「死」に向かうための選択は「悪」とされていると感じます。医師に何度か聞いたことがあります。同じこと(治療)をあなたもされたいですか。みな様に「いやだ」と答えます。大変な矛盾を感じながら看護をしています

- ・ 書いた内容の真意や書いた時の背景がわからない
- ・ 臓器提供の意思表示がある場合の治療方針の決定について