

E-FIELD

Education For Implementing End-of-Life Discussion

- 講義6-a 総論

- 治療の開始／差し控えについて考えるときに必要なこと

総論：患者の死に直結する治療の判断

治療開始を
差し控える

例：COPD＋
肺炎の患者に
人工呼吸器を
装着しない。



しばしば
行われている

治療を終了する

例：植物状態の
患者に対する
経腸栄養投与を
終了する。



“尊厳死(?)”として
その是非が
議論されている。

死を目的とした
医療行為を行う

例：緩和的呼吸
停止を目的に
モルヒネの大量
投与を行う。



“安楽死”として
タブー視されている

総論：アグレッシブな医療介入に対する イメージとしての意見

救命・延命的
医療は、さしひ
かえられるべき

救命・延命的
医療は積極的
に行われるべき

“無益な延命治療には反対”

“患者に苦痛を与え続ける
ことは避けるべきである”

“末期患者へのケアは、QOL
や緩和を重視するべきである”

“命は、常に尊く、重い”

“弱者を切り捨てていく医療
はあってはならない”

“治療の中止は、人殺しである”

“奇跡が起きる可能性はある”

現状での医療者の認識

多くの医療者の認識・・・
差し控えは可能だが終了は出来ない

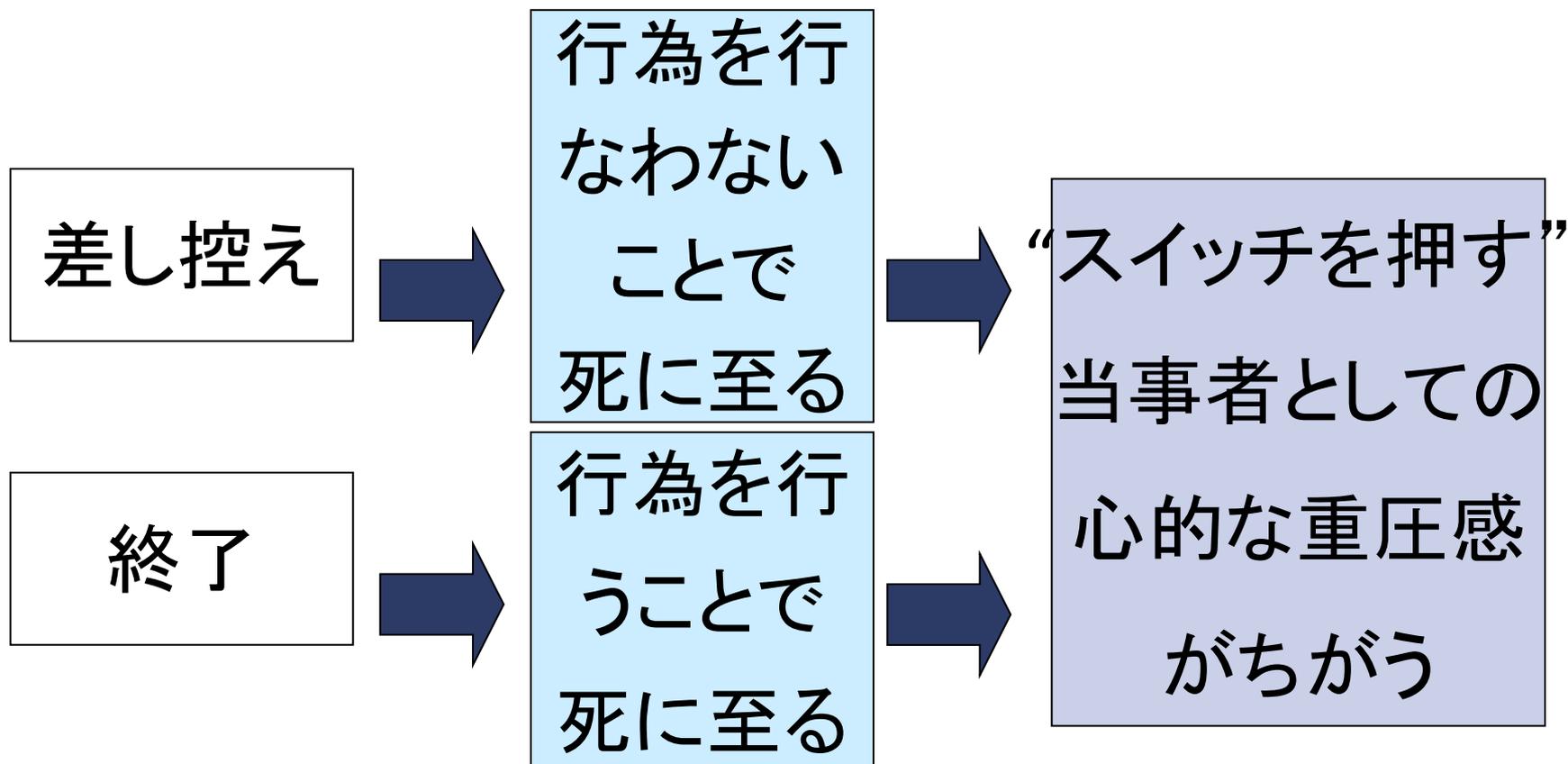


終了は出来ないなので差し控えの時点で決める



ガイドラインと現実との解離

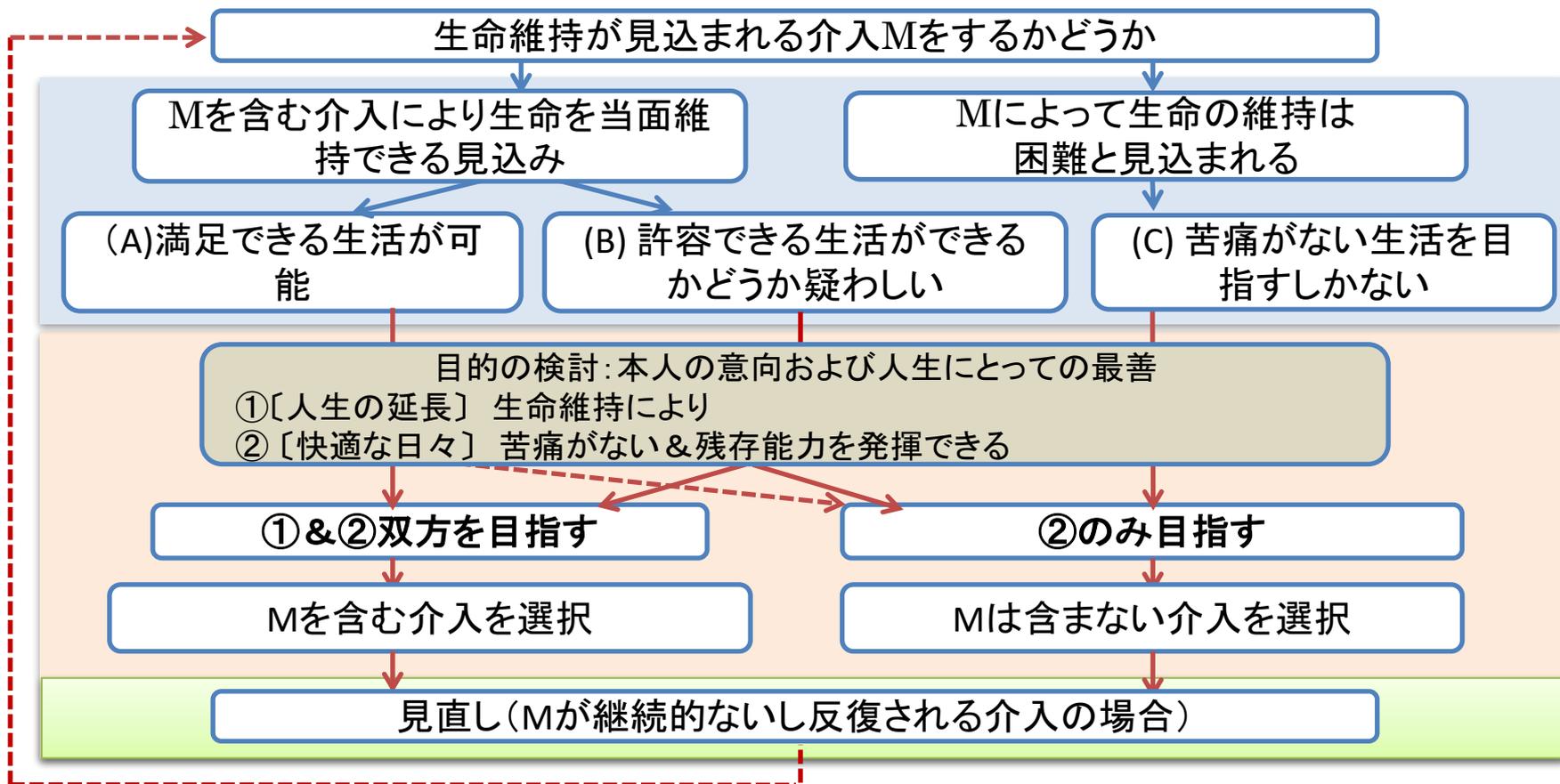
終了と差し控え：医師の認識



「終了出来ないから差し控える」 ことでおきる倫理的問題

- 差し控え時点での意思決定より、時間経過後に終了について検討する方がより妥当な場合
 - 時間経過後の方が、医学的な回復可能性について情報が豊富
 - 時間経過後の方が、本人の意思確認や、家族の感情の整理などについて、妥当な状況をつくる事が出来る

医学的判断——人生の観点での検討



講義6b～d 意思決定各論

急変時の心肺蘇生差し控え
(DNAR)

人工呼吸器の開始/差し控え

人工栄養の開始/差し控え

E-FIELD

Education For Implementing End-of-Life Discussion

- 講義6-b 急変時の心肺蘇生の
差し控え(DNAR)

「急変」とは？

- 生命反応（バイタルサイン）の極端な低下
 - 血圧の低下 → 昇圧剤の投与
 - 呼吸状態の悪化 → 人工呼吸、人工呼吸器の装着
 - 脈拍数の低下 → 緊急心臓ペーシング
 - 不整脈 → カウンターショック
- 急変が起きる原因
 - 病態の悪化（例：肺炎の悪化による呼吸状態悪化）
 - 合併症の発症（例：入院後の肺塞栓や心筋梗塞）
 - 不慮のアクシデント（例：誤嚥、転落による脳出血）

DN(A)R指示

- 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あらかじめ決めておく指示。
- 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。

(日本救急医学会HPより)

D N (A) R 指示の要件

(Lo B, 2003)

- 患者がCPRを拒否するとき
- 患者の代理人がCPRを拒否するとき
- CPRが狭義の無益な治療になるとき
(利益にならないとき)

**EBELL, M. H., BECKER, L. A., BARRY H. C.,
HAGEN, M., 1998, Survival After In-Hospital
Cardiopulmonary Resuscitation A Meta-Analysis,**

Journal of General Internal Medicine, 13, 805-816.

- 蘇生術により一時的に心拍や呼吸が再開する可能性は、あらゆる状況の症例を含めて約40%、退院するまで生存する可能性は約13%である
- 敗血症が存在する場合は退院するまで生存する可能性が0.4%、転移性癌では3%、認知症4%
- 患者の年齢は蘇生後の退院率とは統計的関連性はなかった

DN(A)R指示の問題点

- 医療者の多くが、「DN(A)R = 患者へのケアの主目的を救命・延命としない。」と認識（勘違い）している
- DN(A)R方針を患者家族と相談するタイミングが早すぎる（多くが入院当日）
- いったん決定されたDN(A)R方針の多くは、再検討されていない

医療チームで何を話すのか？

- DN(A)Rオーダーの妥当性について
 - CPRの医学的無益性
 - DNRオーダーの発動時期
 - DNRオーダーとケアの方向性との認識
 - 一度出されたDNRオーダーの撤回
- 患者/患者家族との対話について
 - CPRに関する説明が患者や家族の心理に与える影響
 - DNRオーダーとケアの方向性との認識
 - 論理的に矛盾する選好への対応

まとめ：DNAR指示

● 特徴

- 主に二つの異なる根拠によって決定される
 - 大方針としてのBSCに付随した具体的指示
 - 心肺停止時におけるCPRの医学的無益性
- しばしば「DNAR指示が出ているから回復を目的にした介入全般を行わない」と医療者側に解釈されている

● 相談員としての留意事項

- 具体的な指示としてのDNARと、大方針を整理する
- 早すぎるDNARに対しては、その患者や家族に与える影響も加味する
- 患者の様態の変化に応じて再検討の機会を作る

E-FIELD

Education For Implementing End-of-Life Discussion

- 講義6-c
人工呼吸器の開始/差し控え

心・肺疾患終末期の医学知識

- 急性増悪を繰り返しながら、徐々に機能低下する臓器不全
- 急性増悪に対する治療で軽快するが、その後も増悪を繰り返す
- 繰り返すたび患者は段階的に機能低下する
- 現在の悪化が、急性増悪なのか、改善の難しい最期の悪化なのか、判断が難しい
- 医療者の視点からは、「人工呼吸器を開始すると、離脱できないかもしれない」という危惧から人工呼吸の開始を躊躇する傾向にある

誤嚥性肺炎の医学知識

- 加齢等に伴い嚥下（つばや食事の飲み込み）能力の低下により起こす肺炎
- 抗菌薬治療で治るがその後も繰り返す
- 繰り返すたびに患者は段階的に脆弱化する
- 脆弱化を防ぐためには治療開始後早期に食事を開始する必要があるが、食事自体が誤嚥性肺炎をもたらさうる
- 医療者の視点からは、「自らが開始した食事によって肺炎が重症化するかもしれない」という危惧から食事の開始を躊躇する傾向にある

人工呼吸器の装着に関連するその他の ケア介入および患者の変化

- 持続的な鎮静（鎮静剤の使用）による、意識の低下
- 絶食による人工栄養（中心静脈栄養など）の併用
- 気管内の痰吸引
- 身体抑制（チューブ自己抜去防止のため）
- 挿管による言葉の消失
- 長期化した場合の気管切開

気管挿管による人工呼吸器 の差し控え・終了

- 患者の健康に与える影響
 - 数時間のうちに決断しないと生死にかかわる
 - 人工呼吸器による呼吸補助は、通常苦痛を伴うと一般的に考えられている。そのため、鎮静が同時に行われ、直後よりコミュニケーションをとることができなくなることがしばしばある
 - 補助から離脱できるかどうかの見通しを立てにくい

非侵襲的マスク型人工呼吸器（NPPV） の差し控え・終了

- 患者の健康に与える影響
 - 数時間のうちに決断しないと生死にかかわる
 - 人工呼吸器による呼吸補助は、呼吸困難を和らげる場合と、マスクの圧着感で苦痛を伴う場合がある。鎮静が不要な場合と必要な場合がある。鎮静が不要な場合は、コミュニケーションをとることができる
 - 補助から離脱できるかどうかの見通しを立てにくい
が、試しにマスクをはずしてみたり、再びはめてみたり、離脱できるかどうか試しやすい

人工呼吸器の差し控え・終了（1）

- 医療スタッフの意識
 - 差し控えられることはしばしばある
 - 終了によって直接死がおとずれるため、医療者は終了に対して大きな抵抗感がある
 - 終了に関する、法的規範との整合性は、多くの医療者にとって不明瞭なままである
 - 「人工呼吸器を開始すると、離脱できないかもしれない」という危惧から人工呼吸の開始を躊躇する傾向にある

人工呼吸器の差し控え・終了（２）

- (想定される) 患者の意向
 - 治る可能性が高いならば、多少つらくても治療を頑張りたいので、開始して欲しい
 - 治る可能性が低い場合でも、多少つらくても治療を頑張りたいので、開始して欲しい
 - 治る可能性が高い場合でも、つらい治療は嫌なので、差し控えて欲しい
 - 治る可能性が低いのであれば、つらい思いをしたくないので、差し控えたい

まとめ： 人工呼吸器の差し控えと終了

- 特徴
 - 連続性の高いケア介入であり、中断に関するハードルが高い
 - もれなく（鎮静など）他のケア介入がついてくる
 - 呼吸補助の方法にいくつかの選択肢がある
- 相談員としての留意事項
 - 回復可能性と不可逆性について留意し、「はじめたら、やめられない」という前提に縛られ過ぎない
 - 言葉を発することができない本人の意思を探るための工夫に留意する
 - 呼吸補助から離脱できた場合に、「次回」について事前に相談を持ちかける

E-FIELD

Education For Implementing End-of-Life Discussion

- 講義5-d
人工栄養の開始/差し控え

人工栄養の差し控えもしくはは終了

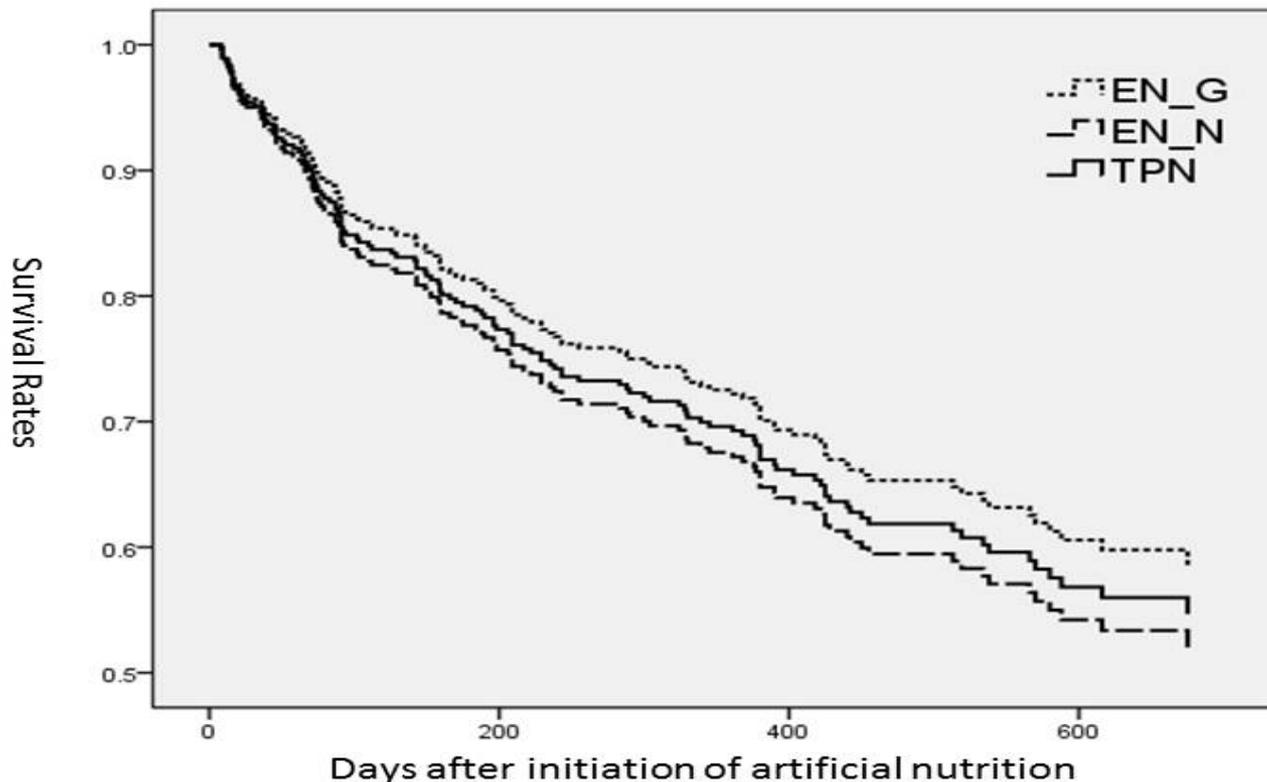
- 差し控え、もしくはは終了が患者の健康に医学的に与える影響
 - すぐに健康状態に影響が出るわけではない
 - 苦痛は通常伴わない
 - 徐々に低栄養状態となり、数週間—数か月のうちに死に至る
- 終了と差し控えに関する現場の意識
 - 一般的に医療者の中でも乖離がある
 - 差し控え、終了共に大きな抵抗感がある
 - 理由は「医療行為以前のベーシックケア」

4つの選択

- 胃ろう造設による経腸栄養
 - 手技の侵襲およびトラブル。造設後のトラブル
 - 胃ろうにしても誤嚥性肺炎は起こる。
- 経鼻経腸栄養
 - 不快感は胃瘻より強いかもしれない。
 - スキントラブル
 - 自己抜去防止のため身体抑制のリスクがある。
- 中心静脈栄養
 - （感染症・血栓症など）合併症が多いため、長期の使用は原則的には勧められない。
- 食べられるだけ口から。水分は点滴などで補給
 - 生命予後は明らかに短い

人工栄養療法の医学的な見通し

Figure 2. Survival curves of the three nutrition cohorts with neurological diseases: Cox proportional hazards model



Bito S, Yamamoto T, Tominaga H . Prospective Cohort Study Comparing the Effects of Different Artificial Nutrition Methods on Long-Term Survival in the Elderly: Japan Assessment Study on Procedures and Outcomes of Artificial Nutrition (JAPOAN). JPEN J Parenter Enteral Nutr.

「胃ろうはよくない」という定型的イメージを先行させない

- 「胃ろう」を造ってよかったケース、よくなかったケース
 - ○ 胃ろうにより栄養状態が回復し、体力・機能がよくなる
→ 「生きててよかった」時間をもらった
 - × 胃ろうをしたのに、すぐ死に至ってしまった
 - × 胃ろうで生命は延びたけれど、かわいそうな日々（本人は自覚があれば絶対嫌がる）になってしまった
- 栄養補給が有効かどうかの問題が、手段としての「胃ろう」の問題と認識された
- 胃ろうは目的と使い方次第
 - × 生命維持ができるから胃ろうをつくる
 - もうしばらくよい人生を送るために胃ろうをつくる

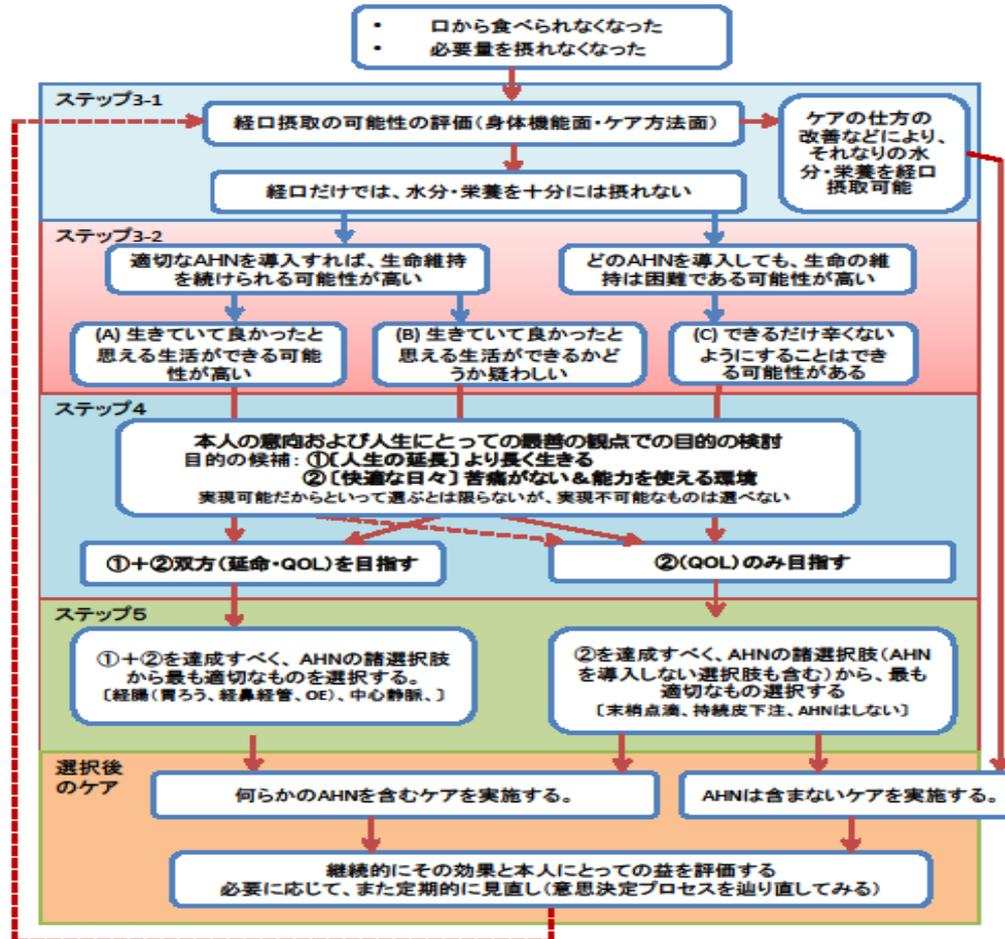
しばしばある、胃ろうではなく経鼻経腸栄養が人工栄養手段として選択される（不合理な）論理

- 人工栄養を開始しないと長く生きることができない
- しかし、「胃ろうはよくない」らしい
- 「胃ろうはよくない」理由は、体に穴をあけるなど、自然な形ではないから
- では、より「自然なかたち」に近い経鼻経腸栄養を選択するのが妥当

「自然に」のイメージ

- 「自然が一番いい。」という理由で患者の利益にかなうかもしれないケア介入が差し控えられることもしばしばある
- 経鼻経腸栄養の長期使用は、一般的には胃ろうに比較し患者により大きな苦痛を与え、身体抑制などの二次的な介入も行われやすくなる。
- 「自然に」が「何も介入しない」という意味と同義なら、そもそも医療の否定

付録1 選択プロセスのまとめ（フローチャート）



人工栄養の終了

- 人工呼吸器に比較して連続性は低い
- 人工透析に比較して連続性は高い
- 肺炎の発生をきっかけに一時的に中止となり、その後「再開しないこと」を検討することはしばしばある
- 終了が、患者の苦痛に与える影響は小さい
- 造設された胃ろうは、チューブ抜去により容易に自然閉鎖する

まとめ： 人工栄養の差し控えと終了

- 特徴
 - 「食事は医療以前のもの」というイメージが医療者にも患者・家族側にもある
 - 終了を検討するタイミングは存在する
 - 胃ろう栄養と経鼻経腸栄養開始の選択は、その目的と患者に与える医学的利益／不利益について合理的な視点で相談する
- 相談員としての留意事項
 - 継続されている人工栄養を終了する相談をする上では、タイミングが大事
 - 「自然が一番」「胃ろうはかわいそう」というイメージにとらわれ過ぎない