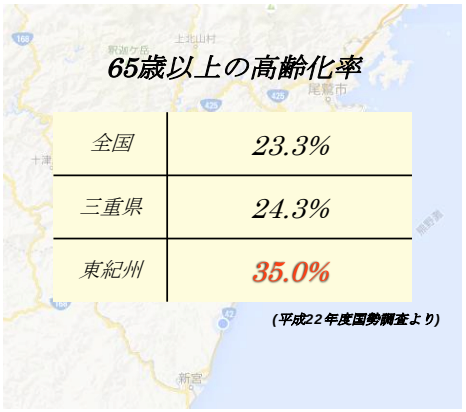
演題	**納得いく最期を迎えるにあたり –担癌患者に対する心肺蘇生中止指示書–**
17	発　表　者　辻　正範（三重県　紀南病院組合立紀南病院） 共同研究者　庄司　育代、高司　智史、奥野　正孝

我々の働く紀南病院は，三重県の最南端に位置し，奈良と和歌山の県境に面しています．

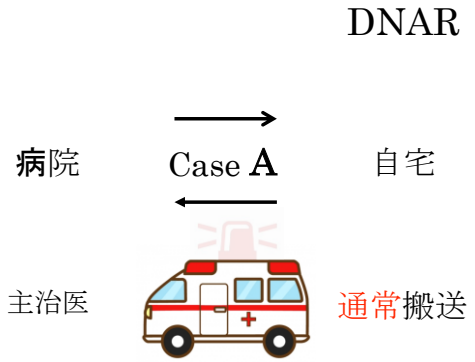
管轄内住民数は約 41, 000 人です．



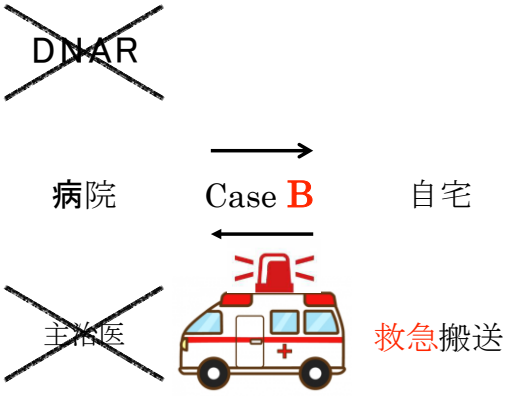
高齢化率も顕著で，35%にのぼります．

医師会の開業医先生の高齢化も合わさり，患者宅での看取りが困難となっています．

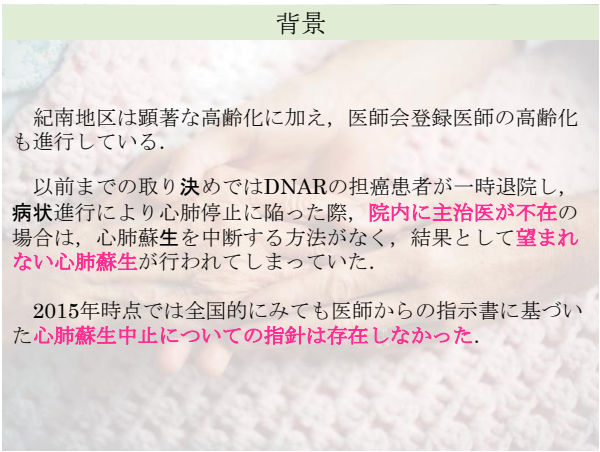
患者と向き合う際にどうしても避けられない問題としてDNARがあります．なるべく長い時間自宅で過ごしてもらうために自分たちは介護サービスや訪問看護等を利用して患者を自宅退院させます．



紀南地区の以前までのメディカルコントロール体制では，DNARが確定している患者が院外で心停止に至った場合，主治医が院内にいれば，救急隊から主治医に確認がつけば，CPRを行わず救急車はサイレンを鳴らさない搬送(通常搬送)を行い，主治医が死亡確認を行なっていました．



しかし，主治医が院内にいない場合は，DNARが確定していた患者でも救急隊の判断ではCPRを中止することができず，患者や家族が望まない形でCPRが行われ，結果として納得のいかなり最期を迎えるケースが散見していました．



2015年時点では全国的にみても医師からの指示書に基づいた心肺蘇生中止についてにん指針は存在していませんでした．

消防本部における傷病者が救命処置を希望しない場合の心肺蘇生の実施についての状況調査報告書

心肺蘇生等を中止する，もしくは中止することを許容する

29%（6消防本部）

（山本保博，野田龍也ら，地域医療基盤開発推進研究事業，2016）

2015 年に行なった調査では，政令指定都市を所管する消防本部および東京消防庁の計21 消防本部（人口カバー率 32%）で，心肺停止事例に対して，心肺蘇生を希望しない旨の定時があった場合の救急隊の対応で，心肺停止を中止するケースは 29%のみでした．

紀南病院における『メディカルラリー』開催から考える，
地域医療の役割について

筆頭発表演者のCOI開示

筆頭発表に関連し，開示すべきCOI関係にある企業等はありません．

公立紀南病院内科
○辻正範，澤允洋，野田真理子，磯部亮太，北村宅矢，中川十夢，
森将之，小林文人，高司智史，奥野正孝

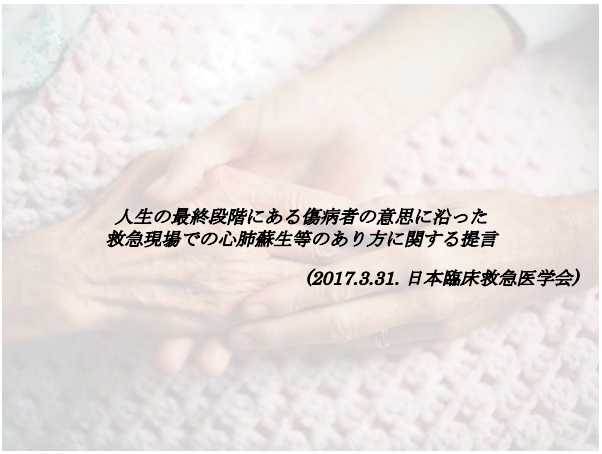
過去にも何度か発表をしているように，我々の紀南地区では三重県の中心部から隔離されているという定期的特徴もあり，医療関係者だけではなく住民全体に救急への興味が強く，心肺蘇生法についての学習も頻回に行われています．

目的

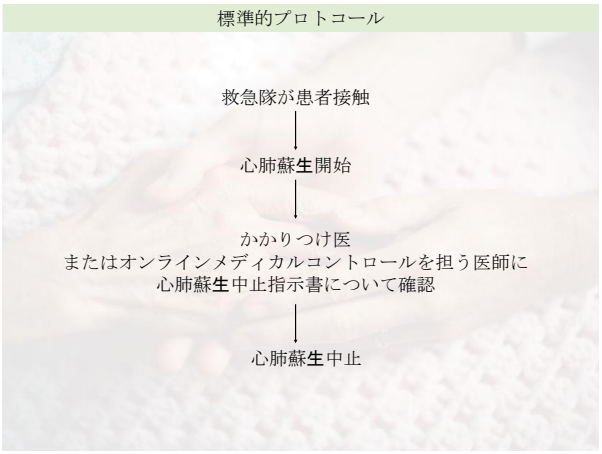
紀南地区では心肺蘇生法の啓蒙活動を年齢層に関係なく，幅広く行なっている．

紀南病院倫理委員会で協議したうえで，患者および患者家族，病院，消防本部が連携し，担癌患者限定で心肺蘇生中止についての指示書を作成し，2015年12月より運営している．運用の概要をまとめ，今後の課題について報告する．

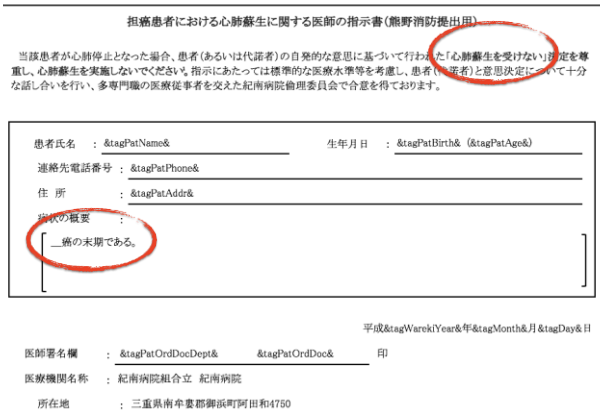
そのためDNARが確定している全患者でCPRを中止するわけではなく，担癌患者限定で心肺蘇生中止についての指示書を作成し，2015 年 12 月より運営しています．運用の概要をいまとめ，今後の課題について報告します．



指示書を作成するにあたり参考にしたのが，2017 年 3 月に発表された「人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方に関する提言」です．

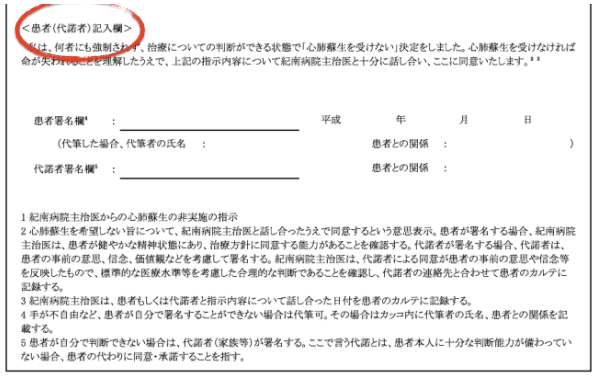


プロトコールはこのようなものです．

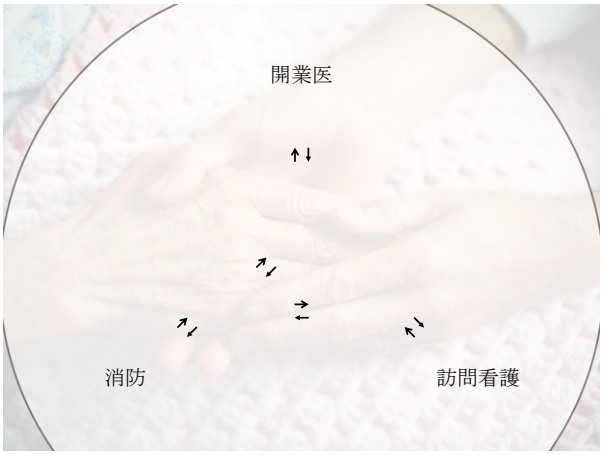


病院の倫理委員会で十分な話し合いを行なった後に，熊野消防に提出するために以下のような書類を提出します．同じ内容の書類は患者宅にもって帰ってもらいます．個人情報保護を重視し，病状の詳しい記載は行わず癌の末期であることしか

記載しません.

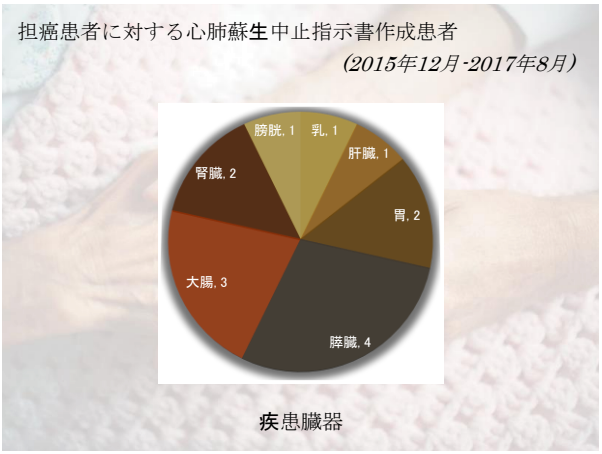


終末期に患者に寄り添う家族，親族の電話連絡先はなるべく多く記載してもらうようにしています.



患者，家族だけでなく，看取りが可能な開業医の先生，消防，訪問看護等にも十分に周知を行なった上で，自宅退院とします.

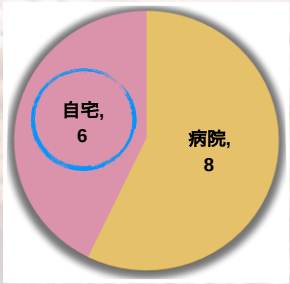
指示書を運営し始めて約21ヶ月で，指示書を作成した患者は14名です．その中には超高齢の方から，30歳台の患者まで多岐に及びます.



原疾患はこのようなものです.

指示書を作成してから，患者が死亡するまでの中間値は17日であり，それだけ死期が迫った中でも，患者や家族が住み慣れた自宅での療養を希望されているかが分かります.

担癌患者に対する心肺蘇生中止指示書作成患者
(2015年12月-2017年8月)



死亡場所

死亡に至った場所の内訳をみると，死期が迫り全身が衰弱し，患者や家族の選択で心肺停止に至る前に当院へ入院され，院内で最期を迎えた症例が約半数でした.

担癌患者に対する心肺蘇生中止指示書作成患者
(2015年12月-2017年8月)

課題

- ***担癌患者の定義について***
- ***患者，親族，介護者への徹底した周知***
- ***県を跨いだメディカルコントロール***

今後の課題としては，担癌患者の定義(どの段階の癌患者まで指示書作成の対象とするか)，指示書の存在についての更なる周知，現在運行ができていない県を跨いだメディカルコントロール等があがります.

担癌患者に対する心肺蘇生中止指示書作成患者
(2015年12月-2017年8月)

自宅死亡患者(6名)における通常搬送の割合

0%

死亡確認 (開業医3名，当院医師3名)

自宅で死亡に至ったケースでは，看取りを行なっている開業医の先生が死亡確認を行なった場合と，たまたま業務が重なっておらず当院の医師が患者宅に出向き死亡確認を行なった場合がありました．そのためサイレンを鳴らさずに通常搬送を行なったケースはありませんでした.

結語

担癌患者に対する心肺蘇生中止指示書を作成することで，患者および患者家族が**最期の時間**を**安心感**を持ってなるべく長く自宅で過ごしてもらえることが可能となる.

いくつか課題はあるものの，**納得いく最期を迎えるため**，地域全体を巻き込み，素早く行動に移すことができるのも，**狭**いコミュニティーが幸いする**地域医療の魅力**である.

担癌患者に対する心肺蘇生中止指示書を作成することで，患者および患者家族が最期の時間を安心感を持ってなるべく長く自宅で過ごしてもらえることが可能となる．いくつか課題はあるものの，納得いく最期を迎えるため，地域全体を巻き込み，素早く行動に移すことができるのも，狭いコミュニティーが幸いする地域医療の魅力である.