第２１回道南医学会医学研究奨励賞受賞論文（医師部門）

119 番通報で現着したが、“DNAR”と告げられた症例 ～当地域の現状を考える～

函館新都市病院　麻酔科　　○青　野　　允
同　　脳神神経外科　　伊　藤　丈　雄

【要旨】

近年我が国の出生率は減少の一途をたどる一方高齢者が増加して、少子・超高齢社会となった。このような状況下で 119 番通報を受けた救急隊員が現場に到着すると、傷病者は心肺停止状態(CPA)にあるにもかかわらず、心肺蘇生法(CPR)を開始しようとすると拒否(DNAR)される場合が増加しつつあり、問題視されている。そこで今回、当道南地区の実態を調査した。その結果、119 番通報数の約 1.4%の事例で心肺停止状態と認められ、かつその約 1.0%前後で心肺法実施を家族などに拒否された。その対策としては、①小学生時代から、「人の一生(生死)」について理解し、②医療従事者には死の診断は医師・歯科医師のみに課された専権事項であることを認識させる必要があると考えられた。

【キーワード】：119 番通報(119Call)、心肺停止状態(CPA)、心肺蘇生法(CPR)、蘇生法拒否(DNAR)、尊厳死(Death with Dignity)

【【はじめに】

平成28年の我が国の総人口は1億2千700万人、平均寿命は男性が 80.98 歳、女性が 87.14 歳となった。しかも、大家族制は既になく、少子・超高齢社会、核家族で、高齢者は施設入所、あるいは高齢者夫婦世帯や独居等が多い。かつまた 80%は医療機関で死亡するという少子・多死社会である[1]。

これらの状況を反映して、平成 26 年、全国の救急車の出動は 598 万件でそのうち、高齢者と軽症患者のいわゆるコンビニ受診の比がほぼ半数に達し、その結果、救急車出動は限界に達しつつある[2]。

このような状況の中で、現時点での最大の問題点は 119 番通報で現場到着した救急隊員が心肺機能停止状態(CPA)にある傷病者に蘇生を試みようとすると、家族等が“心肺蘇生法をしないで下さい(DNAR)”という事である[3]。

そこで今回北海道・道南地区での実態を調査し、多少の考察を加えて報告する。

【調査方法】

函館市消防本部に全面的に依頼し、道南地区(図Ⅰ)の実態を調査した。

1. 期間:平成24年1月1日～平成28年12月31日の5年間
2. 調査内容:上記 5 年間の 1)119 番通報数 2)救急車出動件数 3)1)の件数のうち心肺停止症例(CPA)状態の傷病者数 4)CPA のうち家族等が蘇生法実施(DNAR)を拒否した件数と年齢・性別及びその理由を調査した。

【結果(表 1)】

1. 119 番通報数:123,624 例
2. CPA 症例数:1,736 例(119 番通報の 1.40%)
3. DNAR 症例数:19 例(CPA 症例の 1.09%)
   ① 年齢:33～103 歳
   ② 男性 8 名、女性 11 名
4. 救急隊員が DNAR と如何して受け取ったか?
   1)本人の意志
   ① 日本尊厳死協会証明書 1 名
   ② 医師との同意書 4 名
   ③ 救急隊員が本人の意志と強く思われたもの 1 名
   2)家族の意志 13 名(68.4%)
5. 処置
   救急隊員は全症例に CPR を実施せざるを得なかった。

【考察】

平成 28 年全国の 119 番通報による救急出動件数は 605 万 116 件に達した。問題は高齢者の搬送がほぼ60%を超えていることである。特に東京都では90万件/年の救急出動を記録し、かつ年間約 1 万件増加し、そのうち 90%を高齢者が占めている[4]。

また同年、全国高齢化率は 26.7%であり、北海道は 29.7%、函館市 31.1%、渡島 33.0%、桧山地区 39.1%で、いずれの地区も超高齢社会である[5]。

このような状況下で、119 番通報で現場到着した救急隊員がCPA状態の傷病者の家族等からDNARと言われても、本来「死亡診断」は医師・歯科医師のみに認められている行為であり、かつ救急隊員に死体搬送は許可されていない。従ってCPA状態にある傷病者として救急蘇生を行いながら医療機関に搬送しなければならない。
このような症例があるために、本来の救急隊の能力がそがれて、本来救命可能な傷病者を見殺しにする結果になりかねない。
やや古いが、日本救急医学会が平成22年10月から5 年半の間に救急搬送された「終末期」に該当する159件の患者の家族に複数の医師らによるチームで延命中止を提案したところ、57件(36%)のうち48件(84%)が同意したという(平成29年11月6日)。
このような状況に対して、平成 27 年、厚生労働省は「人生の最終段階における医療決定プロセスに関するガイドライン」[7]を、また日本救急医学会をはじめいくつかの学会[3]でも出している。
しかし、これらガイドラインや指針は医療従事者のものであり、本来は一般市民に対する啓発が最重要であることを忘れてはならない。
そのむかし、平安時代末期から鎌倉時代初期にかけての武士・僧侶・歌人と言われる西行法師が「願わくは花の下にて春死なむ、その如月の望月の頃」という歌を残し、人間は自然の一部であると感じていたようである。
その後、平和な時代が続き、平均寿命を延ばす中で、昭和 51 年に安楽死協会が設立され、その後日本尊厳死協会(www.songenshi-kyokai.com)に名称を変更したが、平成 2 年ライシャワー元駐日米大使が尊厳死を遂げられ(図2)、1 平成6年日本学術会議が尊厳死を容認した。その後、東海大学の安楽死事件、更に富山県射水市民病院の人工呼吸器を外す事件などから、尊厳死協会加入者数が増加しつつあった(図2)。また最近、高名な日野原医師が105才で本人の意志で延命措置を希望せず、尊厳死されたことは良く知られている(平成29年7月18日)。
　筆者が聴講した「死」の講演はアルフォンスデーケン上智大学教授、淀川キリスト教病院のユーモリスト柏木哲夫理事長で、20年以上も前の事であった。しかし、現状は NHK クローズアップ現代(平成 26 年11月19日)で示されたアンケート調査のごとく、ある病院に来院した患者にアンケート調査した結果、「延命治療を希望しないが約 70%に達していたが、実際書面に記載しているケースは 3%に過ぎなかった。
　古来我が国では大家族制で家長かあるいは、次に家長になるべき立場の者が家族全体に責任を持っていた。そのため、家族に看取られながら人生を終えるという場面を経験することが少なくなっている。これらのことがおそらく「自己決定権」行使に不得手になったのか、あるいは自己主張を遠慮する文化がまだ日本に根強いのかもしれないと考えられる。
　現今では、自己の意志表示方法として、①尊厳死協会に入会する。②Living Will として尊厳死の意志表示をしておく。③生前に発効する遺言としての事前指示書(Advanced Directives)や④現在アメリカで行われている「Physician Ordered Life Sustaining Treatment (POLST)(患者の意志を主治医が記録・保管し、最後の時に役立てようとするものを主治医に願い出ることなどである図3)などがある。
厚労省は特養などの老人施設で看取りに対して報酬を与えており、民間資格としての看取り士も存在する(平成24年:日本看取り士協会設立)。
いずれにしても、「本来ヒトはほかの動物と同じように、生まれ、育ち、そしていつかは死ぬものである」という事を子供の頃から知っておく必要がある。さらに主治医は患者の死亡時には診断書を書く義務があることを自覚すべきである。
また、アメリカのジャーナリスト、ノーマン、カズンズの言うように誕生が人生の喜びであるならば、死は悲しみかも知れないが、「死は人生の終極の悲劇ではない」。

【結語】
　京都大学名誉教授 加藤 尚武氏のお言葉をお借りして結語とさせて戴くと、『現代では、死は不意打ちしない。ゆっくりと向こうから近づいてくる。死の瞬間それ自体を安らかなものとして臨み、安らかに受け止めることが、現代における最善の往生である』
(哲学者から見た看取り 第 7 回医療事故・紛争対応研究会 平成25年2月23日)。

【文献】
1) 平成27年までの我が国の人口動態動(厚生労働省) kuteikenshin-hokensidou.jp/reference/(2017年9月閲覧)
2) 平成26年救急出動回数(総務省消防庁) www.fdma.go.jp/neuter/topics/houdou/h27/(2018年9月閲覧)
3) 日本救急医学会、日本集中治療医学会、日本循環器医学会。救急集中治療における終末期医療

に関するｶﾞｲﾄﾞﾗｲﾝ～3 学会からの提案 ~http://www.jsicm.org/pdf/1guidelines1410.pdf
(2017 年 9 月閲覧)
4) 厚労省消防庁 平成 28 年救急出動件 webside.jp/report/site/20170331.html (2017 年 9 月閲覧)
5) 人口動態調査の結果 厚生労働省 http://www.stat.go.jp/data/nihon/02.html
6) 第 44 回日本救急医学会総会・学術集会 11 月 18 日(金) 蘇生ｶﾞｲﾄﾞﾗｲﾝ 2020 への挑戦 (www2.convention.co.jp/44jaam)
7) 人生の最終段階における医療について～「終末期医療」からの変遷～ https://jamcf.jp/pdf/2016/160818_02.pdf(2017 年 9 月閲覧)
8) 厚生労働省「人生の最終段階における医療決定ﾌﾟﾛｾｽに関するｶﾞｲﾄﾞﾗｲﾝ」 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/..(2017 年 9 月閲覧)
9) Pope TM, Hexum M. Legal briefing :POLST :Physician orders for life-sustaining treatment. J Clin Ethics 2012:23:357-76.

表1　函館市消防本部の現況（許可を得て一部改変）

	H24 年	H25 年	H26 年	H27 年	H28 年	合計	割合（±年間誤差率）
119 番受信件数	25, 591	27, 243	23, 739	23, 151	23, 900	123, 624	
CPR 件数	347	367	362	344	316	1736	(119 番受信件数に対する割合) 1. 40%（±0. 09%）
DNAR 件数	4	1	1	6	7	19	(CPR 件数に対する割合) 1. 09%（±0. 86%）

図1　北海道・地域生活経済圏の6ｴﾘｱ（北海道ﾌｧﾝﾏｶﾞｼﾞﾝより）

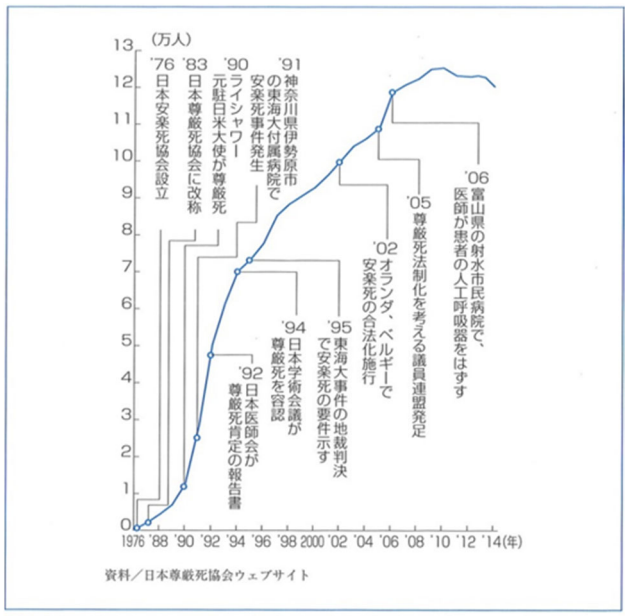

図5-2 日本尊厳死協会会員数の推移〔2014（平成26）年12月31日現在〕

図２　日本尊厳死協会医会員数の推移(日本尊厳死協会ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ)

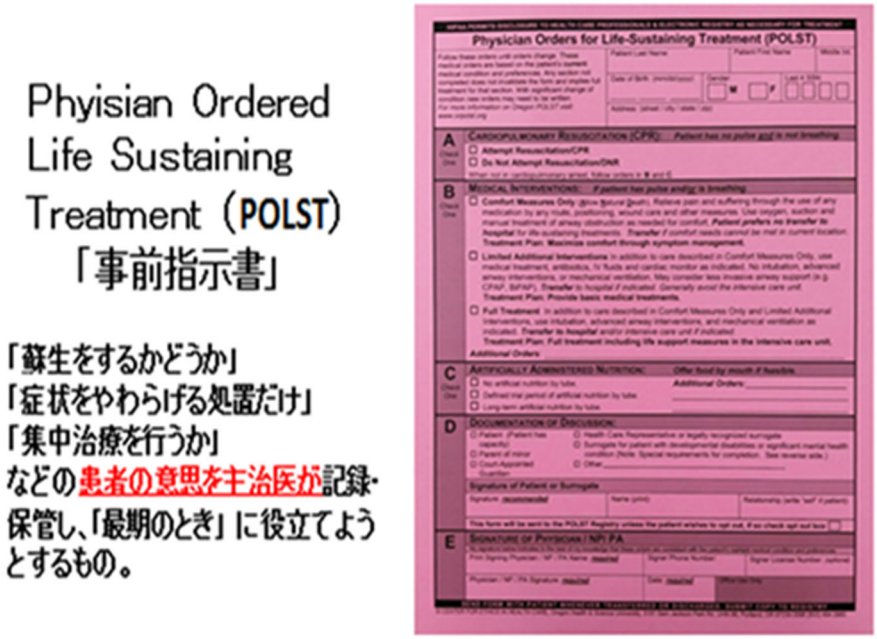

図3 POLST(Center for ETHICS in Health Care & Science University)