

DNARの意思表示に従い 蘇生措置を行わなかったことが妥当とされた事例

メディカルオンライン医療裁判研究会

【概要】

誤嚥性肺炎を繰り返し発症していた患者(死亡時 74 歳, 男性)が, 前回入院時には自ら DNAR の意思表示をし, 今回入院時には妻が DNAR の意思表示をしていたところ, 入院翌日の夜に呼吸停止の状態で見られ, 死亡した。

これに対し, 遺族が, 医師らには蘇生措置などを行う義務があったなどと主張し, 損害賠償を求めて訴訟提起したものの, 請求は棄却された。

キーワード: DNAR, 蘇生措置, アルツハイマー型認知症, 誤嚥性肺炎

判決日: 名古屋地裁令和 5 年 2 月 22 日判決

判決内容: 請求棄却

【事実経過】¹⁾

年月日	経過
平成29年 12月5日	Aは, 誤嚥性肺炎の治療のためH病院に入院した。 その際, Aは同病院のO医師からの問いかけに対し, 心肺停止の際に延命治療を希望しないと答え, DNARの意思表示をした。
12月17日	AはH病院を退院した。
平成30年 3月20日	Aは妻Bに付き添われ, H病院の救急外来を受診した。 H病院のP医師による診察の結果, Aは肺炎であると診断され, 入院することになった。 このとき, Aは高度のアルツハイマー型認知症であり, 意思疎通ができず, 簡単な呼びかけに反応する程度であって, 自身で延命治療の希望を表明し得ない状態にあった。 そのため, P医師は, Bに対し, 前回入院と同様にAには肺炎が疑われ, 抗生剤によって改善する可能性もあるが, 治療しても悪化して命を落とすこともあると説明し, 状態悪化時に挿管治療などの延命治療を行うかを尋ねたところ, Bは, 延命治療を行わず, 自然な経過での看取りを希望した。 このとき, P医師は, Bが急変のリスクを楽観的に受け止めているように感じたため, 急変・状態悪化のリスクを重ねて説明した上で延命処置を希望しないことを慎重に確認した。
3月21日 17時10分頃	A に吸痰が実施されたところ, 吸引チューブが気管に入り, 白色の唾液混じりの痰が多量に引けた。

	A に喘鳴は認められなかった。
21 時 10 分 および 22 時	A に吸痰が実施され、唾液様ないし白色痰が中等量引けた。 A に喘鳴は認められなかった。
3 月 22 日 0 時 15 分頃	A は呼吸停止の状態です。巡回の看護師が発見された。 A の頸動脈は触れず、口腔内から泡を吹いている状態で、対光反射はなく、睫毛反射もなかった。看護師は、当直医である Q 医師および主治医である P 医師に連絡するとともに、A の家族に連絡した。 A に対しては、輸液がされたものの、蘇生措置や人工呼吸器を用いた延命処置は行われなかった。
1 時 12 分	A の死亡が確認された。

【争点】

・A の急変時に蘇生措置を行うべきであったか

※本訴訟では外にも複数の争点があるが、本稿では紙幅の関係上これらの争点のみ取り上げる。

【裁判所の判断】¹⁾

1. B らの主張

H 病院の医師は、A の呼吸停止を確認した時点で、痰の吸引、酸素吸入、人工呼吸または人工呼吸器の使用、心臓マッサージ等の蘇生措置を行うべき義務があったにもかかわらず、これを怠った。

2. 裁判所の判断

平成 29 年 12 月 5 日に A が誤嚥性肺炎治療のために救急搬送されて入院した際、H 病院の O 医師からの問いかけに対し、A は、心肺停止の際に延命治療を希望しないと答え、DNR (Do Not Resuscitation。「DNAR」に同じ) の意思表示をした

こと、3 月 20 日に H 病院に来院した際には、A はアルツハイマー型認知症(高度)であり、意思疎通ができず、簡単な呼びかけに反応する程度であって、自身で延命治療の希望を表明し得ない状態にあったこと、P 医師は、同日 17 時頃、A を診察するとともに、B に対し、前回入院と同様に A には肺炎が疑われ、抗生剤によって改善する可能性もあるが、治療しても悪化して命を落とすこともあると説明し、状態悪化時に挿管治療などの延命治療を行うかを尋ねたところ、B は、延命治療を行わず、自然な経過での看取りを希望したこと(DNR の意思表示)が認められる。

これに対し、B は、同年 12 月 5 日に延命治療を希望しないと答えたことを認めるものの、翌年 3 月 20 日には P 医師と会っておらず、上記の DNR の意思表示もしていないとし、A は意思疎通をすることができたなどと陳述等をする。しかし、B の同陳述等は、P 医師と会っていないことや A が高度の意思疎通ができたことについて具体的な根拠を伴うものではなく、診療録の記載ないし P 医師の陳述等にも反する。そし

て、本件において B の同陳述等について裏付けとなる客観的ないし的確な証拠もない以上、同陳述等にはわかに採用することができない。そうすると、A が意思疎通困難な状態にあり、妻である B が DNR の意思表示をしている以上、H 病院の医師等が、A が呼吸停止となった時点で蘇生措置を施さなかったとしても、これを診療契約上の注意義務違反などであるということはできない。

また、B らは、延命治療の中止を求める理由や内容を聴取し、繰り返し家族の意思を確認すべきであると主張する。そのような慎重な確認は望ましいといえるが、P 医師は、B が急変のリスクを楽観的に受け止めているように感じたため、急変・状態悪化のリスクを重ねて説明した上で延命処置を希望しないことを慎重に確認したのであり、P 医師のこのような確認に慎重さに欠けるところがあったとか、義務違反があったとかと評価することはできない。

【コメント】²⁻⁵⁾

1. はじめに

わが国は平成 19 年に総人口の 21%以上が 65 歳以上である超高齢社会に突入し、その割合は令和 12 年には 30%に達するとされている。これに伴い、医療機関や施設で最期を迎える人の割合も増加し、平成 28 年度には 85%にまで達した。

こういった社会情勢を背景に、終末期を迎えた患者が尊厳を保ちながら死にゆく権利を守るため、DNAR(または DNR)という用語が 1990 年代に登場し、広く認知されるようになったものの、いまだ法律上の定義は存在せず、その実施についての公的なガイドラインも発表されていない。そもそも、DNAR が何を指すのか、その具体的内容についての社会的理解も未だ十分に得られているとは言えない状況にある。

DNAR とは判決文中にもあるとおり、Do Not Attempt Resuscitation の略であり、事前に予測さ

れた疾病の悪化による心停止時に CPR(心臓マッサージや人工呼吸などの心肺蘇生法をいう)を行わないことを意味する。したがって、有効な DNAR が存在したとしても、CPR 以外の医療・看護行為は通常どおり実施すべきことになる。しかし、平成 29 年に医師らに対し行われたアンケート調査では、DNAR の指示が出たときに、どのような医療行為を差し控えるかを複数回答可として尋ねた結果、昇圧剤や人工呼吸器の使用といった非蘇生行為もかなりの割合で終了、減量あるいは差し控えが考慮されているという実態が明らかになった。

また、そもそも CPR にはどこまでを含むのかという点や、DNAR 取得済みの患者が今まさに心停止をした場合に本当に CPR を行わないのかといった点については、臨床上、必ずしも統一的な扱いがされてはいないようである。医療者の側にもこのような考え方の違いがある現状をふまれば、医療関係者ではない患者あるいはその家族が DNAR について十分に理解しておらず、または DNAR を直近に起こり得る現実的な問題として十分検討をしていなかったなどの理由により、いざ患者の容態が悪くなった際に、医療・看護行為の実施を巡ってトラブルが生じることは十分あり得る。本件もそのようなケースの一つといえよう。

2. 本判決について

本判決は、誤嚥性肺炎で入院していた患者の妻および子らが、看護師らが呼吸停止後の蘇生措置を怠った等として医療機関を訴えた事案である。

本件患者は前回入院の際、心肺停止の際に延命治療を希望しないと答えていた。その約 4 ヶ月の今回の入院の際には、アルツハイマー型認知症の進行により患者自身は意思表示ができる状態にはなかったが、診察した医師はその妻に対し、前回入院と同様に肺炎が疑われること、抗生剤によって改善する可能性もあるが、治療しても悪化して命を落とすこともあると説明し、状態悪化時に挿管治療などの延命治療

を行うかを尋ねたところ、妻は、延命治療を行わず、自然な経過での看取りを希望したので、医師はこれをカルテに記載し、看護師らに DNAR の指示を出したと思われる。そして、実際にその翌日の夜、患者が呼吸停止の状態で見つされた際、医師や看護師はこの指示に従い、蘇生措置を行わなかったのである。DNAR の取得についてカルテに記載されており、これに基づいた医師の指示がある以上、蘇生措置を行わなかったことは当然であるから、裁判所の結論は妥当と言える。

なお、原告らが主張する「蘇生措置」の内容は「痰の吸引、酸素吸入、人工呼吸または人工呼吸器の使用、心臓マッサージ等」とされているが、前述のとおり、CPR 以外は DNAR の対象行為ではない。心停止の原因が痰による窒息である場合、蘇生には痰の吸引も必要にはなるが、必ずしも心肺蘇生目的とは言えない人工呼吸器の使用は対象行為なのかといった点には不明確性も残る。もっとも、患者本人およびその妻は蘇生措置以外に延命処置も拒否する意思を示していたというのであるから、その意思に基づいて痰の吸引、酸素吸入、人工呼吸または人工呼吸器の使用、心臓マッサージ等を行わなかった医療機関の行為に非はないとした裁判所の判断は、結論として是認されよう。

3. DNAR を巡る紛争を予防するために

DNAR を巡り紛争になるケースとしては、本件のように「有効な DNAR の意思表示は存在せず、蘇生措置を含む適切な医療行為を行うべきであったのに行われなかった」と主張されるものと、「有効な DNAR の意思表示が存在するのに、蘇生措置等が行われてしまった」と主張されるものがある、と考えられる。本件は前者に分類されるが、奇しくも後者のケースも同じ令和 5 年に判決が出されている(大阪地裁令和 5 年 12 月 8 日判決)⁶⁾。

前述したとおり、日本は超高齢化が進んでいるにもかかわらず、DNAR については未だ法整備がなされ

ておらず、その具体的内容についての社会的理解も不十分と言わざるを得ないことから、今後も DNAR にまつわる紛争は増加していく可能性が高いと考えられる。

では、このような紛争を予防するために医療機関として何ができるだろうか。患者の意思が確認できる場合には、まず①治療方針について患者と医療従事者が十分な話し合いを行い、患者が出した意思決定の内容を文書にまとめておくことが必要である。また、②その際前提となる終末期の判断は、医師単独ではなく、多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームとして行われるべきである。さらに、③患者本人が拒まない限り、決定内容を家族にも知らせておくことが望ましい(以上、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」参照)。

本件では、①患者およびその妻からの DNAR の意思表示についてカルテに記載されていたものの、独立の文書までは作成されていなかったようである。②については一応複数の医師が関与しているようであり、また今回の入院の主治医である P 医師は患者の妻 B が急変のリスクを楽観的に受け止めているように感じたため、急変・状態悪化のリスクを重ねて説明した上で延命処置を希望しないことを慎重に確認していた。③については、少なくとも子らには知らされていなかったようである。

本件では入院から急変までの日数が 2 日不足と短かったことからやむを得ない点もあるが、①および③について、より丁寧な対応を行い、急変時に具体的にどの医療行為を行わないという希望なのか、家族の到着を待たずに死亡確認をして良いか、といった看取りの対応および DNAR はいつでも撤回できること等についても書面にまとめ、家族にも共有されていれば、訴訟化を免れた可能性もあったように思われる。

【参考文献】

- 1) 判例秘書(L07851479)
- 2) [コラム：DNAR 指示等への対応について](#)
- 3) [終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン
\(平成 19 年 5 月 厚生労働省\)](#)
- 4) 日本集中治療医学会倫理委員会. [日集中医誌.
2017; 24: 227-243.](#)
- 5) 日本集中治療医学会倫理委員会. [日集中医誌.
2017; 24: 210-215.](#)
- 6) 大阪地裁令和 5 年 12 月 8 日判決(大阪地裁令和 4 年(ワ)第 845 号)

【メディカルオンラインの関連文献】

- ・ [集中治療とアドバンス・ケア・プランニング***](#)
- ・ [救急医療と家庭医療***](#)
- ・ [常駐医師不在の離島における終末期医療***](#)
- ・ [施設における終末期ケア***](#)
- ・ [永い旅の終わりに向きあう - 終末期医療にどう取り組むか - **](#)
- ・ [A study on families that experienced surrogate decision-making of DNAR \(Do Not Attempt Resuscitation\) for patients in the Department of Emergency and Critical Care Medicine. **](#)
- ・ [呼吸不全（呼吸困難）に対する終末期ケア**](#)
- ・ [独居・高齢世帯に対する終末期ケア**](#)

「*」は判例に対する各文献の関連度を示す。