

医事紛争のしおり

DNARとACP

岡山県医師会常任理事 合地 明

岡山県においても例に漏れず第5波による新型コロナウイルス感染緊急事態宣言下医療ひっ迫状態が発生。この中において、県医師会が松山会長を中心に普及活動を行っているACP (Advance Care Planning) の重要性を再認識し、かつ、DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) について考えさせられる症例を経験したので共有させていただきます。

症例は高血圧、慢性心不全等でかかりつけ医にかかっていた患者で自宅にて突然意識障害を起こし、同居の娘が救急搬送を要請、救急搬送された高次医療機関で中心静脈ルート確保、気管挿管を行った後の家族への説明でDNARの希望とのことでバルブバックを押しながら我々の病院に依頼により逆搬送されてきました。担当医は家族にDNARの再確認を行うまで人工呼吸器に接続せずバルブバックによる早期の指示を出していました。

ところでCPA患者に対して東京都消防庁では先年からDNAR宣告者に関してはかかりつけ医に確認の上、搬送中止を行っています。岡山県では検討中とのことです。

今回の事例では①高次医療機関での気管挿管後の逆搬送、②逆搬送後の人工呼吸器装着のタイミングの2点が問題と考えられた。

①に関しては、新型コロナウイルス感染者の急増でやむを得ない対応であったと理解し、平時であれば適切に対応していただけることを期待することとしました。

②に関しては、担当医にDNARといってもすでに挿管されており、それなりに心肺機能が確保されている点から直ちに人工呼吸器に接続を行うように指示しました。

臨床現場におけるDNAR (できないことをあえてしない) の解釈がまだまだ統一されていない状況にあり、心肺蘇生 (CPR) 以外の生命維持処置の実施に関する理解不足が見られています。

蘇生不要指示、DNAR指示は心肺停止の際にCPRを実施しない指示であり、それ以外の生命維持処置を拒むものではなく、DNR (できることもしないこと) でないことの再認識が必要である。

臨床倫理の立場から箕岡真子先生は著書「蘇生不要指示のゆくえ - 医療者のためのDNARの倫理」の中で、DNAR指示の元にCPR以外の抗菌剤投与、経管栄養・補液、利尿剤・抗不整脈薬投与などのさまざまな生命維持治療も制限されてしまい、実質的な延命の差し控え・中止すなわちDNR (Do Not Resuscitate) 指示の混同があることを指摘しています。

このようにCPR以外の生命維持治療 (昇圧剤、輸液、抗不整脈剤、栄養、抗菌剤など) に対する具体的な指示POLST (Physician Orders for Life Sustaining Treatment) の作成を奨めています。(POLSTに関しては日本臨床倫理学会HPで確認ください。)

さらに今後高齢者・認知症患者などが増えていく中、事前指示 (Advance Directives) 不明な患者の対応を多く経験することが予測されています。

このように本人が意思決定できない場合や事前指示がなく意思推定もできない場合、代理判断者の意向を尊重 (医療行為などに対する同意権の委譲ではないため) することが勧められている。家族内においても代理判断者についてよく検討しておく必要があります。ご存じの、いわゆる「カリフォルニアの娘」(遠くに在住し通常音信不通状態の家族) の存

在などで代理判断に混乱が生じる状況も問題となってくる。

このような背景において自己決定権の行使としての事前指示が重要となってくる。

岡山県医師会では、会長がゆく！「虹色サロン」でACPに関する普及活動を勧めていますが、無用な医事紛争に巻き込まれないように日頃かかりつけ医の患者様に将来、どのように過ごしたいか、終末期にどのようにしてもらいたいかを繰り返し問いかけ（人それぞれ状況によって判断が変わってくることもあるため）、記録をカルテにとどめておきたいものです。

医事紛争に直接関わることはありませんが、今回の事案を経験し、改めて患者様にはACPについてまた、医療者に対してはDNAR、POLSTについて正しく理解していくことの重要性を感じ、筆を執らせていただきました。

最後に岡山県医師会主催の日本医師会生涯教育共通講習の倫理部門でたびたびご講演いただいております箕岡真子先生の「臨床倫理入門」、共著の日本臨床倫理学科編「臨床倫理入門Ⅱ」を是非とも手に取り、ご一読いただきますことをお勧めします。



御津医師会：山中慶人