

I. 基本方針

人生の最終段階（終末期）を迎える患者がその人らしい最期を迎えることが出来るよう、その家族・同意代行者との話し合いのもと、患者本人の意思と権利を尊重した医療とケアの提供につとめます。

厚生労働省：「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」規範

II. 人生の最終段階（終末期）の考え方

1. 終末期の定義

- 1) 患者が適切な治療を受けても回復の見込みがなく、かつ、死期が間近と判断された状態の期間。

2. 終末期の判断

- 1) 不可逆的な全脳機能不全状態や、生命が新たに開始された人工的な装置に依存し、生命維持に必要な臓器の機能不全が不可逆的であり、移植などの代替手段もない場合など、主治医を中心に医療スタッフが「その時点で行われている治療に加えて更に行うべき治療法がなく、現在の治療を維持しても病気の回復が期待できず、死期が間近である」と判断が一致すること。
- 2) 回復不能の判断や、患者や家族・同意代行者の意思が揺らぐなど、終末期の判断に困難性がある場合は、病院管理者を含む検討会に委ねる。

III. 延命措置への対応

1. 終末期と判断した後の対応

- 1) 主治医は患者および家族等に対して患者の状態が終末期であり、病状が予後不良であり治療を受けても救命の見込みが全くない状態であることを説明し、理解を得る。
- 2) リビング・ウィルなど患者本人の事前指示の有無を確認する。
- 3) 患者の意思を代弁または推測しうる者（同意代行者）の有無を確認する。
- 4) 家族や同意代行者の意思を確認する。

2. 本人又は家族や同意代行者が、積極的な対応を希望した場合

- 1) 本人の意思（リビング・ウィル）を尊重する。
- 2) 改めて家族・同意代行者に「患者の状態が極めて重篤で、現時点での医療水準にて行い得る最良の治療を持ってしても救命が不可能である」旨を正確で平易な言葉で説明し、その後家族・同意代行者の意思を再確認する。

- 3) 引き続き積極的な対応を希望した場合は、その意思に従う。ただし、死期を早めると判断される対応は行うべきではない。
3. 本人又は家族や同意代行者が、延命措置を希望しない場合
 - 1) 本人の意思（リビング・ウィル）が存在する場合はそれに従う。
 - 2) 本人の意思が不明であり、家族や同意代行者が本人の意思や希望を推測し延命措置を希望しない場合は、家族らの容認する範囲内で延命措置を実施しない。

IV. 終末期の判断や延命措置への対応に当たり考慮すべき事

1. 終末期の過程においては、患者本人は勿論、家族・同意代行者に対しても精神的、社会的な支援を行う。
2. 意思決定や、医療処置（蘇生処置を含む）に関する事項は、全て診療録に記載する。
3. 人生の最終段階における具体的な医療・ケアの方針決定支援
 - 3-1 本人の意思が確認できる場合
 - 1) 本人による意思決定を基本とし、家族も関与しながら、厚生労働省の「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおけるガイドライン」を参考に、医療・ケアチームが協力し、医療・ケアの方針を決定する。
 - 2) 時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更、患者や家族を取り巻く環境の変化等により、意思は変化することがある。医療・ケアチームは、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることが出来るように支援する。本人が自ら意思を伝える事が出来なくなった時の対応について、予め家族等を含め話し合いを行う。
 - 3-2 本人の意思が確認できない場合
 - 1) 家族等が本人の意思を推定できる場合は、その推定意思を尊重し、本人にとって最善である医療・ケアの方針を医療・ケアチームとともに検討し決定する。
 - 2) 家族等が本人の意思を推定出来ない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、家族等と医療・ケアチームにより十分に話し合い決定する。
 - 3) 家族等がいない場合、または、家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合は、本人にとっての最善である医療・ケア方針を医療・ケアチームが慎重に検討し決定する。
 - 4) これらの決定が困難な場合、当院の医療・ケアチームで審議し方針を決定する。
4. 認知症等で意思決定が困難な場合の意思決定支援
 - 4-1 障害者や認知症等で、自らが意思決定をすることが困難な場合は、厚生労働省の作成した「認知症の人生の日常生活・社会生活における意思決定ガイドライン」を参考に出来る限り本人の意思を尊重し反映をしながら、意思決定を支援する。家族及び関係者と医療・ケアチームやソーシャルワーカー等が関与して、その意思決定を支援する。
5. 身寄りがない場合の意思決定
 - 5-1 身寄りがない場合における、医療・ケアチームの方針についての決定プロセスは、本人の判断能力の程度や入院費用の資力の有無、信頼できる関係者の有無等により状況が異なる。介護・福祉サービスや行政の関わり等を利用して、本人の意思を尊重し、厚生労働省の「身寄りがない人の入院及び医療に係る、意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」を参考に、その意思決定を支援する。

V. 医療・ケアチームの体制

人生の最終段階における過程では、一人ひとりの死生観により死の受け入れ方が異なる事を踏まえ、患者自身と家族・同意代行者の思いが錯綜し変化していくものであることを前提に、支援体制を整える。

<医療・ケアチーム>

医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・リハビリ・福祉系職員・介護職員など

1. 主治医により以下の説明を行い、それに基づいて医療・ケアチームが患者家族または同意代行者と話し合い、患者の意思を汲んだ決定がなされる体制とする。
 - 1) 予測される事態の説明。
 - 2) 患者の意思を尊重した選択肢の提供。(治療、処置、食事、場所など)
 - 3) 患者の意思を確認あるいは推測できる者の選択。(家族または同意代行者)
 - 4) 医療処置(蘇生処置を含む)の選択。
 - 5) 医療・ケアチームの構成：医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・リハビリ・福祉系職員・介護職員等の多職種チームで関わる。
 - 6) 意思決定事項や検討過程を記録し、患者・家族または同意代行者に公開にできるようにする。
2. 心肺停止時に心肺蘇生法を実施しないこと(DNAR)の説明を行い、合意の得られた場合を対象とする。

※心肺蘇生法を実施しない事の判断は以下の3点に基づく。

 - 1) 最善の治療にも関わらず病状の進行又は老衰によって死が差し迫った状態である事。
 - 2) 心肺停止した場合、仮に心肺蘇生法を行っても短時間で死を迎えると推測される事。
 - 3) 患者及び家族または同意代行者により、心肺蘇生法は不要との意向が示出されている事。
3. 看取りの場として、自宅、居宅など病院以外の場所を希望するかを確認し、希望する場合は適切に対処する。
4. 患者や家族または同意代行者と医療・ケアチームとの合意を確認しながら進め、医師による医学的所見、看護師によるケアとリスクについて具体的な説明を行い、その過程を診療録に記録する。
5. 医療・ケアチームでの対応が困難な場合について
 - 1) 臨床倫理コンサルテーションチームの介入を依頼する。
 - 2) 必要に応じ病院倫理委員会での検討を行う。
6. 医師の説明事項の例
 - 1) 治療により病状の回復が見込めず、近い将来死を迎える状態である事。
 - 2) 侵襲的処置は、本人の苦痛を強めるが利益が極めて低い事。
 - 3) 積極的な延命治療(心肺蘇生・気管内挿管など)を控えた場合にも、苦痛や症状緩和に最大限に努める事。
 - 4) 浮腫を助長しない程度の量の輸液は、症状を緩和するために行う可能性がある事。

- 5) 医療・ケアチームで支援する事。
- 6) 対応する職員は、患者の尊厳を尊重する事。
- 7) 精神的な安定のため、家族、同意代行者に協力を求める事。
- 8) いかなる時点においても、患者、家族、同意代行者が延命処置あるいは積極的治療を希望する場合は、それに従う事。
- 9) 自宅や居宅での見取りを希望する場合には、訪問看護ステーションなどの利用が可能である事。

VI. DNAR の考え方について

DNAR (do not attempt resuscitation) とは癌の末期、老衰など、救命の可能性がない場合に、患者や家族、同意代行者の意思決定を受け心肺蘇生法 (CPR) を行わないことを言う。DNR は尊厳死の概念に通じるものであるが、そのとらえ方は医療者により異なっており、DNAR 指示が出ていると CPR 以外の治療にも消極的になり、生命維持治療が制限されてしまう場合もある。CPR 以外の医療処置については、DNAR 指示とは別に十分に検討し判断する必要がある。

この指針は、2023 年 5 月 1 日より適用する

朝倉医師会病院 執行部会