

人生の最終段階における医療・ケアの意思決定プロセスに関する指針

I. はじめに

従来から医療現場での重要な課題として、人生最終段階における治療の開始・不開始及び中止などの医療のあり方をどうするかという問題があった。医療を行う上では、患者本人の意思が一番重要であり、人生の最終段階を迎える患者が、その人らしい最後を迎えられるよう、患者の意思を尊重し、尊厳を守ることができるように努めなければならない。

当院は、救急で来る患者・終末期を迎える患者を受け入れている病院であることを踏まえ、もしもの際に患者本人が望む医療について前もって考え、家族等や医療・ケアチームとの繰り返しの話し合いを深め共有できることが重要だと考える。

「人生の最終段階」とは

治療による回復の見込みのない傷病に冒され、死を間近にした末期の状態で、以下の3つの条件が満たされる場合を言う

1) 終末期

- ① 複数の医師が客観的な情報を基に、治療により病気の回復が期待できないと判断が一致した場合
- ② 患者（意識や判断力を失った場合を除く）、家族等、医療・ケアチームが終末期であることに納得した場合
- ③ 患者、家族等、医療・ケアチームが死を予測し対応の検討を開始した場合

2) 救急・集中治療における終末期

集中治療室などで治療されている急性の重症患者に対しては、適切な治療を尽くしても救命の見込みがないと判断される「救急・集中治療における終末期」に関して、主治医を含む複数の医師と看護師等の多職種からなる医療・ケアチームが、慎重かつ客観的に判断を行い、以下のいずれかに相当すると判断した結果を適応とすることも可能。

- ① 不可逆的な全脳機能不全（脳死診断後や脳血流停止の確認後などを含む）であると十分な時間をかけて診断された場合
- ② 生命が人工的な装置に依存し、生命維持に必須な複数の臓器が不可逆的機能不全となり、移植などの代替手段もない場合
- ③ その時点で行われている治療に加えて、さらに行うべき治療法がなく、現状の治療を継続しても近いうちに死亡することが予測される場合
- ④ 回復不可能な疾病の末期、例えば悪性腫瘍の末期であることが積極的治療の開始後に判明した場合

II. 基本方針・医療・ケアの在り方

人生の最終段階を迎える患者がその人らしい最期を迎えられるよう、患者とその家族等に対して、適切な説明と話し合いを行い、患者本人の自己決定を尊重した医療を行うことを第一義（最も大切な根本的な意義、または価値）とすることに努める。

1. 医師などを含めた多職種で構成される医療・ケアチームから、患者・家族等に対し適切な情報提供と説明がなされ、それに基づいて十分な話し合いを行い、患者本人による意思決定を尊重し、医療・ケアの提供に努める。
2. 本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いを繰り返し行うようにする。
3. 本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できるものも含めて、本人との話し合いが繰り返し行うようにする。この話し合いに先立ち、本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておく。
4. 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断する。
5. 延命処置の不開始や中止などに関する患者や家族等の意向はいつでも変更できるが、状況により後戻りできない場合があることも十分に説明する
6. 患者がいかなる選択をしても、疼痛やその他の不快な症状は可能な限り緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行う。
7. 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。
8. 患者・家族等に対し行った説明や意思決定内容については、その都度記録を残す

III. 人生の最終段階における意思決定支援 体制

1. 支援体制

- (1) 医療・ケアチーム: 主治医・受け持ち看護師・病棟薬剤師・病棟担当栄養士・担当リハビリ (PT・OT・ST) などにより構成される
- (2) 医療倫理委員会: 医療・ケアチームで解決できない医療倫理的な問題を含むと考えられる医療行為に関しては、医療倫理委員会が申請を受け、必要な検討や助言・十分な審議を行う。

VI. 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

人生の最終段階であると判断した場合、患者・家族等に説明し、患者が終末期の状態にあることについて理解と納得を得る。その際、患者は意思を明確に示せる状態であるかどうか、チームで判断する

1. 患者の意思決定する能力の評価

- ①情報理解: 意思決定に必要な情報を理解すること
 - ②記憶保持: 意思決定に必要な情報を記憶として保持すること
 - ③比較検討: 意思決定に必要な情報を選択肢の中で比べて考えることができること
 - ④意思の表現: 自分の意思決定を口頭又は手話その他の手段を用いて表現すること
- 上記 4 項目を参考に評価する

2. 意思決定の支援

(1)本人の意思の確認ができる場合

- ①方針の決定は、本人の状態に応じた専門的な医学的検討を経て、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされることが必要である。そのうえで、本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた本人による意思決定を基本に方針の決定を行う。
- ②時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化しうるものであることから、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明がなされ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援を行う。この際、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等も含めて話し合いが繰り返し行われるよう努める。
- ③このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

(2)本人の意思の確認ができない場合

本人の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ①家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。事前指示書(ACPなど)の確認
- ②家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。
- ③家族等がない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ④このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

(3)複数の専門家からなる話し合いの場の設置

上記(1)及び(2)の場合において、方針の決定に際し、

- ・医療・ケアチームの中で心身の状態等により医療・ケアの内容の決定が困難な場合
- ・本人と医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
- ・家族等の中で意見がまとまらない場合や、医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合

等については、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し(医療倫理委員会など)、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

(4)-①認知症等で自らが意思決定をすることが困難な患者の意思決定支援

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、出来る限り患者本人の意思を尊重し反映した意思決定を、家族および関係者、医療・ケアチームやソーシャルワーカー等が関与して支援する

(4)-②身寄りが無い患者の意思決定支援

身寄りが無い患者における医療・ケア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等の資力の有無、信頼できる者の有無等により状況が異なるため、介護・福祉サービスや行政の関わり等を利用して、患者本人の意思を尊重しつつ厚生労働省の「身寄りの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、その決定を支援する

V. 人生の最終段階における 意思決定支援の記録

人生の最終段階における意思決定支援に関する記録は、「ACP」タブを用いて記載する

VI. 用語の定義

1. 「医療・ケアチーム」とは

主治医を含む複数の医師（複数診療科であることが望ましい）と看護師等を含む多職種からなる。医療チームでは、それぞれの役割を尊重し、患者の視点で意見交換を行い、治療方針を共有する

2. 「家族等」とは

単に患者と生計を同じくする者のみではなく、本人が信頼を寄せ、人生の最終段階の本人を支える存在。本人の意思を推定し代弁する者。

法的な意味での親族関係のみを意味せず、より広い範囲の人（親しい友人等）を含み、複数人存在することも考えられる。患者の信頼や日常生活における距離感（同居）等に基づいて判断することもあり得る

※当院においては診療情報管理委員会「診療における説明と同意（インフォームドコンセント）に関する規定 第六条 2」を参照とする

3. 「ACP(Advance Care Planning)」とは

将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、本人を主体に、その家族等、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援する取り組み。医療関係者より適切な情報提供と説明がなされた上で、本人を主体にその家族等及び医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、本人の意思を共有しておくことが重要

VII. 参考文献

1. 終末期医療に関するガイドライン 2016年 全日本病院協会
2. 救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3 学会からの提言～ 2014年
日本救急医学会、日本集中治療医学会、日本循環器学会
3. 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 2018年厚生労働省
4. 人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドライン 2021年 日本医師会
5. 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン 2018年 厚生労働省
6. 身寄りがい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
2018年 厚生労働省

横浜旭中央総合病院 医療倫理委員会

2024年9月30日作成