

小林市立病院における適切な意思決定支援に関する指針

1. はじめに

人生の最終段階における治療の開始及び中止等の医療のあり方の問題は、従来から医療の現場で重要な課題となっている。厚生労働省は、人生の最終段階における医療のあり方について「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定したが、その後近年の高齢多死社会に伴う在宅や施設における療養や看取りの需要の増大、地域包括ケアシステムの構築、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の概念を盛り込み、医療・介護の現場における普及を図る目的で2018年「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に改訂した。また、最期まで本人の生き方（＝人生）を尊重し、医療・ケアの提供が重要であることから、「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」へ名称の変更が行われた。このような社会の流れを考慮し、当院における意思決定支援に関する指針として策定する。

2. 基本方針

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」に基づき人生の最終段階（終末期）を迎えた患者・家族等と、医師をはじめとする多職種医療チームが、最善の医療・ケアを作りあげるため、患者・家族等に対し適切な説明と話し合いを行い、患者本人の意思決定を尊重し、医療・ケアを進める。

3. 人生の最終段階（終末期）の考え方

1) 人生の最終段階（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、死期が間近と予測された状態の期間とする。

※期間とは、老衰を含め回復が期待されないと予測する生存期間である。

2) 人生の最終段階（終末期）の判断

- （1）主治医と主治医以外の医師が「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望まれない」と判断が一致すること。
- （2）患者・家族等、医師・看護師等の多職種医療チームが患者の死を予測して対応を考えること。
- （3）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代替手段もない場合。
- （4）積極的な治療の開始後に、悪性疾患や回復が困難な疾患の末期であることが判明した場合の人生の最終段階（終末期）の判断は、主治医と主治医以外の複数の医師により客観的に判断すること。

4. 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

- 1) 医師等の医療従事者から本人へ適切な情報提供と説明がなされ、本人が多職種医療チームと十分に話し合い、本人の意思決定を基本としたうえで人生の最終段階における医療・ケアを進めることが、最も重要な原則である。

また、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多職種医療チームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。

さらに、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者も含めて本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。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ことも重要である。

- 2) 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、多職種医療チームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断する。
- 3) 多職種医療チームにより可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、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・ケアを行うことが必要である。
- 4) 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本指針では対象としない。

5. 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続き

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定は次によるものとする。

1) 本人の意思が確認できる場合

- (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、本人と多職種医療チームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえ、本人による意思決定を基本とし方針の決定を行う。

- (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、多職種医療チームから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が行われることが必要である。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、家族等も含めて繰り返し話し合いを行う。

- (3) このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度診療記録または看護記録に残す。

2) 本人の意思が確認できない場合

本人の意思が確認できない場合には、次のような手順で多職種医療チームの中で慎重な判断を行う。

- (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。
- (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) 家族等がいない場合及び家族等が判断を多職種医療チームに委ねる場合には、本人にとって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、その都度診療記録または看護記録に残す。

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)において方針の決定に際し以下に示す場合は、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、多職種医療チーム以外の者を加えて方針等について検討及び助言を行う。

- (1) 多職種医療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。
- (2) 本人と多職種医療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えられない場合。
- (3) 家族等の中で意見がまとまらない場合や多職種医療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。

6. 多職種医療チームの体制

人生の最終段階における過程では、個々の死生観により死の受け入れ方が異なる。また、患者自身や看取る家族等の意思は、状況により変化し続けることを念頭に置き支援体制を整える。

1) 主治医が以下の説明を行い、それに基づき患者や家族等が多職種医療チームと話し合い、患者の意思を汲んだ決定がなされる体制とする。

- (1) 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こと。
- (2) 侵襲的処置は本人の苦痛を高めるが、利益が極めて低いこと。
- (3) 積極的な延命治療(心肺蘇生、気管内挿管)は控えるが、苦痛や症状緩和に最大限努めること。
- (4) 多職種医療チームで尊厳を尊重し、支援し続けること。
- (5) 精神的な安定のために、家族等にも協力を求めること。
- (6) 患者・家族等が延命処置あるいは積極的治療を望む場合は、それらの意思に従うこと。

2) 心肺蘇生法を実施しないこと(DNAR)の説明に、合意が得られた場合を対象とする。

※ 心肺蘇生を実施しないことの判断は以下の3点を含む。

- (1) 最善の治療に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こと。
- (2) 心肺停止した場合、仮に心肺蘇生をしても短期間で死を迎えると推測される状態であること。
- (3) 患者及び家族等が、心肺蘇生法を希望しないという意向が示されていること。

3) 看取りの場として、自宅や居宅施設などの病院以外の場所を希望するかを確認し、希望する場合は多職種医療チームで適切に対処する。

7. 職員教育

- (1) 当院の人生の最終段階における医療・ケアの指針、内容の理解。
- (2) 死生観、倫理、看取りの教育。
- (3) アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の教育。
- (4) エンド・オブ・ライフ・ケア(EOL)の教育。

注1) 多職種医療チームは原則として、主治医、主治医以外の1名以上の医師、看護師、社会福祉士、リハビリテーションセラピスト、退院支援看護師など多職種の医療従事者から構成される。

注2) 家族等とは、法的な意味だけでの親族でなく、患者が信頼を寄せている人も含む。なお、終末期を想定して患者にあらかじめ代理人を指定してもらっておくことが望ましい。

2020年7月9日：小林市立病院緩和ケアチーム起案