

人生の最終段階における医療・ケアの指針

I. 基本方針

人生の最終段階(終末期)を迎える患者とその家族が、医療・ケアチームとの話し合いのもと、患者の意思と権利が尊重され、心安らかな終末期医療を迎えられるよう努力していきます。

指針に当たり、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」を規範とし策定する。

対象は、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に入院した患者とする。

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、死期が間近と判定された状態の期間。

*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をいう。

2. 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、病気の回復が期待できない」と判断が一致すること。

2) 患者が意識や判断力を失った場合を除き、患者・家族・医師・看護師等の医療・ケア関係者が納得できる事。

3) 患者・家族・医師・看護師等の医療・ケア関係者が患者の死を予測して対応を考えること。

4) 不可逆的な全脳機能不全状態。

5) 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。

6) 悪性疾患や回復不能な疾患の末期であることが、積極的な治療の開始後に判明した場合の終末期の判断は、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。

III. 延命措置への対応

1. 終末期と判断した後の対応

1) 主治医は患者や家族・同意代行者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・ウイルなど有効な事前指示の有無を確認する。

3) 患者の意思を代弁又は、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・ウイル)を確認し、それを尊重する。

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、その後に家族・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。

死期を早めると判断される対応は行うべきでなく、現在の措置を維持する。

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)が存在し、家族や同意代行者が同意している場合はそれに従う。

2) 本人の意思が不明の場合は、家族や同意代行者が本人の意思や希望を忖度し、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. 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、病院管理者からなる検討会に委ねる。

2. 終末期の過程においては、患者本人は勿論、家族または同意代行者についても精神的、社会的な支援を行う。

3. 意思決定や、医療処置(蘇生処置を含む)に関する事は、全て診療録に記載し適切に対応する。

V. 医療・ケアチームの方針決定

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定は以下によるものとする。

1. 患者の意思が確認できる場合。

1) 患者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を行う。その上で本人と多職種で構成で結成される、医療・ケアチームが本人の意思決定を基本とした、医療・ケアチームの方針を決定する。

2) 時間の経過、心身の状態変化、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事を考慮し、患者との十分な話し合いを行い意思決定の支援をする。

3) 患者の同意があれば、家族または同意代行者に決定事項を伝え、家族または同意代行者への支援も行う。

2. 患者の意思が確認できない場合。

患者の意思確認が出来ない場合には、以下の手順で医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う。

1) 家族、同意代行者が患者の意思を確認していた場合や推定できる場合には、その意思を尊重し、患者にとって最善の方針をとる。

2) 患者の意思が確認出来ない場合には、家族または同意代行者と十分に話し合い、患者にとって最善の方針をとる。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、検討の過程を繰り返す。

治療方針に際し、家族または同意代行者、医療・ケアチームが判断困難な場合は、病院管理者からなる検討会で、治療方針等について検討又は助言を得る。

VI. 医療・ケアチームの体制

1. 主治医により以下の説明を行い、それに基づいて患者や家族または同意代行者が医療・ケアチームと話し合いを行い、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) 患者の意思を確認できる者の確認をする。(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、決定。

5) 医療・ケアチームによる関わり。

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できるようにする。

2. 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点を含む。

- 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、仮に心肺蘇生をしても短期間で死を迎える推測される状態である事。
- 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意向が出されている事。

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、医師による医学的見解、看護師によるケアとリスクについて具体的な説明を行う。その過程は記録する。

5. 医師の説明

- 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、本人の苦痛を高めるが、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)を控えるが、苦痛や症状緩和に最大限努める事。
- 4) 浮腫を助長しない位の少量の輸液は、症状を緩和する可能性がある事。
- 5) 医療・ケアチームで支援をする事。
- 6) 対応する職員は、患者の尊厳を尊重し関わること。
- 7) 精神的な安定のために、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。その際には、自宅や居宅での看取りの可能性についても説明をする。
- 9) 上記説明を受けた患者又は家族、同意代行者は、看取りの場所を選択する。

当院での看取りを希望した場合は、同意書(様式1)に署名する。

自宅等を希望した場合は、訪問看護ステーションの利用など可能な限り希望に添う様に調整する。

VII. 医療・ケアチーム

医師、看護師、その他医師が必要と判断した者とする。

VIII. 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、倫理教育
3. 夜間・急変時の対応

IX. 診療録記載にあたっては、以下の事項を含める。

1. 医学的な観点から
 - 1) 医学的な終末期であることを記載する。
 - 2) 上記を家族・同意代行者に説明する。
 - 3) 説明を受けた者の理解。納得の状況を観察し記載する。
2. 意思確認の観点から
 - 1) 患者本人の意思を確認する。本人の意思、またはリビングウイルの有無を記載する。
 - ・ 持参のリビング・ウイルは原本をコピーさせて頂く。(常に最新の意思を確認する。)
 - ・ 当院のリビング・ウイルを活用する事も出来る。
 - 2) 患者が意思を表明出来ない場合、家族または同意代行者による本人の推定意思を記載する。

3) 家族または同意代行者の意思を記載する。

3. 延命措置の中止の観点から

1) 選択肢の可能性とそれらの意義について検討していること。

2) 患者にとって、最善の治療方針について検討事項を記載する。(法律・社会規範含む)

3) 医療・ケアメンバーを記載する。

4. 状況の変化への対応

1) 状況の変化や対応の変更を記載する。

5. 治療プロセス

1) 経過と結果を記載する。

6. 上記1~5を踏まえた、カンファレンス用紙(様式2)を作成する。

X. 心肺蘇生法を実施しないことについて

1. 癌の末期、老衰、救命の可能性がない場合、患者や家族、同意代行者の意思決定を受け心肺蘇生法を行わないこと(DNAR指示)を言う。DNAR: do not attempt resuscitation

DNRとは尊厳死の概念に相通じるもので、癌末期、老衰、救命の可能性が無い患者などで、本人又は家族の希望で心肺蘇生法(CPR)を行わない事と定義されているが、患者の医療拒否権について明確な社会合意が形成されたとは言い難く、現在は蘇生に成功することがそう多くない中で蘇生の為の処置を試みない用語としてDNARが使用されている。

注：家庭裁判所の審査を受けていない「成年後見人」には、患者の意思決定を委ねない。

2. DNAR指示を出すために必要な条件

1) DNARの指示を出すことが出来る医学的基準(以下の2点)を患者が満たしていると、主治医と主治医以外の医師の判断が一致している事。(当直など医師1名体制の場合を除く)

2) 心肺蘇生法を実施しない3条件を満たしていること。

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、仮に心肺蘇生をしても短時間で死を迎える推測される状態である事。

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意向が出されている事。

3. 他院より終末期医療と判断され、DNARの合意が得られている場合は、主治医により意思の再確認を行い、それに従う。

2020年9月28日施行

医療法人研医会 田辺中央病院