

意思決定支援の基準

人生の最終段階を迎えた患者及び家族に対して、どこまで診療行為を行うかは医師をはじめとする医療従事者にとって重大な問題であり、基本は患者、家族の意思が尊重されるべきである。しかし専門的知識のない患者・家族に対しどのような説明を行うかは医師の裁量に依存していたのが現状であった。その結果医療者 - 患者間や医療者間にさまざまな葛藤が生じる場合もあり、時に紛争に発展することも見受けられた。今回、チームとして最善の医療とケアを作り上げるプロセスを示すために、このガイドラインを策定する。

なお本ガイドラインにおいては DNAR（Do Not Attempt Resuscitation：心肺停止時に心肺蘇生を実施しないこと）の指示のあり方をはじめ終末期の医療行為について言及しているが、大切なことは

- 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、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療を進めることが最も重要な原則である。
- 人生の最終段階における医療における医療行為の開始・不開始、医療行為の内容の変更、医療行為の中止等は多専門職種の医療従事者から構成される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べきである。
- 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、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行うことが必要である。
- 生命を短縮させる意図をもつ医療行為は、本ガイドラインでは対象としない。

本ガイドラインは医療チームが患者・家族と話し合いを行う上での指針であり、個別の医療行為内容に関しては、本ガイドラインで示す手順を踏んだ上での医療チームの判断が尊重される。

なお、医療行為に伴う予期せぬ急変については、可能な限り救命を行うものとする。

1. 終末期の定義、対象患者について

(1) 定義：終末期とは、回復の見込みのない疾患に侵され、死を間近に迎えた末期の患者の状態である。次の4つのいずれかである。

- ① 不可逆的な全脳機能不全と判断された病態である。
- ② 生命維持が人工的な装置に依存し必須臓器の機能不全が不可逆である場合やこれらの継続が困難な場合又は移植が困難な病態である。
- 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数日以内に死亡することが予測される病態である。
- ④ 悪性疾患や回復不可能な末期の病態である。脳卒中の終末期、呼吸不全終末期、心不全、その他の臓器不全の終末期、高齢者に多く見られる疾患による不可逆的、進行性の病態が含まれる。

(2) 対象患者：定義にあてはまる患者（1-（1））

2. 決定方法について

終末期における治療の開始・変更・中止等、特に中止に関しては、その行為が患者の死亡に結びつく場合がある。したがって医師は終末期医療の方針を決定する際に、特に慎重でなければならない。DNARの方針決定に際しての基本的な手続きは、以下のことが挙げられる。

(1) 終末期の判断：

入院時や入院経過中に、担当医（※担当医は以下、（患者の診療に関わる医療チーム）とする）を含む、医師2名以上と他の医療スタッフが積極的な治療の適応が無いと判断する。

(2) 患者・家族への説明：

担当医は患者・家族へ病状や今後の治療方針（DNAR）について説明をおこない、患者・家族の意思を確認する。

①患者の意思が確認できる場合

- 患者が意思決定能力を有している場合や、本人の意思表示書（living will）がある場合、それを尊重することを原則とする。この場合、医療チームは患者の意思決定能力を慎重に評価する必要がある。家族らに異論のないことを原則とする。異論がある場合は、家族らの意思に配慮しつつ、同意が得られるよう適切な支援を行う。

②患者の意思が確認できない場合

- 意思表示書（living will）があれば、家族らにそれがなお有効なことを確認し、医療チームが判断する。
- 意思表示書（living will）があるが、家族がそれに同意していない、家族と連絡がとれない、家族らが判断を示さない、家族内で意見がまとまらない等の場合には、医療チームで判断し、家族の了承を得ることとする。
- 意思表示書（living will）がない場合、担当医は家族とDNARについての合意形成を行う必要がある。家族らが、患者の意思を推定できるのであれば、その推定意思を尊重する。家族らが、患者の意思を推定できない場合には、担当医は患者にとって何が最善であるかについて、家族らと十分に話し合い、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- 家族らが判断を医療チームに委ねる場合、および本人の意思が不明で、身元不詳などの理由により、家族らと接触できない場合には、医療チームが患者にとっての最善の対応となるよう判断する。

上記①または②いずれの場合も患者側と医療チーム側との話し合いの中で、あるいは医療チーム内で、妥当で適切な医療内容の合意が得られない場合は、倫理委員会の下部組織である臨床倫理検討小委員会にて治療方針について、検討助言を行う。

(3) DNAR 合意文書の作成：

患者側と合意形成後に、合意内容を文書化、すなわち DNAR 意思確認書（別紙）を作成する。
DNAR 意思確認書（別紙）はスキャナーで電子カルテに取り込み、掲示板欄“患者治療方針”欄に DNAR であることを、主治医が提示する。（1 回の入院につき、1 回）家族と連絡がとれない、家族が判断できない場合は医療チームによって判断し、判断にいたるまでの経緯をカルテに記載した上で、掲示板欄“患者治療方針”欄に DNAR 意思確認書があることを提示する。
合意文書は退院と同時に失効するが、外来診療においてもその内容を継続する場合はその旨を掲示板に記載する事。救急で来院の場合はその際の担当医が救急用の意思確認書を取得する事。また、その後主治医が決定次第必要であれば速やかに DNAR 意思確認書一般用を取得すること。

(4) 合意文書の再評価：

治療の継続・苦痛の緩和を行うとともに、定期的に患者と話し合い、合意内容の再評価を念頭においておく。患者の状態が変化した場合は、DNAR の妥当性を再度検討し、患者側へ説明し意思を再確認する。またその経緯をカルテに記載する。