

人生の最終段階における医療・ケアに関する指針

地域医療機能推進機構 うつのみや病院

I. 本指針の目的

本指針は、「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」(厚生労働省、平成30年3月改定)を踏まえ、患者の人生の最終段階における医療のあり方について、JCHO うつのみや病院での基本的な指針を示すものである。

II. 定義

1. 人生の最終段階の定義

回復の見込みのない疾患のため、死が避けられない末期の患者の状態をいう。

- (1) がんの末期のように、予後が数日から長くとも2～3ヶ月と予測が出来る場合
- (2) 慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合
- (3) 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場合
- (4) 不可逆的な全脳機能不全状態である場合
- (5) 脳血管疾患の後遺症や老衰など数ヶ月から数年にかけ死を迎える場合

なお、どのような状態が人生の最終段階かは、患者の状態を踏まえて、主治医を中心とし、多職種で構成される医療・ケアチームによって検討し、判断するものとする。

2. 医療・ケアチーム

原則として、主治医以外の1名以上の医師、看護師、薬剤師などの多職種の医療従事者から構成する。

3. 延命処置

患者ないし代理人への informed consent と社会的な患者の医療拒否権の保障を前提とし、DNAR(Do Not Attempt Resuscitation)と CPR(Cardio Pulmonary Resuscitation)の確認を行い、本人の意思ないし代理人の意思決定を確認し、それを尊重する。

- 1) 本人以外の場合「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。
- 2) 引き続き積極的な対応を希望する場合は、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、現在の措置を継続する。

4. 家族等の範囲

法的な意味での親族関係のみを意味するものではなく、より広い範囲の人(親しい友人等)を含む。

III. 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適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける。本人が医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による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でき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、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。
3. 医療・ケアチームにより、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。
4. 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本指針の対象とはしない。

IV. 人生の最終段階における医療・ケアの方針決定手続

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を行う。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とし、医療・ケアチームとして方針の決定を行う。
- (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、本人の意思は、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。また、このとき、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を繰り返し行うものとする。
- (3) このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、診療録に記入しておくものとする。

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。

- (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。
- (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。また、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。
- (4) このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、電子カルテにまとめておくものとする。

1 認知症の人への対応

- 1) 本人が意思を形成することの支援(意思形成支援)

まずは、以下の点を確認する。

- ・本人が意思を形成するのに必要な情報が説明されているか。

- ・本人が理解できるよう、分かりやすい言葉や文字にして、ゆっくりと説明されているか。
 - ・本人が理解している事実認識に誤りがないか。
 - ・本人が自発的に意思を形成するに障害となる環境等はないか。
- 2) 認知症の人は説明された内容を忘れてしまうこともあり、その都度、丁寧に説明することが必要である。
- ・本人が何を望むかを、開かれた質問で聞くことが重要である。
 - ・選択肢を示す場合には、可能な限り複数の選択肢を示し、比較のポイントや重要なポイントが何かをわかりやすく示したり、話して説明するだけではなく、文字にして確認できるようにしたり、図や表を使って示すことが有効な場合がある。
 - ・本人が理解しているという反応をしても、実際は理解できていない場合もあるため、本人の様子を見ながらよく確認することが必要である。
- 3) 家族等も本人の意思決定支援者であること
- ・同居しているかどうかを問わず、本人の意思決定支援をする上で、本人を良く知る家族は本人を理解するために欠かすことはできない。したがって、本人をよく知る家族等が意思決定支援チームの一員となっていただくことが望ましい。
 - ・家族等も、本人が自発的に意思を形成・表明できるように接し、その意思を尊重する姿勢を持つことが重要である。
 - ・一方で、家族等は、本人の意思に向き合いながら、どうしたらよいか悩む等、場合により、その本人の意思と家族等の意思が対立する場合もある。こうした場合、意思決定支援者、(この場合は、主として専門職種や行政職員等)は、その家族等としての悩みや対立の理由・原因を確認した上で、提供可能な社会資源等について調査検討し、そのような資源を提供しても、本人の意思を尊重することができないかを検討する。
- 4) 家族等への支援
- ・本人と意見が分かれたり、本人が過去に表明した見解について家族等が異なって記憶していたり、社会資源等を受け入れる必要性の判断について見解が異なることがあるが、意思決定支援者(主として専門職種や行政職員等)は、家族等に対して、本人の意思決定を支援するのに必要な情報を丁寧に説明したり、家族等が不安を抱かないように支援をすることが必要である。

2 身寄りのない人への対応

身元保証人等がいないことでの受診・入院拒否はない(医療法第19条第1項)

1) 緊急時の連絡に関すること

- ・家族等、友人、知人がいれば依頼する
 - ・いないときは、その内容をカルテに記録する
- その上で、包括・基幹・生活保護などへ相談。対応困難時は当院医療福祉相談者に連絡・相談する
- ※成年後見制度利用の要検討

2) 入院計画書に関すること

- ・本人が理解できるようにわかりやすく説明
- 家族(血縁に限らない近親者)等、ケアマネ、相談支援専門員、友人・知人などの同席
- ・本人が理解できないと思われる場合は、家族等へ説明
- 説明できる家族(血縁に限らない近親者)等がいない場合は、本人への説明を試みた上で、その旨をカルテに記載することで対応

3) 入院中に必要な物品の準備に関すること

- ・基本は医療機関で購入や貸し出しができる環境が望ましい
- ・緊急時の連絡先の確認時に確認した身近な人に相談
- 有償のサービスの利用も

4) 入院費等に関すること

- ・可能な限り本人の金銭管理の方法を確認
- 金銭管理をしている人がいればその人に確認する
(本人の意向を確認した上で)
- 未納回避のため、保険証の確認、限度額認定証の確認や生活保護制度の利用も検討
- ・日常生活自立支援事業や成年後見制度の利用も検討

5) 退院支援に関すること

- ・ケアマネ、相談支援専門員、任意後見、身元保証団体などこれまで関わりがあった関係者がいる場合
- これらの関係者と本人の意向を確認しながら進める
- ・これらの関係者がいない場合は新たに本人をサポートするチームを作る
- 包括、基幹、生活保護などの相談窓口へ ※成年後見制度の利用も要検討

6) 遺体・遺品の引き取り・葬儀等に関すること

- ・基本は市町村が行う

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. の場合における方針の決定に際し、複数の専門家からなる話し合いの場の設置が必要となるケースは以下の通りとする。

- (1) 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。
 - (2) 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
 - (3) 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。
- 以上(1)～(3)に於いては医療・ケアチーム以外の複数の専門家からなる話し合いを行い、方針等についての検討及び助言を行う。

V. DNAR 指示に関して

1. DNAR 指示に関する基本的な考え方

(1) DNAR とは

DNAR とは、「Do Not Attempt Resuscitation」の略で、終末期医療において心肺停止状態になったときに二次的心肺蘇生措置^{*1}を行わないことを意味する。

*1 二次的心肺蘇生措置とは

：昇圧薬の投与や、心臓マッサージ、気管挿管、人工呼吸器の装着による蘇生処置のこと

(2) DNAR を医師が指示することを「DNAR 指示」という。

2. DNAR 指示を出す際の条件

DNAR 指示を出すためには、以下の3つの条件を全て満たす必要がある。

(1) 医師の医学的判断

心肺蘇生法不開始が許容される次の医学的要件を満たしていることを、複数の医師で確認すること。

- ア. 適切な治療にもかかわらず、病状の進行によって死が差し迫った状態にあること。
- イ. 心肺停止した場合、仮に心肺蘇生しても短期間で死を迎えると推測される状態にあること。

(2) 多職種による合議

- ア. 当該患者に関する多職種の合議によって、DNAR 指示を出すことの妥当性を確認していること。なお、ここで言う多職種には、少なくとも医師と看護師が含まれている必要がある。
- イ. 職種による合議の内容が診療記録に記載されていること。

(3) 患者の意向の確認

- ア. 心肺蘇生法の実施について、患者本人の意向確認と、それに基づく判断が、上記「IV. 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続」に則り、行われていること。
- イ. 心肺蘇生法の無効性と予測される結果について、患者または家族等に十分に説明し、理解と同意を得ていること。

3. 患者・家族への説明

- (1) DNAR について患者・家族に同意を得る際は、次の事項について書面で説明すること。
 - ア. 人生の最終手段であること。(身体の一般説明、根本的治療の欠如、予測される状態と予後等)
 - イ. 仮に心肺停止した場合、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にあること
 - ウ. 心肺蘇生を行った場合に予測されること。(実施する処置、予測される状態、不利益)
 - エ. DNAR の同意は取り消すことができること。
- (2) 医師は以下について診療録に記載すること。
 - ア. 患者・家族に説明した内容の概要(人生の最終段階であること、心肺蘇生法が無効であることなど)
 - イ. 説明に際して、本人あるいは家族等による理解や受容の状態
 - ウ. 本人以外に説明した場合、本人との関係

4. DNAR 指示の実施に関する留意点

- (1) 患者の意思を尊重するために、意思決定能力があるうちに、患者の DNAR に関する希望を聞き、診療録に残しておくことが望ましい。
- (2) DNAR の指示は、入院毎など、定期的に見直すことが望ましい。
- (3) DNAR の指示は、あくまでも心肺停止時に際して対応を規定したものであり、それまでの治療行為に関する規定ではない。従って医学的に必要な治療、必要なケアは当然行わなければならない。

VII. この指針の閲覧について

当施設での人生の最終段階における医療・ケアに関する指針は、当院マニュアルに綴り、職員が閲覧可能とするほか、入院患者さん、ご家族の求めに応じて施設内で閲覧できるようにすると共に、当院ホームページへ掲載します。

VII. 指針作成にあたり参考とした文書

1. 「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」(厚生労働省、平成30年3月改定)
2. 「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」(厚生労働省平成、30年6月)

3. 「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」
(厚生労働省、平成30年)
4. 遺産相続弁護士ガイド(2022年3月22日更新)

附 則

1. この指針は、令和6年6月1日から施行する。

2024.6.1