

東京ほくと医療生活協同組合

人生の最終段階におけるの医療・ケアの自己決定支援ガイドライン

2013年7月 法人倫理委員会

2018年9月 修正

1 人生の最終段階における医療・ケアのあり方

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多専門職種の仕事者から構成される医療・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・ケアをすすめることが最も重要な原則である。

又、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意志をその都度示し、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もの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・ケアにおける医療・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べきである。

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な安楽死は、対象としない。

2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続き

大前提として「一人で決めない、一度に決めない」「疑わしきは生命の利益のもとに」

人生の最終段階における医療・ケアの方針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専門的な医学的検討を踏まえた上でインフォームド・コンセントに基づく本人の意思決定を基本とし、家族を含めた多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行う。

②医療・ケア方針の決定に際し、本人と医療・ケアチームとが十分な話し合いを行い、本人が意思決定を行い、その合意文書をまとめておくものとする。(カルテ記載)
上記の場合は、時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更に応じてまた本人の意思が変化するものであることに留意して、その都度説明し本人の意思の再確認を行うことが必要である。

③このプロセスにおいて、本人が拒まない限り、家族にも同席してもらい、家族の意見を踏まえつつ議論する。また、決定内容を家族にも知らせることが望ましい。

(2) 本人の意思が確認できない場合

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医療・ケア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、本人にとって最善の医療・ケア方針をとることを基本とする。
- ③家族がいない場合および家族が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の医療・ケア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) 問題解決が困難な場合の倫理カンファランス、倫理コンサルテーションについて

上記 (1) および (2) の場合において、医療・ケア方針の決定に際し

- ・医療・ケアチームの中で病態等により医療・ケア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・ケア内容についての合意が得られない場合
- ・家族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・ケア内容についての合意が得られない場合

まずは医療ケアチーム+本人、家族で「臨床倫理四分割法」を用いて倫理カンファランスを行う。現場での倫理カンファランスで合意に至らない場合は倫理委員を交えた倫理コンサルテーションが必要である。倫理コンサルテーションの方法としては (ア) 法人倫理委員会 (2 か月に 1 回開催) において討議し、助言をもらう方法と (イ) 倫理委員、管理者を含む複数の職員立ち会いのもとで緊急の倫理検討会 (倫理 110 番) を行う方法がある。緊急性に応じて判断する。

(4) 倫理カンファランスの流れ

- ①問題の定式化：何が問題なのか、何を決定しようとしているのか
- ②倫理四分割法を用いて偏り無く情報収集

<p><医学的適応> 現在の病名、病状、予後 治療を行った場合の利益と不利益 行わなかった場合の利益と不利益</p>	<p><本人の意向> 本人の意思決定能力を評価 認知症でも意思決定できる場合もある</p>
<p><周囲の状況> 家族状況 介護状況 家屋状況や経済状況なども</p>	<p><QOL=何が本人にとって最善か?> 現在の QOL はどうか、治療を行ったら QOL はアップするか? 最終的にはここを高めるのが目的 医療者の価値観で判断しない</p>

③倫理の原則 (自己決定、恩恵、無害、公正) に沿って意志決定

特に大事なのが自己決定

- ④患者にとって最大の利益は何かをみんなで考える (最も QOL が上がるのは?)
 - ⑤意思決定し、その方針でやって見る
- 再びジレンマが生じたら倫理的検討を繰り返す。

3. よくある状況とその対応

1) 本人の意思が推定できず、家族も不在の場合

まずはきちんと4分割表を埋めることが大切である。元気だった時の本人の人となりや価値観などをケアマネージャーなど周囲の関係者から聞き取り、なるべく本人の意向を推定する。その上で本人の最善の利益(=もっともQOLが高くなる)となる方針を医療・ケアチームで決定する。意思決定は病院の場合は複数の医師を含むチームで行うこと。一人診療所や介護施設の場合は主治医の意見を踏まえつつ職責者を含む複数の職員でカンファランスを開いて決定する。

2) 明らかに適応がある治療を本人が拒否している場合

理解力のあると判断される人が十分な説明の上で治療(検査や入院も含む)を拒否する場合は本人の意向を尊重するしかない。その場合も家族など周囲の人へも病状を理解してもらい、家族も納得の上治療を行わない決定をする。説明内容はカルテに記載し、別の機会に再度説明したり、別の医師から説明してもらうこともありうるかもしれない。

3) 明らかに適応がない治療を本人が希望している場合

十分に説明をした上でもなお治療を希望する場合はそれが害がなく、医療資源を大きく損なわないのであれば行っても良い。

明らかに無益であったり(例:癌の末期の心肺蘇生など)、それが本人に害をなす恐れが高い場合は複数の医師※で判断し、行わない選択をする場合もありうる。

※ここで言う医師は後期研修医意向の医師。初期研修医の場合は指導医+上級医含め3名の医師で決定する

4) 一度始めた治療を中止する場合

人工栄養、透析治療、人工呼吸器など延命のために始めた治療が、本人にとって苦痛を増すばかりでQOLが上がらないと判断した場合は、治療を中止することもあり得る。決定に際しては①患者が回復不能な末期の状態であることを複数の医師で確認すること。②倫理委員も同席をした倫理カンファランスを経て本人を含めた周囲の家族の同意が全て得られた場合のみ、認める。この決定を行なった場合は必ず定例の倫理委員会に報告を行う事。(具体的な手続きについては救急・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～を参照すること。)

4. DNRとACP、AD(事前指示書)について

1) DNR(Do Not Resuscitate)オーダーは患者が明らかに終末期にあり死が差し迫っている場面や、現実的に急変が十分あり得る場面において心肺停止時の蘇生処置を行うかどうかを決める「医師の指示」(order)である。死がさし迫っていない場合にはDNRオーダーを出すのは不適切である。その場合は下記のACP(Advance care planning)を行う

2) ACP(Advance care planning)

将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのことをさす。患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目標にしている。ACPにはAdvance Directive(事前指示書)を書くことも含まれるが、それだけではない。主治医を中心としてケアマネ、看護師、MSW 等他職種でかかわる。記録に残す。(王子生協病院ではプロファイルに「事前指示」

を書く欄がある。)

3) AD(Advance directives)、事前指示書

将来自分が終末期になった場合に受たいケアの内容をあらかじめ家族や医療・ケアチームと相談して書き記しておくこと。決定する内容は病状にもよるが経口摂取困難になった場合の人工栄養や補液、呼吸状態悪化時の人工呼吸器の使用、心肺停止時の蘇生処置が主な内容である。(輸血や人工透析が含まれる場合もある) また、意思決定が困難になった場合に自分に変わって意思決定してくれる人を代理人として指定しておく事もできる。当法人では「私の医療に関する希望書」を作成し、病院、診療所、班会などで配布している。

※代理人について：法的な根拠はないが最近では法的な親族以外の友人やケアマネージャーなどが指定される場合も出てきており、理解力のある本人が指定した人物であれば良い(ただし明らかに本人の利益を代弁していないと思われる場合は別)

5. 終末期の判断

治らない癌などは比較的予後予測が可能であるが、それ以外の疾病(認知症や臓器疾患)は予後予測が難しい。また、どのような治療を行うかによって予後が変わってくるので難しい。

1) 癌患者

転移再発を繰り返し予後半年以内と主治医が見立てをしていれば終末期と判断できる

2) 認知症、多発性脳梗塞などで寝たきり、嚥下障害を伴う場合(老衰パターン)

経口摂取をやめ、補液も行わない場合は予後数日であり終末期と判断できる

人工栄養を行わず、補液だけで経過を見る場合の予後は通常 1~3 ヶ月(長くとも6ヶ月)であり、終末期と判断できる

人工栄養を行なっている患者の予後は1年未満の場合もあれば5年以上生きる者もおり様々であり終末期の判断は難しい。

3) 臓器疾患

心不全、肝不全、肺疾患：間質性肺炎(UIP)など明らかに予後不良の疾患を除き、予後の見立ては困難であるが、短期間で入院を繰り返す場合、るい瘦が進み ADL も低下して寝たきりに近い状態となった場合は末期と判断できるかもしれない

終末期の判断に迷う場合は、まず複数の意思で病状を吟味し、同意できれば判断して良い。一人診療所や介護系の施設では主治医+看護師+職責者など複数のスタッフで判断する。意見が一致しない場合は倫理委員会にコンサルテーションを行う事。

参考資料：

厚生省：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解説編
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000191282.pdf>

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~
http://www.jaam.jp/html/info/2014/pdf/info-20141104_02_01_02.pdf

日本医師会パンフレット「終末期医療 ACP から考える」より
https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/006612.html