

終末期医療ガイドライン

平成22年1月19日

(医科系及び歯科系運営会議承認)

令和元年10月7日

(病院運営委員会承認)

令和2年2月10日

(病院運営委員会承認)

1. はじめに

医療の現場では、患者ひとりひとりの尊厳を守り、意思を尊重した診療の努力がなされている。終末期における治療の開始・継続・変更・中止の判断には、医療者側と患者・家族との十分な話し合いと信頼関係が求められる。しかしながら、患者・家族の意思確認が十分されないまま、治療の開始・継続・変更・中止の判断を迫られる場面が生ずる。これらの現状を踏まえ、厚生労働省や各医療団体から、終末期医療に関するガイドラインが発表された。当院においても、終末期医療ガイドラインを改訂し、終末期の判断基準を示すとともに、終末期における決定プロセスや具体的な手順を示した。本ガイドラインを通して、医療者と患者・家族で十分な話し合いが行われ、適切な意思決定のもと、終末期医療が行われることを期待する。

2. 用語の定義

- (1) 「終末期」とは、最善の医療を尽くしても、患者の病状が進行性に悪化することを食い止められずに死期を迎えると判断される時期を言う。
- (2) 「終末期医療」とは、終末期に行われる医療及びケアのすべてを言う。

3. 終末期における医療・ケアの決定プロセス

最も重要な原則は、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本人が医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、意思決定を行った上で終末期における医療・ケアを進めることである。本来は終末期に至る前に、適切な時期からそのような話し合いがもたれることが望まれる。本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、この話し合いは繰り返し継続的に行われることが重要である。また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を予測し、自らの意思を推定できる家族等(法的な意味の家族だけでなく、患者が信頼を寄せている人を含む)を代理意思決定者として定め、前もって話し合っておくことも重要である。この一連のプロセス(アドバンス・ケア・プランニング、以下ACP)については適切に記録されていることが望ましく、医師等の医療従事者は終末期医療を実践する際に確認する必要がある。

4. 終末期であることの判断基準

- (1) 患者が終末期に入ったことの判断は、主治医、主治医以外の1名以上の医師、看護師、必要に応じてそのほかの医療関係者を含めた多職種から成る医療チームによって行う。

- (2) チームを形成する時間がない緊急時には、生命の尊重を基本として、医師が医学的妥当性と適切性をもとに判断するしかないが、その後4(1)の医療チームによって改めて検討する。
 - (3) それぞれの疾患や状況(がん、慢性疾患、救急医療、集中治療の現場等)に応じて判断基準が異なることに留意する。
 - (4) 患者自身が4(1)によって判断された終末期に入ったことを理解することが望ましいが、心理的負担を考慮し必ずしも条件としない。患者が意思を表明できない場合には、患者の意思を推定できる家族等が理解し納得する必要がある。
5. 終末期医療における、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止の手順
- (1) 医療チームは可能な限り疼痛などの不快な症状を緩和することを最優先し、患者・家族の精神的・社会的な援助を含めた医療及びケアを行う。
 - (2) 終末期にある患者から、延命治療に関する意思が示された場合や、蘇生処置を望まない意思が示された場合、医療チームと患者が十分に話し合い、患者の意思を確認する。さらに4(1)に掲げた医療チームが医学的妥当性と適切性を慎重に判断する。揺れ動く患者の心情に配慮し、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて、そのつど家族等も含めて話し合いを繰り返し、患者の意思を再確認することが必要である。
 - (3) 終末期の判断、患者・家族への説明を診療録に記載するか、DocuMakerの「共通説明書」など説明文書に残す。また、DocuMakerの意思表示書(「積極的な延命治療を望まない時の申し出」、「心肺蘇生処置に関する申し出(DNARについての申し出)」)に必要事項を記入していただく。
 - (4) 両意思表示書はそれぞれ別個に扱うべきものであり、蘇生処置を望まない申し出があったからといって、他の延命治療を含む終末期医療をすべて中止するものではない。延命治療の内容については医学的な矛盾(例:点滴は拒否するが人工透析は拒否しないなど)が生じないように状況に応じて個々に話し合いを行う。
 - (5) 患者が拒否しない限りにおいて、5(1)～(3)の過程は家族等にも伝える。
 - (6) 蘇生処置を望まない申し出に基づき、DNAR(Do not Attempt Resuscitation:心肺停止時に心肺蘇生処置を試みない)であることを確認した医師は、診療録に記載し、関係する医療従事者に指示し周知するため、その内容を電子カルテの付箋に入力しておく。付箋の有効期間に留意する。
6. 患者の判断能力に疑義がある場合・患者が意思を表明できない場合の対応
- (1) 患者の明確な意思が確認できない状況でも、5(3)にある意思表示書を事前を取得していた場合には、家族等に意思表示書が有効であることを再度確認してから、医療チームが判断する。家族等による確認は診療録に残す。この場合の家族等とは代理意思決定者であることが望ましい。
 - (2) 意思表示書はないが、ACPなどを通じて患者の意思が推定できる場合には、家族等の同意を得た上で、推定意思を尊重した治療方針を取る。家族等による確認は診療録に残す。
 - (3) 20歳未満の患者については、家族等の判断と同意が必要である。しかし15歳以上

の患者に関しては、本人にも説明し同意を取ることも検討する。

7. 医療チームによる判断が困難な場合、医療チーム・患者・家族等の判断や意思が食い違う場合には、臨床倫理検討委員会で審議する(事務窓口:病院総務課)。
8. 強い苦痛のある終末期の患者から、自発的で真摯な意思があった場合においても、薬物等を用いて医師が死を幫助する行為は行わない。また生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は本ガイドラインでは対象としない。治療抵抗性の耐え難い苦痛がある場合は、日本緩和医療学会等が定めるガイドライン・手引き等を参考に適切に対応する。

<参考>

- ・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)
- ・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～
(日本救急医学会・日本集中治療医学会・日本循環器学会 平成26年11月)
- ・Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) 指示のあり方についての勧告
(日本集中治療医学会 平成29年11月)
- ・苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン 2010年版
- ・がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き 2018年版
(日本緩和医療学会)
- ・終末期医療に関するガイドライン ～よりよい終末期を迎えるために～
(公益社団法人 全日本病院協会 平成28年11月)

積極的な延命治療を望まない時の申し出

新潟大学医歯学総合病院長 殿

積極的な延命治療を望まない時の申し出

私は現在の病状を十分理解し、家族ともよく話し合った上で、以下に掲げる延命のための積極的な治療を望みません。

(望まない項目にチェック☑を入れてください)

- 強心剤
- 人工呼吸
- 人工透析
- 輸血
- 化学療法
- 酸素吸入
- 補助循環装置
- 点滴
- 経管栄養
- (胃ろう 鼻から胃へのチューブ)
- その他(以下に記述して下さい)

年 月 日 (午前・午後 時 分)

患者氏名(可能であれば) (自署)

家族等代表氏名(代理意思決定者) (自署)
(患者との続柄)

*なお、この申し出はいつでも変更できます。

心肺蘇生処置に関する申し出（DNARについての申し出）

新潟大学医歯学総合病院長 殿

心肺蘇生処置に関する申し出
（DNARについての申し出）

私は医師から、現在の病気が進行した結果、心肺停止状態になった場合に実施する心肺蘇生処置について、十分な説明を受けました。

（望む対応にチェック☑を入れてください）

心肺蘇生処置を実施しないでください。

心肺蘇生処置を実施してください。

年 月 日 （午前・午後 時 分）

患者氏名（可能であれば） （自署）

家族等代表氏名（代理意思決定者） （自署）
（患者との続柄）

* なお、この申し出はいつでも変更できます。