

練馬光が丘病院 「人生の最終段階の定義と延命治療についてのガイドライン」

はじめに

当院では、すべての人には本人でも侵すことのできない尊厳があることを認め、与えられた人生の最期を迎えようとする人に十分寄り添える医療や看護をめざす。それは過度の延命治療の推進や、安楽死を容認することを意味していない。この理念に基づき、当院の医療チームは患者の意思を尊重し、家族等の想いを十分ふまえながら最善の道を探り実施するように努めなければならない。そこで当院の「人生の最終段階の定義と延命治療」についてガイドラインを策定することとした。本ガイドラインは、回復の見込みのない状態における医療全般を主な対象としている。もしもの際に自らが望む医療について前もって考え、家族等や医療チームとの繰り返しの話し合いを深め共有する人生会議（ACP）を推し進めることも考慮しながら、急変時を含め死が間近に迫っている場合と、比較的近い将来に死が避けられない状態に陥る可能性が高い場合の対応を示している。

1. **基本的な考え方** 患者が終末期あるいは末期状態において延命治療あるいは心肺蘇生処置を望まないときには、患者及び家族等と医療関係者との間の生命維持に関する相互理解を基盤にして、患者の自己決定権を尊重して医療を行うことを第一義とし、その意思を尊重する。但し、患者の疼痛及びその他の不快な症状は可能な限り緩和し、患者・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的なケアを行わなければならない。一方、患者・家族等の意思は時間経過や心身の状態の変化に伴い変化しうるものであるため、その変化に随時、真摯に対応する。なお本文章の後に付1「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～」を掲載するが、本ガイドラインの内容は同ガイドラインに基づき策定している。また診療録の記載方法については同ガイドラインに詳細な記載があり、可能な限りそれに従う。

2. 各用語の定義や当院における対応について

(1) **人生の最終段階** : 「人生の最終段階」とは、回復の見込みのない傷病に冒され、死を間近にした末期の患者の状態を指し、それに携わる医療を「人生の最終段階における医療」という。主治医を含む複数の医師と看護師等の多職種からなる医療チームが、適切な医療の継続にもかかわらず回復の見込みがないと判断される状態で、以下の（イ）～（ニ）のいずれかに相当する場合等であることを、慎重かつ客観的に判断しなければならない。

（イ）不可逆的な全脳機能不全（脳死診断後や脳血流停止の確認後などを含む）であると十分な時間をかけて診断された場合

（ロ）生命が新たに開始された人工的な装置に依存し、生命維持に必須な複数の臓器が不

可逆的機能不全となり、移植などの代替手段もない場合

(ハ) 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方法がなく、現状の治療を継続しても近いうちに死亡することが予測される場合

(ニ) 回復不可能な疾病の末期、例えば悪性腫瘍の末期であることが積極的治療の開始後に判明した場合

(2) 延命治療：「延命治療」とは、生命維持処置を施すことによって死亡することを回避できないものの、それを行わない場合には死亡することが必至の状態を防ぎ、生命の延長を図る処置・治療のことをいう。

(3) 人生会議：人生会議（ACP：Advance Care Planning）とは、将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者を主体にその家族、医療チームが繰り返し話し合いを行い、患者の意思決定を支援するプロセスのことを示す。患者の人生観や価値観、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する。事前指示は、患者の意思確認が出来なくなった場合に適応される、事前に決定しておいた患者自身の意思を尊重した指示を指す。

(4) Do Not Attempt Resuscitation、DNAR 指示とは、患者が医学的に終末期状態となり心肺停止になった際に、医療者が心肺蘇生処置を行わないことを指示することである。その前提として、患者本人あるいは家族の文書としての合意を得、診療録に残すことが必要である。もっとも、我が国では、平常時より事前指示として本人の DNAR 方針の意思表示が確認できる場合は極めて稀である（後項の 4 を参照）。

(5) 家族等「家族等」とは単に患者と生計を同じくする者のみでなく、患者が信頼を寄せ、人生の最終段階を支える存在を指す。したがって、民法上の親族のみを意味せず、より広い範囲の人を含むことも有り得る。また、家族等に当たる個々人の間の優先順位も、法的な観点を踏まえた上で、患者の信頼や日常生活における距離感（同居）等に基づいて判断することもあり得る。

(6) 医療チームは、主治医を含む複数の医師（複数診療科であることが望ましい）と看護師等を含む多職種からなる。医療チームでは、それぞれの役割を尊重し、患者の視点で意見交換を行い治療方針を共有する。

3. 人生の最終段階と判断した後の患者及び家族等への意思確認（意思確認の手順）

(1) 医療チームは「患者及び家族等に対して、患者の病状が絶対的に予後不良であり、治療を続けても回復の可能性が極めて低く、これ以上の延命治療は患者にとって最善の治療とはならず、却って患者の尊厳を損なう可能性があることを説明し理解を得る。

(2) その後、医療チームは、本人の臓器提供意思表示カードや有効な事前指示及び今後の

医療について、本人及び家族等の意思を確認し、以下の①から⑥のいずれであるか判断し、その内容を診療録に必ず記載する。

- ① 患者に意思決定能力がある、あるいは事前指示がある場合 患者が意思決定能力を有している場合や、本人の事前指示（人生会議の記録、公証役場での作成書類、その他本人が書いたメモ等）がある場合（ただし、事前指示が現時点でも本人の意思と評価できる場合に限る）、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。その際、家族等に異論のないことを原則とするが、異論のある場合、医療チーム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 患者の意思は確認できないが推定意思がある場合 家族等から患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重することを原則とする。
- ③ ①②の患者の意思が確認できず、推定意思も確認できない場合には、家族等と十分に話し合い、患者にとって最善の治療方針をとることを基本とする。医療チームは、家族等に現在の状況を繰り返し説明し、意思の決定ができるように支援する。医療チームは家族らに総意としての意思を確認し対応する。

家族等が積極的な延命治療を希望している場合、あらためて「患者の状態が極めて重篤で、現時点の医療水準にて行い得る最良の治療をもってしても回復が不可能であり、これ以上の延命治療は患者の尊厳を損なう可能性がある」旨を正確で平易な言葉で家族等に伝え、家族等の意思を再確認する。家族等の意思の再確認までの対応としては現在の措置を維持することを原則とする。再確認した家族等が、引き続き積極的な対応を希望する時には、医療チームは継続して状況の理解を得る努力をする。

家族等が延命治療の中止を希望する場合 家族等が延命治療の中止を希望する場合、患者にとって最善の対応をするという原則に従い家族等との協議の結果、延命治療を縮小、または終了する方法について選択する。

家族等が医療チームに判断を委ねる場合 医療チームは、患者にとって最善の対応を検討し、家族らとともに合意の形成をはかる。

- ④ 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 延命治療中止の是非、またその時期や方法について、医療チームは患者にとって最善の対応となるように判断する。
- ⑤ 未成年（満 20歳未満）の患者への対応 未成年の患者の人生の最終段階における医療の方針を検討する際には、医師及び両親（又は親権を有する者）は、十分な話し合い

を行って決定することが必要である。両親（又は親権を有する者）は、未成年の子供の養育の義務を負う者として、子供の人生の最終段階における医療の方針を決定する重い責任がある。また、未成年の患者であっても、本人の理解力に応じて必要な説明を行うことは、医師の責務である。ただし、医師が未成年の患者の意思決定能力を判断する際には、十分慎重に行う必要がある。

- ⑥ 臓器提供、組織提供に関する意思確認 人生の最終段階における医療においても、患者の臓器提供や組織提供の意思確認を行うことを考慮する。臓器提供や組織提供の意思がある場合においては、入院運営委員会や倫理審査委員会とも連携をとり、対応を考慮することを優先し、短絡的に本ガイドラインに則った行動をとらないものとする。

4. **延命治療についての選択肢** 一連の過程において、すでに使用中である生命維持装置や投与中の薬剤などへの対応として、以下などが考えられる。

- ① 現在の治療を維持する（新たな治療は差し控える）
- ② 現在の治療を縮小する（すべて縮小する、または一部を縮小あるいは終了する）
- ③ 現在の治療を終了する（すべてを終了する）
- ④ 上記①～③の何れかを条件付きで選択する。

延命治療を徐々に縮小、または終了する場合の実際の対応としては、例えば以下のような選択肢がある。

（イ）人工呼吸器、ペースメーカー（植込み型除細動器の設定変更を含む）、補助循環装置などの生命維持装置を終了する。このような方法は短時間で心停止となることもあるため、状況に応じて家族等の立会いの下に行う。

（ロ）血液透析などの血液浄化を終了する。

（ハ）人工呼吸器の設定や昇圧薬、輸液、血液製剤等の投与量等、（呼吸や循環の管理方法）を変更する。

（ニ）心停止時に心肺蘇生を行わない。

いかなる場合においても、積極的安楽死や自殺幫助等の死を目的とした行為は行ってはならない。薬物投与や筋弛緩薬投与などの医療行為により死期を早めることは行わない。上記の何れを選択する場合も、患者や家族等に十分に説明し合意を得て進める。延命治療の差し控えや縮小および終了等に関する患者や家族等の意向はいつでも**変更できる**が、**状況により後戻りできない場合があることも十分に説明する。**（図1）

5. **心肺蘇生を行わない方針の決定**（Do Not Attempt Resuscitation：DNAR 方針の決定）
DNAR 方針の決定に当たっては、患者及び家族等に終末期状態において心肺停止になった際に心肺蘇生処置を行わないことを求める意思があること、心肺蘇生処置を行わないこと

が医学的に適切と考えられること、かつ患者及び家族等の側と医療者側（主治医のみならず担当診療科の医師の同意を含むチームとして）の意見が一致していることを原則とする。また、方針の決定後に患者及び家族等から方針変更の求めがあれば、直ちに方針の変更について話し合いを行い決定することとする。なお、DNA~~検~~針についての取り決めに関しては、診療録への明確な記録が必要である。

6. 倫理審査委員会 主治医や医療チーム、あるいはその他の当院職員が倫理審査委員会の判断が必要と考える場合、あるいは家族からの要望がある場合には、倫理審査委員会の開催を依頼し審議する。緊急時など倫理審査委員会が開催できない場合には、医療チーム、診療部長、副病院長、集中治療部門医師（集中治療室に入室時のみ）と協議のうえで判断して事後に倫理審査委員会に報告することも可とする。

2023年1月12日 練馬光が丘病院倫理審査委員会

付1 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

I、**基本的な考え方・方法** 急性期の重症患者を対象に治療を行っている救急・集中治療においては、患者背景にかかわらず救命のために最善の治療や措置を行っている。しかし、そのような中で適切な治療を尽くしても救命の見込みがないと思われる状況に至ることがある。その際の医療スタッフの対応は、患者の意思に沿った選択をすること、患者の意思が不明な場合は患者にとって最善と考えられる選択を優先することが望ましいが、それらを考える道筋は明確に示されていない。このような救急・集中治療における終末期医療に関する問題を解決するために、日本救急医学会、日本集中治療医学会、および日本循環器学会は、救急・集中治療における終末期の定義を示し、その定義を考慮したうえで患者、患者家族などや医療スタッフによるその後の対応についての判断を支援する必要があると考え、「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～」（以下、ガイドラインという）を作成した。

患者が救急・集中治療の終末期であるという判断やその後の対応は主治医個人ではなく、主治医を含む複数の医師（複教科であることが望ましい）と看護師らとからなる医療チーム（以下、「医療チーム」という）の総意であることが重要である。そして、悲嘆にくれる家族らの気持ちを汲み、終末期に対する家族らの理解が深まるように対応することが求められる。一方、患者や家族らの意思は揺れ動くことがまれではないため、その変化に適切かつ真摯に対応することも求められる。医療チームで判断ができない場合には、施設倫理審査委員会（臨床倫理委員会など）にて、判断の妥当性を検討することも勧められる。本ガイドラインは三学会の合意のもとに救急・集中治療における終末期の判断やその後の対応について、考える道筋を示したものである。したがって、本ガイドラインの使用を強制するものではなく、どのように使用するかは各施設の選択に委ねられている。

1. 救急・集中治療における終末期の定義とその判断

1) 終末期の定義 「救急・集中治療における終末期」とは、集中治療室等で治療されている急性重症患者に対し適切な治療を尽くしても救命の見込みがないと判断される時期である。

2) 終末期の判断 救急・集中治療における終末期には様々な状況があり、たとえば、医療チームが慎重かつ客観的に判断を行った結果として以下の（1）～（4）のいずれかに相当する場合などである。

（1）不可逆的な全脳機能不全（脳死診断後や脳血流停止の確認後などを含む）であると十分な時間をかけて診断された場合

（2）生命が人工的な装置に依存し、生命維持に必須な複数の臓器が不可逆的機能不全となり、移植などの代替手段もない場合

(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方法がなく、現状の治療を継続しても近いうちに死亡することが予測される場合

(4) 回復不可能な疾病の末期、例えば悪性腫瘍の末期であることが積極的治療の開始後に判明した場合

2. 延命措置への対応

1) 終末期と判断した後の対応 医療チームは患者、および患者の意思を良く理解している家族や関係者（以下、家族らという）に対して、患者の病状が絶対的に予後不良であり、治療を続けても救命の見込みが全くなく、これ以上の措置は患者にとって最善の治療とはならず、却って患者の尊厳を損なう可能性があることを説明し理解を得る。医療チームは患者、家族らの意思やその有無について以下のいずれであるかを判断する。

(1) 患者に意思決定能力がある、あるいは事前指示がある場合 患者が意思決定能力を有している場合や、本人の事前指示がある場合、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の評価を慎重に評価する。その際、家族らに異論のないことを原則とするが、異論のある場合、医療チーム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) 患者の意思は確認できないが推定意思がある場合 家族らが患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重することを原則とする。

(3) 患者の意思が確認できず推定意思も確認できない場合 患者の意思が確認できず、推定意思も確認できない場合には、家族らと十分に話し合い、患者にとって最善の治療方針をとることを基本とする。医療チームは、家族らに現在の状況を繰り返し説明し、意思の決定ができるように支援する。医療チームは家族らに総意としての意思を確認し対応する。

① 家族らが積極的な対応を希望している場合

家族らの意思が延命措置に積極的である場合、あらためて「患者の状態が極めて重篤で、現時点の医療水準にて行い得る最良の治療をもってしても救命が不可能であり、これ以上の延命措置は患者の尊厳を損なう可能性がある」旨を正確で平易な言葉で家族らに伝え、家族らの意思を再確認する。家族らの意思の再確認までの対応としては現在の措置を維持することを原則とする。再確認した家族らが、引き続き積極的な対応を希望する時には、医療チームは継続して状況の理解を得る努力をする。

② 家族らが延命措置の中止を希望する場合

家族らが延命措置の終了を希望する場合、患者にとって最善の対応をするという原則に従い家族らとの協議の結果、延命措置を減量、または終了する方法について選択する。

③ 家族らが医療チームに判断を委ねる場合

医療チームは、患者にとって最善の対応を検討し、家族らとともに合意の形成をはかる。

(4) 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

延命措置中止の是非、時期や方法について、医療チームは患者にとって最善の対応となるように判断する。

2) 延命措置についての選択肢 一連の過程において、すでに装着した生命維持装置や投与中の薬剤などへの対応として、①現在の治療を維持する（新たな治療は差し控える）、②現在の治療を減量する（すべて減量 -3- する、または一部を減量あるいは終了する）、③現在の治療を終了する（全てを終了する）、④ 上記の何れかを条件付きで選択するなどが考えられる。延命措置を減量、または終了する場合 の実際の対応としては、例えば以下のような選択肢がある。

(1) 人工呼吸器、ペースメーカー（植込み型除細動器の設定変更を含む）、補助循環装置などの生命維持装置を終了する。(注)このような方法は、短時間で心停止となることもあるため状況に応じて家族らの立会いの下に行う。

(2) 血液透析などの血液浄化を終了する。

(3) 人工呼吸器の設定や昇圧薬、輸液、血液製剤などの投与量など呼吸や循環の管理方法を 変更する。

(4) 心停止時に心肺蘇生を行わない。

上記の何れを選択する場合も、患者や家族らに十分に説明し合意を得て進める。延命措置の差し控えや減量および終了等に関する患者や家族らの意向はいつでも変更できるが、状況により後戻りできない場合があることも十分に説明する。患者の苦痛を取るなどの緩和的な措置は 継続する。筋弛緩薬投与などの手段により死期を早めることは行わない。

II、医療チームの役割

救急・集中治療に携わる医療チームは、その専門性に基づき、医療倫理に関する知識や問題対応に関する方法の修得をすることが求められるが、それらの医療チームによって患者が終末期であると判断され、その事実を告げられた家族らは、激しい衝撃を受け動揺する。このような状況においても家族らが患者にとって最善となる意思決定ができ、患者がよりよい最期を迎えるように支援することが重要である。そのために医療チームは、家族らとの信頼関係を維持しながら、家族らが患者の状況を理解できるよう情報提供を行う必要がある。また、家族の一人を喪失することに対する悲嘆が十分に表出できるように支援する。終末期の家族ケアの詳細 については「集中治療における終末期患者家族へのこころのケア指針」 (<http://www.jsicm.org/pdf/110606syumathu.pdf>) などを参考にする。

III、救急・集中治療における終末期医療に関する診療録記載について

1. 終末期における診療録記載の基本

担当する医師らは基本的事項について確認し、的確、明瞭に記載する。このことによっ

て、終末期の診療における様々な問題を把握し、終末期における良質な医療を展開することが可能になる。

また、のちに検証を受けた際などにも、医療チームによる方針の決定、診療のプロセスなどが、医療倫理に則り妥当なものであったといえる記載に心がける。

以上の観点から、終末期における診療録記載に当たっては、以下の事項を含むことが求められる。

1) 医学的な検討とその説明

- (1) 終末期であることを記載する
- (2) 説明の対象となる家族らとその範囲などを記載する
- (3) 上記(1)について家族らに説明した内容を記載する
- (4) 上記(3)に際して家族らによる理解や受容の状況を記載する

2) 患者の意思について

- (1) 患者の意思、または事前意思の有無を記載する
- (2) 上記(1)がないか不明な場合は、家族らによる推定意思を記載する

3) 終末期への対応について

- (1) 患者の意思、または事前意思の内容を記載する
- (2) 家族らによる推定意思を記載する
- (3) 家族らの意思を記載する
- (4) 患者にとって、最善の選択肢についての検討事項を記載する
- (5) 医療チームのメンバーを記載する
- (6) 法律・ガイドライン・社会規範などについての検討事項を記載する

4) 状況の変化とその対応について

- (1) 上記1)の変更について記載する
- (2) 上記2)の変更について記載する
- (3) 上記3)の変更について記載する

5) 治療および方針決定のプロセスについて

- (1) いわゆる 5W1H (いつ、どこで、誰が、何故、何を、どのように)を記載する
- (2) 以上の結果について記載する

2. 死亡退院時の記録

1) 解剖の説明に関する記載

- (1) 剖検・解剖の種類について家族らへの説明を記載する

- (2) 家族らからの諾否について記載する
- (3) 解剖の結果などについての説明を記載する

2) 退院時要約の記載

- (1) 病院の運用手順に基づいて共通の書式で記載する
- (2) 主傷病名・副傷病名、手術名・処置名などに関するコード化について留意する
- (3) 症例登録、臨床評価指標などについて留意する

3) 退院時に必要な文書の記載

- (1) 死亡診断書または死体検案書、入院証明書、保険関連書類等を必要に応じて作成する。

平成 26 年 11 月 4 日 一般社団法人 日本集中治療医学会 一般社団法人 日本救急医学会 一般社団法人 日本循環器学