

徳島県立三好病院

倫理的問題における意思決定プロセス
についてのガイドライン

臨床倫理委員会

目次

I.	はじめに -----	2
II.	対象となる問題 -----	2
III.	除外項目 -----	2
IV.	基本方針 -----	2
V.	意思決定のプロセス -----	3
	1. 患者に意思決定能力がある場合	
	2. 患者の意思決定能力が低下している場合	
	3. 患者に意思決定能力がない場合	
VI.	臨床倫理コンサルテーションチームとの連携 -----	4
VII.	特殊な状況下における対応 -----	4
	1. 休日や夜間帯で意思決定が必要になった時	
	2. チームを形成する時間がない時	
VIII.	個別項目における方策 -----	5
	1. 人生の最終段階(終末期)に関わること	
	2. 急性期医療における終末期の医療に関わること	
	3. Do Not Attempt Resuscitation(以下 DNAR)に関わること	
	4. 治療や検査の合意が得られないとき	
	5. 高齢者の医療に関わること	
	6. 障害者の医療に関わること	
	7. 未成年(18 歳未満)の医療に関わること	
	8. 身寄りのない人の医療に関わること	
	9. 臓器提供に関する意思決定	
IX.	書式 -----	9
X.	参考資料 -----	9

I. はじめに

本ガイドラインは、徳島県立三好病院(以下 本院)における様々な診療行為に付随してもたらされる倫理的な問題を解決し、最良の医療やケアを作り上げるためのプロセスを示すものである。

II. 対象となる問題

以下のような臨床倫理的問題が生じ意思決定が必要となった場合、本ガイドラインに示したプロセスを元に解決を目指す。

1. 人生の最終段階(終末期)に関わること
2. 急性期医療における終末期の医療に関わること
3. Do Not Attempt Resuscitation(以下 DNAR)に関わること
4. 治療や検査の合意が得られないとき
5. 高齢者の医療に関わること
6. 障害者の医療に関わること
7. 未成年(18 歳未満)の医療に関わること
8. 身寄りのない人の医療に関わること
9. 臓器提供に関する意思決定

上記 1～9 の個別項目の具体的な方策に関しては後述する。

III. 除外項目

治験・臨床研究に関する問題、医療事故・医療安全に関する問題、セクシュアルハラスメント・パワーハラスメントに関する問題は、それぞれに議論をする場(委員会等)があるため本ガイドラインでは取り扱わない。

IV. 基本方針

1. 多職種の医療従事者で構成する医療チームと、患者本人・家族等からなるチームを形成する。
2. 医療チームは各々の役割を尊重し、患者の視点で意見交換を行い、治療方針を共有する。
3. 医療チームは患者・家族等に情報提供と説明を行い、患者・家族等から価値観や人生観、選好等を聴収して、これらをお互いに共有し、十分な合意のもと、患者本人の意思に基づいて方針を決定する。(可能な限り繰り返し話し合いを行い、共有と合意を積み重ねる)
4. 患者本人による自己決定が基本であるが、家族等の思いを汲み取る努力をする。
5. 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するものであり、その変化に随時、真摯に対応する。

6. 決定した内容はいつでも変更や撤回ができることを説明する。
 7. 患者・家族等に説明した内容、話し合った内容等の経過は、必ず診療録に記録する。
 8. 状況が許すようであれば、臨床倫理コンサルテーションチームのメンバーをあらかじめチームメンバーに加えておく。
 9. 倫理的な妥当性の検討は臨床倫理委員会に委ねることができる。
- ※ 医療従事者とは医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、放射線技師、臨床工学士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、MSW、PSW 等、本院で業務に関わる全ての職種をいう。
- ※ 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。

V. 意思決定のプロセス

意思決定に際しては、対象となる患者の意思決定能力を十分に評価し、その人の能力に合わせて十分に理解できるような形で説明を行い、意思決定に導かなければならない。

患者の意思決定能力の評価は、患者・家族等・医療チームで行う。意思決定能力の評価が難しい場合には、より十分な時間をかけて、理解（意思決定のために必要な事項を理解している）、論理的思考（決定内容は選択肢の比較や自分自身の価値判断に基づいている）、認識（病気、治療、意思決定を自分自身の問題として捉えている）、表明（自分の考えや結論を伝える）を総合的に評価し、意思決定能力を判断する。

1. 患者に意思決定能力がある場合

患者本人と十分に話し合い、意思を確認する。事前指示書が提出されている場合でも患者の意思の確認に努め、変化が生じた場合は事前指示書の内容に拘らず、患者の最も新しい意思を尊重する。家族等が話し合いに参加できなかった場合には、患者が拒まない限り決定内容を家族等にも知らせる。

2. 患者の意思決定能力が低下している場合

患者の意思決定能力が低下している場合には、意思決定ができない状態であると安易に判断せず、残されている意思決定能力を正確に評価し、自身で意思決定ができるように各々の能力に合わせた意思決定支援を行う必要がある。事前指示書やアドバンス・ケア・プランニング（以下 ACP）があれば参考にしても良いが、あくまでも意思決定支援による患者本人の意思決定を優先する。

意思決定支援に際しては、以下の点に留意する。

1) 意思決定能力を低下させている要因を除去する。

身体症状や精神症状の悪化が意思決定能力を低下させる要因として重要である。治療で対応が可能なものも多く、医学的にできるだけ最良の状態に近づけるようにする。

- 2) 意思決定能力を強化するような働きかけを最大限に行う。

情報開示の工夫や場の設定，不安や恐怖の緩和，時間的な余裕の確保等，意思決定能力に応じた支援の方法を工夫する。

3. 患者に意思決定能力がない場合

- 1) 事前指示書や ACP がある場合は，その内容に則って方針を決定することを基本とする。
- 2) 事前指示や ACP がなく家族等が患者の意思を推定できる場合は，その推定意思を尊重し，患者にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- 3) 事前指示や ACP がなく家族等が患者の意思を推定できない場合は，患者にとって何が最善であるかについてチームで十分に話し合い，患者にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- 4) 事前指示や ACP がなく家族等がいない場合，家族等が判断を医療チームに委ねる場合は，患者にとって最善の方針をとることを基本とする。
- 5) 時間の経過，病状の変化，医学的評価の変更に応じて状況は変化するので，その都度決定した方針が最善であるかの評価を行い，必要であれば方針の変更を考慮する。
- 6) 最善の方針が決定できない場合は「疑わしきは生命の利益に」を原則に患者の生命保護を優先させ，適切な医学的処置を実施する。

家族等による患者の意思推定の際は，家族等の意思や希望を問うのではなく，患者の意思を推定できる人として，「本人がもし意思表示できるとしたら，どのように話すと思うか？」等のように対応することが重要である。

VI. 臨床倫理コンサルテーションチームとの連携

意思決定や方針決定に際し，①チームの中で内容の決定が困難な場合 ②患者・家族等と医療従事者との話し合いの中で，妥当で適切な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 ④その他，チームがうまく機能しない場合等については，臨床倫理コンサルテーションチームに方針等についての検討や助言を求め，最善の方針・決定となるよう努力する。

臨床倫理コンサルテーションの手順に関しては，別途作成されている『臨床倫理コンサルテーションの流れ』を参照のこと。

VII. 特殊な状況における対応

本院は急性期疾患の比率が高く，また，救急対応も頻繁である。そのような場で可及的に意思決定が必要な状況に遭遇することがしばしばあり，この場合には簡易的な対応を取らざるを得ない。しかし，そのような場合でも『Ⅳ. 基本方針』，及び『Ⅴ. 意思決定のプロセス』の項目

を参照し、意思決定プロセスの基本を理解した上で臨むことは、倫理的な思考をする上で重要である。落ち着いた状況に移行できれば、改めてチームを編成し、適切な医療・ケアの検討を行う。

1. 休日や夜間帯で意思決定が必要になった時

医師、看護師、日・当直師長、業務に差し障りのない範囲で勤務しているスタッフ(薬剤師、臨床検査技師、放射線技師等)と患者・家族等でチームを形成する。

例)深夜帯に病棟において倫理的問題をはらむ意思決定が必要な状況になったため、主治医は深夜勤務の看護師、当直師長、たまたまその場に居合わせた医師、患者本人、及び付き添っていた家族等でチームを形成して意思決定を行なった。

2. チームを形成する時間がない時

最終的には現場で治療を行っている医師が、医学的妥当性と適切性を基に判断するが、できるだけ負担を減ずるために現場で一緒に診療を行っているスタッフをチームと考えて意見を求める。可能なら偶然その場に居合わせたスタッフ等にも意見を求める。

家族等が来院していれば、チームに入ってもらい、家族等が間に合わない場合、電話を利用した合意も考慮する。

例)ERで救急搬送された患者について緊急に倫理的問題をはらむ意思決定が必要な状況になったため、主治医と一緒に患者に対応していた医師、担当看護師、看護師長、たまたま居合わせた検査技師でチームを形成して意思決定を行なった。家族等は来院途中であったため、電話で状況を説明し合意を形成した。

VIII. 個別項目における方策

1. 人生の最終段階(終末期)における医療に関わること

人生の最終段階(終末期)は、がん末期のように予後が数日から長くとも2～3ヶ月と予測ができる場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰等、数ヶ月から数年にかけ死を迎える場合等がある。

基本的に、人生の最終段階(終末期)に患者が延命治療の拒否を申し出ている時は、これを尊重して医療・ケアの方針を決定する。医療・ケアの開始・不開始、差し控え、中止等は、患者の状態や希望を踏まえた上で、構成されたチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断する。

医療チームにより疼痛やその他の不快な症状を可能な限り十分に緩和し、患者・家族等の精神的・社会的な援助を含めた総合的な医療及びケアを行なうことが必須である。いかなる場合においても、薬物投与等の医療行為により死期を早める積極的安楽死や、自殺幇助等の死を目的とした行為を行ってはならない。

※ 延命処置とは、回復の見込みがない状態において、一時的に生命を維持するために行う処置。具体的な内容として、抗がん剤の投与、抗菌薬の投与、経管栄養・中心静脈栄養、昇圧剤や強心剤の投与、輸血、酸素吸入、気管切開、気管挿管、人工呼吸器装着、補助循環装置・人工肺の装着及び回路交換、血液浄化療法の開始及び回路交換等。

2. 急性期医療における終末期の医療に関わること

急性期医療における終末期とは、救急外来や集中治療室等で治療されている重篤な疾病や外傷等の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り、臨床的には様々な状況がある。例えば、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)に相当する場合等である。

- 1) 不可逆的な全脳機能不全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、生命維持に必須な臓器が不可逆的機能不全となり、移植等の代替手段がない場合
- 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場合

終末期と判断された場合、医療・ケアの開始・不開始、差し控え、中止等については、構成されたチームで慎重に判断することになる。

3. DNARに関わること

DNAR は、回復の見込みがない状態で心肺蘇生の適応がない場合に患者の意思に基づき、または家族等と話し合った患者の推定意思に基づき、心停止時に心肺蘇生を行わない指示である。心肺蘇生を行わないことが医学的・倫理的に妥当であること、かつ医療チームの判断が患者・家族等の意見と一致していることを原則とする。方針の決定後に患者・家族等から方針変更の求めがあれば、医療チームは直ちに患者・家族等と方針の変更について話し合い、新たな方針を決定する。なお、DNAR 方針が決定した後であっても、予期しない原因による突然の心停止の場合は DNAR 方針の適応とはならず、蘇生行為を行う場合もある。

DNAR 指示は、心肺蘇生以外の医療処置(延命処置、苦痛緩和)に影響を与えてはならない。また、胸骨圧迫は行うが気管挿管は行わないといった、一部のみ実施する心肺蘇生(Partial DNAR)は行ってはならない。

4. 治療や検査の合意が得られないとき

患者の状態が診察や治療、検査を続行する必要がある場合には、患者がそれを拒んだとしても、医療行為を受ける必要性を説明し、適切な医療行為を受けるように説得しなければならない。一方、医療行為を受けるか否かの患者の意思決定は、「自律尊重の原則」

として尊重されなければならない。最終的に医療行為を受けるか否かは、患者の意思決定に委ねる。

具体的には以下のような配慮が必要になる。

- 1) 治療や検査の必要性(生命の危険がどの程度あるのか、検査を受けないことによる今後の治療の不確定性、治療を受けないことによる今後の経過等)を手元にある資料(診察所見や施行できた検査所見等)を元に正確に判断し、その判断と根拠を患者や家族等に十分に説明する。
- 2) 患者の治療や検査拒否が真摯なものなのか、それとも苦痛を避けるためだけのものなのかを判断し、後者の場合には苦痛緩和の手段を示して説明する。
- 3) 患者が拒否をしている場合には、家族等に説明し説得にあたってもらう。
- 4) 生命の危機が及ぶ場合には、緊急避難的に治療を行う可能性があることを説明しておく。
- 5) 以上のような過程は、本ガイドラインで示すような患者本人、家族等を含めたチームで行う。
- 6) 患者・家族等に十分な説明を行ったこと、治療・検査を拒否して説得を断念した経緯等を診療録に詳細に記載する。

なお、宗教上の理由から輸血の拒否があった場合には、別途作成されている『輸血拒否患者への対応ガイドライン』を参照のこと。

5. 高齢者の医療に関わること

高齢者医療では、家族観や倫理観に十分配慮しつつ、患者個々の死生観、価値観及び思想・信条・信仰を十分に尊重し、医療・ケアを受ける高齢者の尊厳の保護を常に意識することを心掛ける。

いかなる要介護状態や認知症であっても、本人にとって最善の医療・ケアを受ける権利がある。理解力や認知機能が低下していても、その意思決定能力を疑って安易に家族等に頼ることは厳に慎む。その人の意思決定能力のレベルに合わせて話の内容を工夫するように留意し、自己決定を支援するような立場で望む。最も重要なことは、理解力や認知機能が正常な時または軽度低下した早期に、本人と家族等が将来の医療・ケアについて本人を主体に話し合うことである。

医療チームの基本的な態度は、患者の発した言葉(感情)を大事にするとともに、患者の気持ち(真意)を探ることであり、コミュニケーションの中から患者の価値観を引き出し、それを理解したうえで話し合うことである。

認知症の人の意思決定に関しては、別途作成されている『認知症の人の意思決定支援に関するマニュアル』を参照のこと。

6. 障害者の医療に関わること

自ら意思を決定することに困難を抱える障害者に対して、可能な限り自ら意志決定できるよう支援する。意思決定に必要な情報の説明は、本人が理解できるように工夫して行う。意思決定や意思確認がどうしても困難な場合は、本人をよく知る関係者が集まり、日常生活の場面における表情や感情、行動に関する記録等の情報に加え、これまでの生活史、人間関係等様々な情報を把握し、根拠を明確にしながら障害者の意思及び選好を推定する。

意思決定を構成する要素

1) 本人の判断能力

障害による判断能力の程度は、意思決定に大きな影響を与える。意思決定を進める上で、本人の判断能力の程度について慎重なアセスメントが重要である。

2) 人的・物理的環境による影響

意思決定支援は、医療チームや関係者による人的な影響や環境による影響、本人の経験の影響を受ける。

7. 未成年(18歳未満)の医療に関わること

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、医療者の責務である。患者の意思決定能力を慎重に判断した上で、患者本人の意思を最大限に尊重する。両親(または親権を有する者)は、未成年の子供の養育の義務を負う者として、医療の方針を決定する重い責任がある。

未成年の患者の回復の見込みがない状態における方針を決定する際には、両親(または親権を有する者)、場合によっては患者本人と十分な話し合いを行って決定する。

8. 身寄りのない人の医療に関わること

家族等がない場合、医療チームは厚生労働省が2019年に公表した「身寄りの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」²⁾を参考にする。我が国において成年後見人と任意後見人は、患者の医療・ケアに同意する権限が現時点で認められていない。家族等と合意形成ができない場合、家族等から協力が得られない場合、家族等に連絡できない場合には、医療チームが把握できる介護従事者や自治体の福祉担当者、施設長に相談することが望ましい。

なお、戸籍を調べて相続人が判明し連絡できる場合、その同意は法的に重要な意味を持つ。

9. 臓器提供に関する意思決定

患者が回復の見込みがない状態になった場合、患者本人の臓器移植や組織提供の意思を確認する。臓器移植や組織提供の意思がある場合には、関連する他の委員会と連

携をとり、別途作成されている『心臓が停止した死後の腎臓提供に関する提供施設マニュアル』に則り適切な対応を図る。

IX. 書式

医療チームは必要に応じて次の書式について必要事項を記入し、診療録に保存しなければならない。

- ※ 透析の見合わせに関する確認書
- ※ 透析の見合わせに関する撤回書

X. 参考資料

1. 透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言
2020 年 日本透析医学会
2. 身寄りがい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
2019 年 5 月 厚生労働省
3. 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
2018 年 6 月 厚生労働省
4. 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
2018 年 3 月 厚生労働省
5. 障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン
2017 年 3 月 厚生労働省
6. 人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方に関する提言
2017 年 3 月 日本臨床救急医学会
7. Do Not Attempt Resuscitation(DNAR)指示のあり方についての勧告
2017 年 1 月 日本集中治療医学会
8. Do Not Attempt Resuscitation(DNAR)の考え方
2017 年 1 月 日本集中治療医学会
9. 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～
2016 年 11 月 全日本病院協会
10. 医療や看護を受ける高齢者の尊厳を守るためのガイドライン
2015 年 6 月 日本看護倫理学会
11. 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～
2014 年 11 月 日本集中治療学会, 日本救急医学会, 日本循環器学会
12. 維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言
2014 年 5 月 日本透析医学会

13. 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として

2012 年 6 月 日本老年医学会

14. 終末期医療に関する報告書

2010 年 11 月 日本弁護士会連合会

15. 循環器疾患における末期医療に関する提言

2010 年 日本循環器学会ほか

16. 終末期医療に関するガイドラインについて

2008 年 2 月 日本医師会

17. 終末期医療のあり方について ―亜急性期の終末期について―

2008 年 2 月 日本学術会議

改訂履歴

改訂番号	日 付	ページ/項目	改訂内容
1	2020 / 4 / 1	全ページ	新規作成
2	2025 / 5 / 2	全ページ	加筆修正