

「人生の最終段階における

医療・ケアの対応指針」



茨城県西部メディカルセンター

Ver.1.01

適切な意思決定支援を支える対応指針

茨城県西部医療機構

西部メディカルセンター

I はじめに

平成19年に厚生労働省が、「人生の最終段階における医療のあり方について」、患者・医療従事者ともに広くコンセンサスが得られる基本的な点についてまとめ、またよりよき人生の最終段階における医療の実現に資するとして、初めてガイドラインを策定した。平成27年には、最期まで本人の生き方（＝人生）を尊重し、医療・ケアの提供について検討することが重要であることから、「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」へ名称の変更を行なった。

平成30年3月には、近年の高齢多死社会の進行に伴う在宅や施設における療養や看取りの需要の増大を背景に、地域包括ケアシステムの構築が進められている現状を鑑み、また、近年、諸外国で普及しつつあるACP（アドバンス・ケア・プランニング：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス）の概念を盛り込み、医療・介護の現場における普及を図ることを目的にガイドラインが見直された。

このガイドラインを受け、近年の社会的背景を踏まえ、当院として「人生の最終段階における医療・ケアの対応指針」を策定した。

II 当院における人生の最終段階における医療・ケアの基本方針

人生の最終段階を迎える患者とその家族が、医療ケアチームとの話し合いのもと、患者の意思と権利が尊重され、心安らかな終末期医療を迎えられるように努める。本対応指針は厚生労働省の「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対応指針」を規範とし策定する。

1. 医師など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（医療・介護従事者）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上で人生の最終段階における医療・ケアを進める。
2. 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その都度示し、伝えられるような支援を、医療・ケアチームで行い、本人との話し合いを繰り返し行う。
3. 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、本人との話し合いを繰り返し行う。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（代理意思決定者）として前もって定めておく。

4. 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・ケア行為の中止などは、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。
5. 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・家族などの精神的・社会的援助も含めた総合的な医療・ケアを行う。
6. 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。
7. 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本規定の対象とはならない。

Ⅲ 人生の最終段階（終末期）に関わる用語の定義

1. 人生の最終段階（終末期）とは（全日本病院協会、2016）以下の3つの条件を満たす場合をいう。
 - ①複数の医師が客観的な情報を基に、治療により病気の回復が期待できないと判断すること。
 - ②患者が意識や判断力を失った場合を除き、患者・家族・医師・看護師等の関係者が納得すること。
 - ③患者・家族・医師・看護師等の関係者が死を予測し対応を考えること。
2. ACP（Advance・Care・Planning）とは（日本医師会、2019）
将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、本人を主体に、その家族や近しい人、医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、本人の意思決定を支援するプロセス。本人の人生観や価値観、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。

Ⅳ 対応指針の対象

本対応指針における適応症例は、原則以下とする。

※急性期重症患者は除外

・慢性疾患により、回復の見込みがないと判断された患者

V 当院の意思決定支援の体制

人生の最終段階における過程では、個々の死生観により死の受入れ方が異なることを踏まえ、患者自身又は看取る家族、代理意思決定者の思いも錯綜し、変化していくものであることを前提に、支援体制を整える。

1. 支援体制

1) 医療・ケアチーム

- ・構成員：担当する医師、担当看護師、病棟師長、他
- ・医療・ケアチームが終末期の状態であるのか、本人が意思を示せる状態なのか判断し、人生の最終段階における医療について話し合いを行う。必要に応じて主治医が他職種に参加を促す。

2) 倫理審査委員会

- ・構成員：副病院長、看護部長、事務部長 総務課長
- ・医療・ケアチームから相談を受け、人生の最終段階の医療の内容等について、倫理的課題の整理と助言を行う。

2. 医療・ケアチームによる方針の決定手続き

1) 本人、家族、医療者から部署長又は代行者への申し出

本人・家族等の希望や医療・ケアチームが意思決定の支援が必要と考えた患者について、担当する医師・部署長又は代行者が把握する。

2) 医療・ケアチームによる方針相談

担当する医師もしくは部署長又は代行者は、医療・ケアチームで方針の話合いの場を設定する。同時に担当する医師の病状説明に病棟師長もしくは担当看護師が同席し、病状や今後の見通しを共有する。

3) 本人、家族の同意のもと意思決定支援開始

部署長又は代行者もしくは担当看護師は、本人・家族等の病状の理解の促進や病状認識を確認しながら、本人・家族の意思決定支援を行う。具体的な支援の進め方については、表1参照

4) 繰り返し相談、診療録に相談内容を記載し共有

一度の相談で合意形成は困難であり、信頼関係を構築しつつ、時間をかけた丁寧な関わりが必要である。

5) 地域へ本人の思いをつなぐ

療養場所が変更される場合、本人の思いをつなぐ目的で地域との連携を図る

表1

意思決定支援の進め方

(最終段階を自身が考えられる時期)

(言葉かけの例)

<p>① 「もしもの時」について話す心構えができていないかを確認する</p>	<p>もしこの薬が効かなくなったらどうしようと考えたことがありますか。</p>
<p>① 病状の認識を確かめる</p>	<p>病状についてどのように説明を受けていらっしゃるでしょうか</p>
<p>② 話し合いを導入する</p>	<p>もしもの時のことについて、これから相談していきたいと思うのですがよろしいでしょうか</p>
<p>③ 代理決定者を選定する</p>	<p>万が一体調が悪くなった場合、ご自分の意向を医療従事者に伝えることができなくなることがあります。そのような場合に〇〇さんが大切にしていることが良く分かっていて、〇〇さんになりかわって治療などの判断ができる方はどなたになりますか。</p>
<p>④ 療養や生活での不安・疑問を尋ねる</p>	<p>病気や治療のことでわからないことや不安なことはありますか。そのことについて先生に相談したことはありますか。</p>
<p>⑤ 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる</p>	<p>生活や療養の上で一番大切にしていることはどんなことですか。そのことについて代理意思決定者にお話したことはありますか。</p>
<p>⑥ 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する</p>	<p>自分の考えを伝えることができないくらい病状が悪化し、改善の見込みがない場合、どのような治療を望みますか。</p>
<p>⑧代理決定者の裁量の余地について尋ねる。</p>	<p>〇〇さんは、たとえ〇〇さんがいま希望している治療方針と違う結果になろうとも、代理決定者である××さんが医師と相談したうえで、あなたにとって最善と考えられる治療を選択してもよいとお考えですか。</p>

VI 人生の最終段階における医療方針の決定について

1. 人生の最終段階であることの説明

医療・ケアチームが人生の最終段階であると判断した場合、患者・家族等に説明し、患者が終末期の状態にあることについて理解と納得を得る。その際、患者は意思を明確に示せる状態（成人の方で判断能力があり意思表示が可能）であるかどうか、チームで判断する。

2. 患者等の意思確認及び方針決定の方法

1) 患者の意思が明確な場合

- (1) 患者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。その上で本人と医療・ケアチームとが十分に話し合い、本人の意思決定を基本に方針を決定する。可能な限り、決定した方針に基づき意思確認書を作成する。
- (2) 時間の経過、心身の状態変化、医学的評価の変更等に応じて、患者本人の意思が変化しうるものであることを考慮し、その都度、患者との十分な話し合いを行い、意思決定の支援をする。
- (3) 患者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ため、家族（代理意思決定者）等も含めて話し合いを行う。
- (4) 話し合った内容は、その都度、記録にまとめておく。

2) 患者の意思が不明確な場合

- (1) 家族等（代理意思決定者）が患者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。（事前指示書の有無確認）
- (2) 家族等が患者本人の意思を推定できない場合、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。可能な限り、決定した方針に基づき意思確認書を作成する。
- (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、チーム内で話し合い、患者本人にとっての最善の方針をとる。
- (4) 時間の経過、心身の状態変化、医学的評価の変更等に応じて、その都度、家族等との十分な話し合いを行い、意思決定の支援をする。
- (5) 話し合った内容は、その都度、文書にまとめておく。

3) 医療・ケアチーム内での決定が難しい場合

家族内での意見がまとまらない場合、医療・ケアチーム内で合意が得られない場合等については、倫理審査委員会による話し合いの場を別途設定し、方針等についての検討、助言を行う。

3. 慢性疾患患者の急変を含む、急性期患者の人生の最終段階における医療の方針決定の方法

- (1) 基本的な方針は前述の方法に準ずるものとする。
- (2) 医療・ケアチームの慎重な検討により人生の最終段階とされた患者にすでに延命治療が開始されている場合

1) 積極的な治療を希望する場合

a. 家族らが積極的な対応を希望している場合

医療・ケアチームにより、延命治療の継続が患者本人にとっても、家族にとっても望ましくないと判断された場合は「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。

b. 家族らが延命措置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. (3)に別記

c. 家族らが医療・ケアチームに判断を委ねる場合

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

2) 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。

(3) 家族らが延命措置の中止を希望する場合の方針の決定について

既に開始されている延命治療の減量、縮小、又は中止の決定については、主治医を含む複数の医師(複数科であることが望ましい)と看護師・MSW等からなるチームの総意であることが重要であり、これを延命治療に関わる医療・ケアチームとする。

本チームで判断ができない場合には、倫理審査委員会にて判断の妥当性を検討することが勧められる。

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)、などが考えられるが、②又は③の延命措置を減量、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。

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。ただし、当院の治療方針の中では、いかなる場合でも推奨されるものではない。

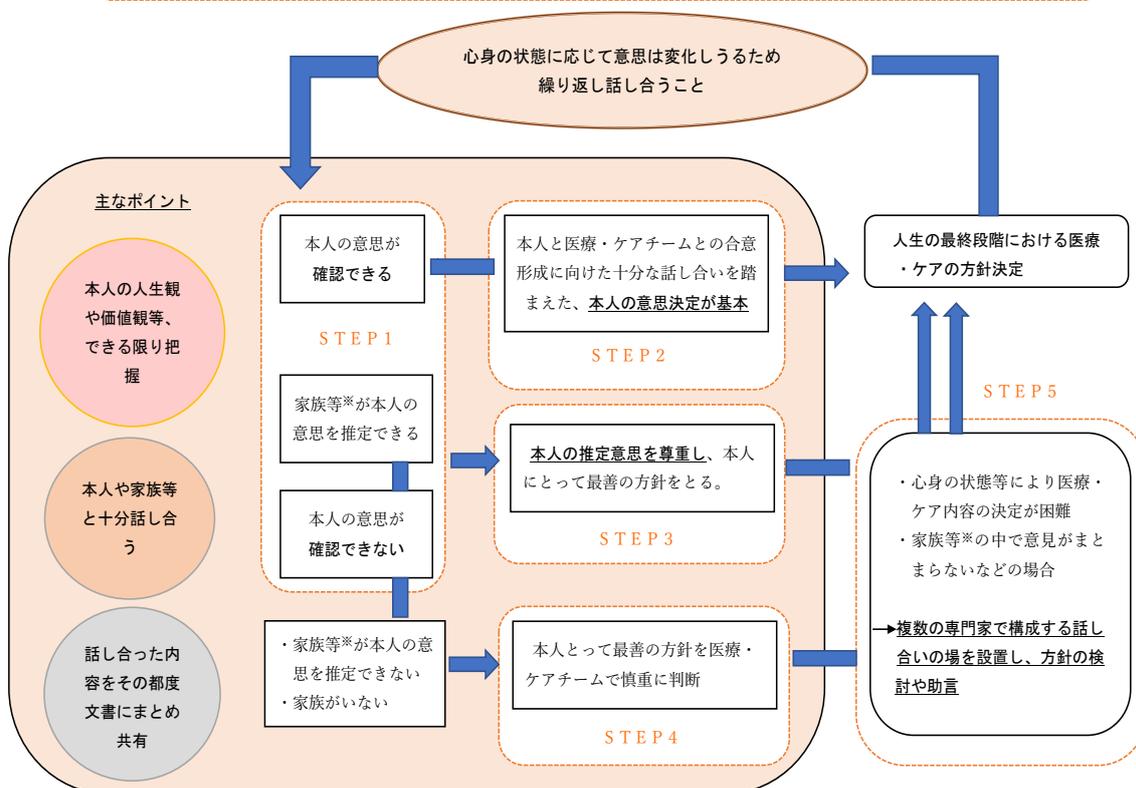
2) 血液透析などの血液浄化を終了する。

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。

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。

「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」意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



※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、話し合いに先立ち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が重要である。

※家族等には広い範囲の人（親しい友人等）を含み、複数人存在することも考えられる。

厚生労働省資料（2018）を一部改変

VII 支援の記録

1) 診療録

主治医が患者・家族等に終末期の状態であることを説明し、意思確認書を作成した際には、以下の内容について診療録に記録する。また、説明時に同席した看護師等も同様に、診療録にその内容を記載する。

(1) 医学的観点から

医学的終末期であること、家族等に説明した内容、説明を受けた者の理解・状況

(2) 意思確認の観点から

患者・本人の意思、事前指示書の有無(もしも手帳含む)、代理意思決定者による推定意思、医療・ケアチームメンバー名

(3) 延命措置の観点から

選択枝の可能性とそれらの意義、患者にとって最善の治療方針についての検討事項、検討メンバー名

(4) 状況変化への対応

状況の変化や対応の変更、治療経過と結果

2) 意思確認書

人生の最終段階と判断された場合、主治医と患者・家族の話し合いのもと、今後の医療行為における患者の希望についての意思確認書を可能な限り作成する。

3) 人生の最終段階における医療・ケアの検討申請書

医療・ケアチームの話し合いで解決がされず倫理委員会に相談する場合は、主治医が人生の最終段階における医療・ケアの検討申請書を作成し、倫理委員会事務局(総務課)へ申請書を提出する。

VIII 教育

1. 教育内容

- 当院における対応指針の内容の理解
- 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2018)の理解
- ACPの概念の理解
- その他倫理に関わる内容

2. 教育方法

- 病院で直接雇用する職員は少なくとも年1回倫理研修を受講する。
- 各部署の意思決定支援を推進する者は、厚生労働省の「人生の最終段階における医療体制整備事業」が企画している「患者の意向を尊重した意思決定支援のための研修会相談員研修会」を受講することが望ましい。

IXおわりに

意思決定支援の対象者は、年代や病状を問わない。どのような段階であるにせよ、人間的な配慮と尊厳を重視した対応を行なう必要がある。その上で、多職種で患者・家族の意思決定を支え、細やかな配慮をもってそれを受け止め支え続けることが大切である。また、本人の意思決定を尊重した医療及びケアを提供し、尊厳ある生き方を実現するためにも、本人が意思を明らかにできるときから、家族等及び医療・ケアチームと繰り返し話し合いを行い、その意思を共有しておくことが重要である。

Ver1.00 2020年10月作成

Ver1.01 2023年12月改訂 【IV 3.を追加】

<参考文献>

- ・厚生労働省：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、2018.
- ・全日本病院協会：終末期医療に関するガイドライン、2016.
- ・日本医師会：終末期医療に関するガイドライン(改訂案)、2019
- ・小千谷総合病院：人生の最終段階における医療・ケアの指針、
http://www.ojiya-ghp.jp/hospital/mrdicalcare_guidelines.html閲覧日20207/2
- ・横浜市立脳卒中・神経脊椎センター
「人生最終段階における医療・ケアの対応指針」
<https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/kenko-iryo/byoin/>閲覧日 20207/6
- ・檜津慶司・森本優子：エンド・オブ・ライフケアを充実させるための相談体制の構築、地域連携、11(3)、79-87、2019.
- ・木澤義之：「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」と意思決定支援にプロセス 看護管理 VOL30 No.2 108-109、2020

終末期における医療等に関する意思確認書について（説明書）

茨城県西部メディカルセンター

この意思確認書は、患者さんが回復の見込みがない状態になったとき、それ以降にどのような治療を受けたいか、本人の気持ちを文書として確認をするものです。患者さんが実際にそのような状態になられた場合に、医療者はこの意思確認書の内容をもって、人権と生命の尊厳に配慮した治療を行います。

趣旨

1. 意思確認書は、本人がどのような治療を受けたいかあらかじめ医療者側に伝えておくものです。署名された後、気持ちが変わったときはいつでも変更可能です。主治医または担当看護師にお申し出ください。
2. 本人の意識がない場合、判断力が失われてきたと医療者が判断した場合などには、本人の意思を最もよく理解されているご家族等と主治医及び担当看護師等が、患者さんにとって最善の治療について十分に話し合い、必要に応じて第三者の承認を受けて治療を決定します。
2. 意思確認書の有無によって患者さんが治療上、有利になったり、不利になることはありません。また、変更されたことによって、患者さんにいかなる不利益が生じることはありません。意思を尊重して最善の治療を行います。

終末期における医療等に関する意思確認書

茨城県西部メディカルセンター病院長

私は、 年 月 日に、医師から回復の見込みがなくなった場合の意思確認の説明を受けました。本日、今後の治療等について、十分に理解し納得した上で意思確認書を提出します。また、いかなる場合でも痛みなどに対する苦痛の緩和は行うこと、この意思確認書はいつでも変更できることの説明を受けました。

1 食事が摂れなくなった時の水分・栄養補給の対応について

- | | |
|---------------|--|
| 1) 末梢血管からの点滴 | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない |
| 2) 経鼻胃管の使用 | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない |
| 3) 中心静脈の使用 | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない |
| 4) 胃瘻（いろう）の造設 | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない |

2. 血圧が下がったとき、昇圧剤（血圧を維持する薬剤）の使用

希望する 希望しない

3. 呼吸状態が悪化した時、人工呼吸器の装着（後に気管切開が必要になる可能性があります）

希望する 希望しない

4. 腎臓の機能が低下した時、人工透析の実施

希望する 希望しない

5. 呼吸が苦しくなったり、病気に対する耐え難い不安が生じた時、麻薬（呼吸を楽にする薬）、鎮静剤（気持ちが楽になる薬）の使用

希望する 希望しない

6. 呼吸器、尿路などに感染症が生じた時の徹底的な治療の希望

希望する 希望しない

7. 想定外の心肺停止時（窒息など）に胸骨圧迫（心臓マッサージ）、除細動器（電気ショック）、挿管（気管にチューブ挿入して換気すること、後に気管切開が必要になる可能性があります）を用いた心肺蘇生術の施行

希望する 希望しない

8. その他の希望があればご記入ください。

--

9. ご自分で意思が伝えられなくなった場合、どなたに意思を委ねますか？

氏名	続柄
住所 〒	
電話番号	— —

患者署名欄

記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 _____

代諾者 _____

(本人が記載した場合は不要)

病院署名欄

【記載年月日】 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明医師名 _____ 科

同席看護師名 _____

(同席看護師不在の場合は不要)

茨城県西部メディカルセンター