

人生の最終段階における医療・ケアの対応指針

「人生の最終段階における医療・ケアの対応指針」ワーキンググループ

2022年4月15日

人生の最終段階における医療・ケアの対応指針

人生の最終段階における医療のあり方は、従来から医療現場の重要課題である。

平成 19 年に厚生労働省よりガイドラインが策定され、平成 30 年には、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増大、地域包括ケアシステムの構築、アドバンス・ケア・プランニング（Advanced care planning: ACP）の概念を盛り込み、医療・介護の現場における普及を図る目的で、これが改訂されている。このような社会的な流れを受け、当院では主に療養型病棟で運用される「人生の最終段階における医療とケアに関する指針」（平成 30 年 8 月作成）を見直し、新たに ACP の概念をもとに終末期ケアの原則的なあり方を整理して、今回あらためて当院における「人生の最終段階における医療・ケアの対応指針」として策定した。

（なお策定にあたっては、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」を規範とした。）

I 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、心安らかな医療やケアを迎えられるよう努める。

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、複数の異なる専門職種の医療・介護等の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・ケア行為の開始および不開始、内容の変更、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・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行う。
6. 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は行わない。
7. 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。

II 人生の最終段階に関わる用語の定義

1. 人生の最終段階とは、
以下の3つの条件を満たす場合をいう。
 - 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。
 - 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。
 - 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。(全日本病院協会、2016)
2. ACP (Advanced 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、本人を主体に、その家族や近い人、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。
(日本医師会、2019)

III 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：主治医、主治医以外の医師、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を判断し、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の参加を促す。
 - 2) 臨床倫理委員会
(構成) 病院長、副病院長、診療部長、看護部長、事務長、医事課長)
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。事例に応じて、適宜外部委員（弁護士、医療有識者）を構成員に加える。

2. 医療・ケアチームの意思決定支援の流れ

- 1) 本人、家族、医療者から主治医または病棟師長への申し出
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を、主治医と病棟師長が把握する。
- 2) 医療・ケアチームによる方針相談
主治医もしくは病棟師長は、医療・ケアチームで方針を協議する場を設定する。同時に主治医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、家族の同意のもとで意思決定支援開始
- 4) 病棟師長もしくは担当看護師は、本人、家族等の病状の理解を促し、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。
- 5) 繰り返し相談、診療録への相談内容の記載と共有
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。
- 6) 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。

IV 人生の最終段階における医療の方針決定について

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、患者が人生の最終段階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）であるかどうかを、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。
- 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 家族等がない場合およ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) 以下については、臨床倫理委員会による話し合いの場を別途設定し、臨床倫理委員会は方針等についての検討、助言を行う。

- 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

V 支援の記録

1. 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で、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。

2. 診療録

主治医が患者、家族等に人生の最終段階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

医学的に人生の最終段階であること、家族等に説明した内容、説明を受けた者の理解や状況

2) 意思確認の観点から

患者本人の意思、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

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臨床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、臨床倫理委員会へ申請書を提出する。

VI 教育

1. 教育内容

- 人生の最終段階における医療
- ACPの概念と実践
- その他倫理に関わる内容 など
(ACP ワーキンググループと連携して進める。)

2. 教育方法

病院で直接雇用する職員は、少なくとも年1回の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。

(付帯事項)

今後、本対応指針について解釈の疑問が生じた場合や、社会情勢により指針の内容変更が必要になった場合は、ケアに関することは看護部、事務手続きに関することは医事課、臨床倫理委員会に関することは総務課が相談窓口となる。

人生の最終段階と判断する条件

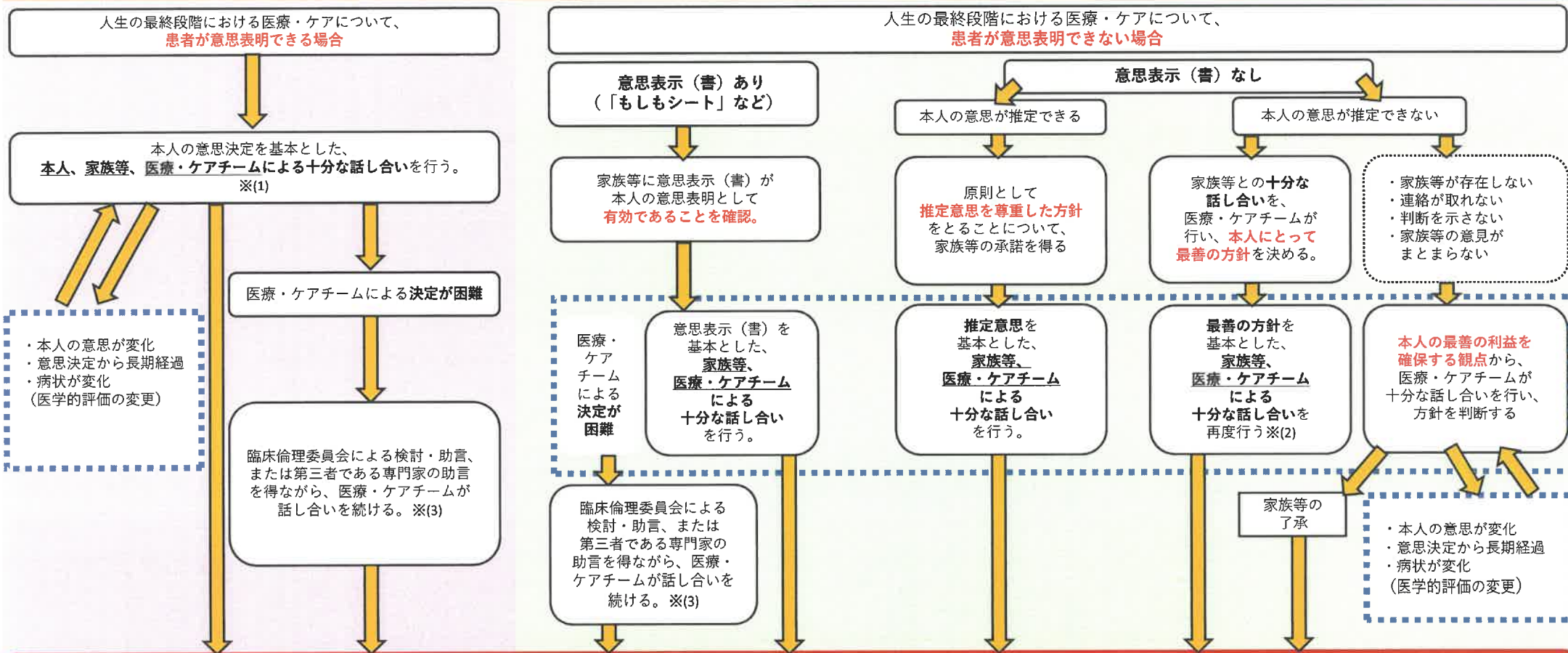
医療・ケアチームで話し合い3条件に該当

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

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している

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

医療・ケアチームと患者・家族で十分に話し合い 人生の最終段階であることの理解を得て意思決定支援へ



本人の意思を基本とし、それを尊重したうえで、医療・ケアチームにより人生の最終段階における医療・ケアの方針決定

※(1)話し合いの内容はその都度、文章等に記録しておく。本人の意向によっては、本人が**将来の医療・ケアについての意思表示**(「もしもシート」など)を残すこともある。

※(2)この過程は事例によっては省略できる。 ※(3)「第三者である専門家」とは院外の弁護士・医療有識者等を指す。

「もしもシート」運用の手引き

基本ルール

- 礼儀正しく丁寧に
- 侵襲的でないコミュニケーションで
- 「もしも、万が一」という前置きで始める

運用の実際

□ ステップ1 病状の認識を確かめる

例:「カルテを読ませていただいたので、大体のことは承知していますが、今後のことを相談するうえでどのように病状を捉えていらっしゃるかをご本人の言葉で伺いたいと考えています。」

□ ステップ2 準備状態を確認する

例:
「入院中と同じような状況になった場合のことや、身の回りのことが自分でできなくなった状態についてお考えになったことがありますか？」

ある場合

「もしよろしければどのようにお考えになったかを詳しく教えていただけますか？」
「もしもの時のことについてこれから相談をしていきたいと思うのですが、よろしいでしょうか？」

ない場合

【case1】: 考えたことはないけれど、考えることにあまり抵抗はない場合

ともに希望を持ち、ともに心配することを前提として行う。

例:
「できるだけ今の状態が維持できるようにしていきたい、でも、もし具合が悪くなったら心配だ」⇒(最善を期待し、最悪に備える視点で)
「もしもの時のことについてこれから相談をしていきたいと思うのですが、よろしいでしょうか？」

【case2】: 考えたくない、あえて考えないようにしている場合

例: 防衛機制(否認など)が働いているよう、下を向く、口数が減る
⇒ 別のタイミングを見計らうこととし、話題を変え、ここで終了とする。
「お時間いただきありがとうございました。また何か気になることなどありましたらいつでもご相談ください。」

□ ステップ3 シートの記入を開始する

※ 記入後は、用紙のコピーをスキャン依頼し、掲示板に「もしもシート」スキャン文書ありと記載する

- 注意点
- 十分な時間と場所を設定する。
 - プライバシーが保たれた落ち着いた場所を用意する。
 - 面談が中断しないように配慮する。

もしもの時のことを考えたことがありますか？

あなたと、あなたの大切な人のために
話し合ってみませんか？

新潟医療センター版 もしもシート

だれ誰もが、いつ、命の関わる大きな病気や怪我をするかわかりません。

ですが、もしもの時に受けたい医療や介護について、自分で考えたり、家族と話し合った事がある人は少ないようです。元気な時から、家族や大切な人と思いを共有しておくことは大切です。

今回の治療を機に、一緒に考えてみませんか？



新潟県厚生農業協同組合連合会

新潟医療センター

3. もし、治療やケアについて、自分で決められなくなったら、

代わりに誰に話し合っしてほしいですか？

配偶者(夫・妻)

子ども・孫

きょうだい

親戚(姪・甥など)

友人・知人

かかりつけ医

頼める人はいない

その他 ()

4. これらの選択を希望した思いや理由を書いてみましょう。

作成日 年 月 日

本人氏名 _____

記入支援者 氏名 _____

代筆者 氏名 _____ (本人との関係: _____)

◆この用紙は、ご自身で治療方法を判断することが困難な場合に、

ご自身の^{い し ないよう}意思内容として、ご家族や医療・ケアチームにおいて
最大限尊重いたします。

◆ご記入後、医療者がコピーをとり、カルテに保存させていただくことがあります。

メモ

書き足りないこと等を自由にお書きください。

◆健康なときと病気になってからなど、そのときの状況^{じょうきょう}によって
考えや思い^{へんか}は変化^{へんか}します。考えに^{へんか}変化^{へんか}があったときは、
この用紙は何度でも書き直すことができます。

◆この用紙に^{ほうてきこうりやく}法的効力^{ふだん}はありません。普段から身近な^{ふだん}こととして、
ぜひご家族や大切な人と一緒に話し合ってみてください。



もしもの時のことを考えたことがありますか？

あなたと、あなたの大切な人のために
話し合ってみませんか？

新潟医療センター版 もしもシート

だれ
誰もが、いつ、命の関わる大きな病気や怪我をするか
わかりません。

ですが、もしもの時に受けたい医療や介護について、
自分で考えたり、家族と話し合った事がある人は少ないようです。
元気な時から、家族や大切な人と思いを共有しておくことは大切です。

今回の治療を機に、一緒に考えてみませんか？



新潟県厚生農業協同組合連合会

新潟医療センター

メモ

書き足りないこと等を自由にお書きください。

◆健康なときと病気になってからなど、そのときの状況じょうきょうによって
考えや思いへんかは変化します。考えへんかに変化があったときは、
この用紙は何度でも書き直すことができます。

◆この用紙ほうてきこうりよくに法的効力はありません。普段から身近なこととして、
ぜひご家族や大切な人と一緒に話し合ってみてください。

