

人生の最終段階における
医療・ケアに関する指針

松江医療センター
改訂 2024年3月

人生の最終段階における医療・ケアに関する指針

I. はじめに

医学・医療の進歩は、多くの患者の命を救うこととなった。しかしその一方で、回復の見込みがなく、死期の迫っている患者に対して、過剰な延命措置は無意味であるだけでなく、時には患者の尊厳を侵すものであるため、場合によっては延命措置の差し控えや中止も考慮すべきである。2015年に厚生労働省は従来の「終末期医療」を「人生の最終段階における医療」へと表現を変更し、最期まで患者本人の生き方(=人生)を尊重した医療・ケアを検討することが重要であるとの考え方を強調している。もちろん、治療の差し控え、中止は患者の死につながるものであるだけに、その決定には慎重さが求められる。

本改訂版では厚生労働省「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」などの内容を踏まえ、また「終末期」も含めた「人生の最終段階」における対応に関しての当院での指針についてまとめた。

II. 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

- 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うえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。

また、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が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。

さらに、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、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。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として前もって定めておくことも重要である。
- ② 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べきである。
- ③ 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・ケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本指針では対象としない。

III. 本人の意思確認と意思決定支援^{7,8)}

人生の最終段階における延命措置の差し控えや中止については、延命措置の差し控えや中止を求める本人の意思がその時点で確認できることが重要であると考えられる。

本人の意思については、本人の口頭または文書による意思表示のほかに、本人が正常な判断ができない、あるいは本人が意思を明らかにできないような状態では、本人の事前の文書による意思表示（リビング・ウィルまたは医療代理人の指名を含むアドバンス・ディレクティブ）を確認することが重要である。

また、近年では、可能な限り本人の意思を確認するために、終末期に至る前の早い段階から本人の意思決定を支援する方策として、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の考え方が普及しつつある。

ACP 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、その家族等、及び医療・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のことである。

本人の意思は変化し得るものであることから、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更等に応じてその都度説明し、本人が意思表示できる間に、終末期医療に関する本人の意思や希望を繰り返し確認、共有しておくことが重要である。

この説明に当たっては、家族等も含めた十分な話し合いを行うことが必要である。家族等が話し合いに参加できない場合は、本人が拒まない限り、決定内容を知らせる。話し合いの内容は、その都度、文書にまとめておくことが重要である。

ACP は、その都度の話し合いを記録し、それを繰り返すプロセスであり、そのことによって最大限本人の意思の実現を図るための手段である。ただし、話し合いたくない、考えたくないという本人の意思に反して強制されるものではない。生死に関わるきわめて微妙な問題であり、本人の心身の状態を考慮する等、十分に配慮することが望ましい。

IV. 人生の最終段階としての「終末期」の定義

人生の最終段階を理解するためには、まず「終末期」の概念を理解する必要がある、

以下の三つの条件を満たす場合^{2,5)}、

1. 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

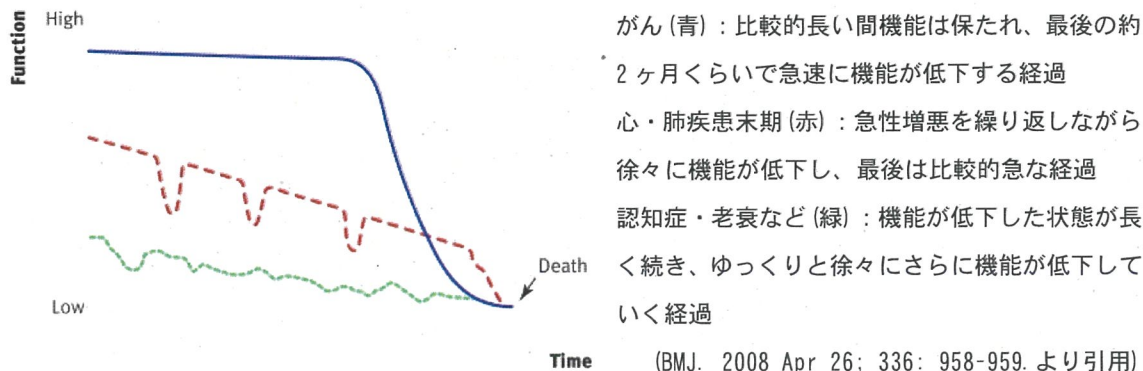
あるいは、広義と狭義に分け³⁾,

- 広義の「終末期」(単に「終末期」と表現するときは、これを指す。)
 - (1) 最善の医療を尽くしても、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。
 - (2) 主治医を含む複数の医師および看護師、その他必要な複数の医療関係者が判断し、患者もしくは患者が意思決定できない場合には患者の意思を推定できる家族等(法的な意味での親族だけでなく、患者が信頼を寄せている人を含む)が(1)を理解し納得した時点で「終末期」が始まる。
- 狭義の「終末期」(臨死状態)

臨死の状態で、死期が切迫している時期。

とされる。

疾患により、終末期へと至る経過はさまざまであり、あらかじめ理解しておくことが重要である。



V. 人生の最終段階としての終末期における治療の差し控えや中止について

終末期における治療行為の差し控えや中止は、①終末期状態にあり、②治療行為の差し控えや中止を求める患者の意思表示がその時点で存在することが重要な要件である。

特に中止に際してはその行為が患者の死亡に結びつく場合がある。従って、医師は終末期医療の方針決定を行う際に、特に慎重でなければならない。

その場合、患者にとって最善の対応をするという原則に従って、治療行為の減量、または終了する方法について選択する。

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、④上記の何れかを条件付で選択する、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、たとえば以下の選択肢がある。

- 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。
- 心停止時に心肺蘇生を行わない。

心肺停止時のDNR (Do Not Resuscitate) 指示、DNI (Do Not Intubate) 指示については、心肺蘇生を試みることでQOLを維持することや意味のある延命をもたらさないこと、更なる負担を与えずに安らかな最期となるように看取るためであることなど、患者・家族に生じる利益と不利益を十分に情報提供のうえ、考慮する。

VI. 人生の最終段階としての終末期の判定

患者が終末期の状態であることの決定は、医師を中心とする複数の専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって行う。

医療・ケアチームは、原則として担当医、担当医以外の1名以上の医師、看護師、ソーシャルワーカー等の医療従事者から構成されるのが望ましい。

VII. 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定は次によるものとする。

(1) 本人の意思の確認ができる場合

- ① 方針の決定は、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がなされることが必要である。

そのうえで、本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた本人による意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行う。

- ② 時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化しうるものであることから、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明がなされ、

本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行われることが必要である。この際、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、家族等も含めて話し合いが繰り返し行われることも必要である。

- ③ 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ものとする。

(2) 本人の意思の確認ができない場合

本人の意思確認ができない場合には、次のような手順により医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族等が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ことを基本とする。
- ② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、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ことを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。
- ③ 家族等が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、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ④ 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ものとする。

(3) 複数の専門家からなる話し合いの場の設置

上記 (1) 及び (2) の場合において、方針の決定に際し、

- ・医療・ケアチームの中で心身の状態等により医療・ケアの内容の決定が困難な場合
- ・本人と医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
- ・家族等の中で意見がまとまらない場合や、医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合

等については、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

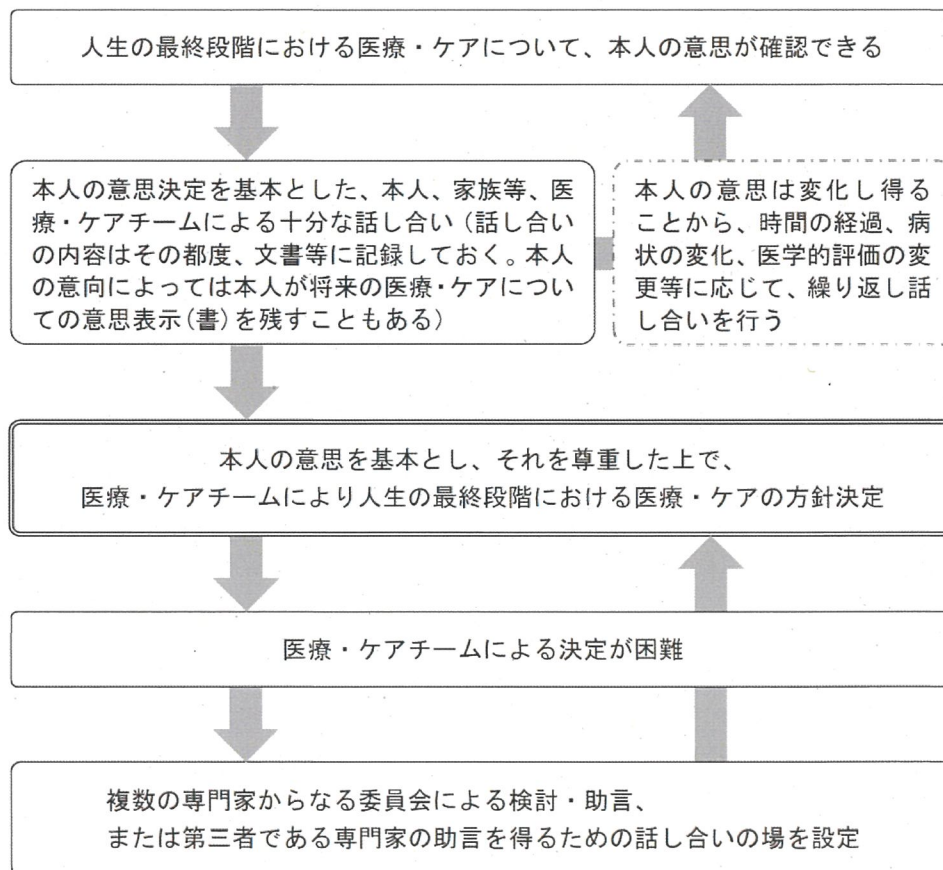
参考文献

- 1) 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン. 厚生労働省, 2007
- 2) 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～. 全日本病院協会, 2009
- 3) 終末期医療に関するガイドラインについて. 日本医師会第X次生命倫理懇談会, 2008
- 4) 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, 2014
- 5) 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～. 全日本病院協会, 2016
- 6) 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
- 7) 終末期医療に関するガイドライン (改訂版). 日本医師会, 2019
- 8) 人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドライン. 日本医師会, 2020

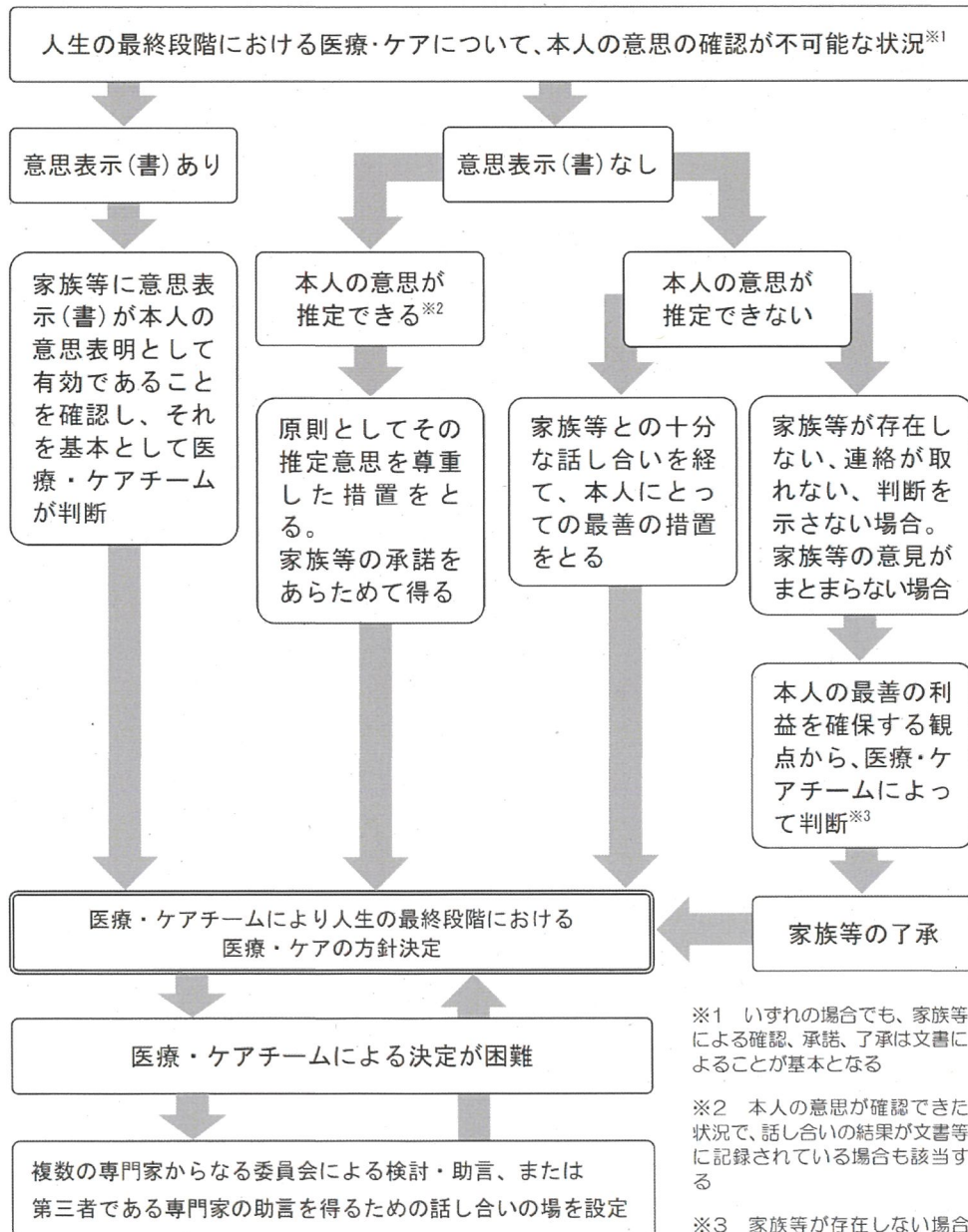
別 紙

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定に至る手続き

1. 本人の意思が確認できる場合



2. 本人の意思の確認が不可能な状況の場合



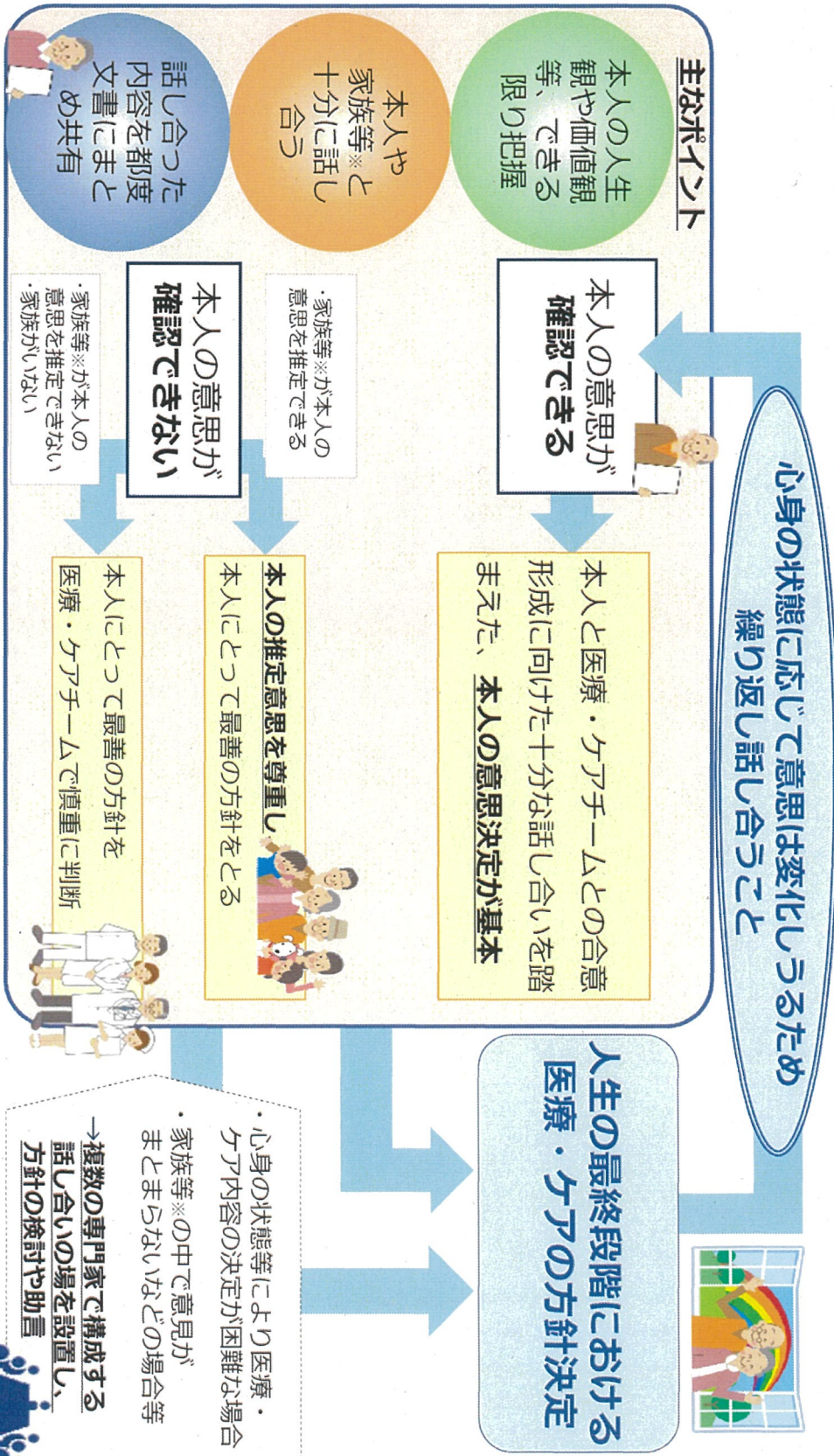
※1 いずれの場合でも、家族等による確認、承諾、了承は文書によることが基本となる

※2 本人の意思が確認できた状況で、話し合いの結果が文書等に記録されている場合も該当する

※3 家族等が存在しない場合は、「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」へ

「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」 における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、介護従事者を含む多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。

・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難な場合
・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合等
→**複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、方針の検討や助言**

厚生労働省

