

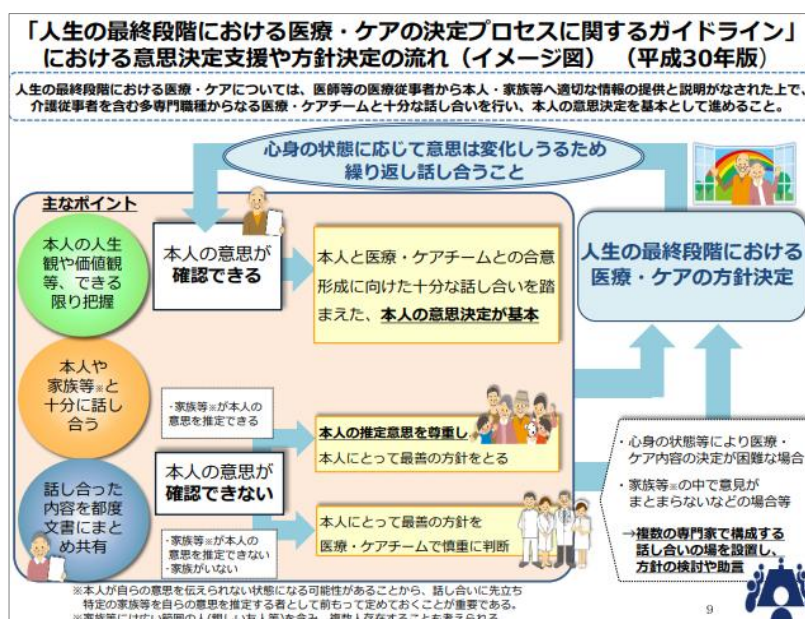
東京女子医科大学 3 病院における人生の最終段階における医療・ケアの指針

急性期医療を担う本施設に通院、入院する患者においては疾患罹患や治療に伴い心身や状況の変化を生じたり、人生の最終段階を迎えるにあたり、本人が今後の生き方を問い直す状況に置かれやすい。このような状況に対して「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」（以下、人生の最終段階のガイドライン）¹⁾では、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）^{*1}について、日ごろから繰り返し、医療・ケアの方針や望む生き方について話し合うことの重要性が示されている。

*1：アドバンス・ケア・プランニング（事前医療・ケア計画・人生計画、Advance Care Planning：ACP、以下 ACP）

I. 基本方針

人生の最終段階を迎える患者が尊厳ある生き方を実現できるよう、患者、家族等、医療・ケアチームの間で十分な説明と話し合いを行い、本人の意思と権利が尊重された最善の医療・ケアを進める。指針にあたり、「人生の最終段階のガイドライン」を規範とし策定する。



*ここでいう家族等とは、法的な意味での親族関係のみを意味せず、より広い範囲の人（親しい友人等）を含む。また複数人存在することも考える

図 1 文献 2)

II. 人生の最終段階の考え方

1. 人生の最終段階の定義

1) 患者が適切な治療を受けても回復の見込みがなく、死が訪れることが予測された状態

2. 人生の最終段階の判断

1) 複数の医師と医療スタッフが「その時点で行われている治療に加えて、更に行うべき治療法がなく、現在の治療を維持しても病気の回復が期待できない」と判断が一致すること

2) 患者が意識や判断力を失った場合を除き、患者・家族等・医師・看護師等の医療・ケア関係者

が納得できること

- 3) 患者・家族等・医師・看護師等の医療・ケア関係者が患者の死を予測して対応を考え始めること

III. 医療・ケアチームの方針決定

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定は以下によるものとする

1. 患者が意思表示できる場合

- 1) 患者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。その上で本人と多職種の構成で結成される、医療・ケアチームが本人の意思決定を基本とした、医療・ケアチームの方針を決定する
- 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、本人の意思が変化するものであることを考慮し、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) この過程の話し合い、意思決定については、その都度、文書にまとめておく
- 4) 患者の同意を得た上で、家族等による代理判断者に決定事項を伝え、家族等による代理判断者への支援も行う

2. 患者が意思表示できない場合

適切な代理判断となるよう以下の手順を踏む

- 1) 事前指示があればそれを尊重する
- 2) 家族等による代理判断者が代行判断をする。その際、患者の価値観・人生観を考慮し、当該状況における患者の意思を推定した判断がなされることで、患者にとって最善の方針をとる。患者の意思が推定できない場合には、家族等または代理判断者と十分に話し合い、患者にとって最善の方針をとる。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、治療目標は何か、どのような QOL を望んでいるのか検討の過程を繰り返す。それらは全て記録される。治療方針に際し、家族または代理判断者、医療・ケアチームが判断困難な場合は、臨床倫理委員会（臨床倫理コンサルテーションチーム）等、病院管理者からなる検討会で、治療方針等について検討又は助言を得る

3. 患者の意思が確認できず、家族等または代理判断者も不在な場合

- 1) 医療・ケアチームの多職種、および可能な限り地域を含む患者の関係者により、患者にとっての最善とは何か（最善の利益となり得る医療の選択）について話し合い、最善の医療・ケアを行う。そして、治療方針に際し、臨床倫理委員会（臨床倫理コンサルテーションチーム）等、病院管理者からなる検討会で、治療方針等について検討又は助言を得る

4. 考慮すべきこと

- 1) 家族とは、本人が信頼を寄せ、人生の最終段階の患者を支える存在であるという趣旨であり、法的な意味での親族関係のみを意味せず、より広い範囲の親しい友人も含み、複数人存在する事ことも考えられる
- 2) 家族等または代理判断者からは、患者のこれまでの人生観や価値観、どのような医療・ケアを望んでいたのか等の情報から患者の意思を推定する。推定が困難な場合は、患者の最善の利益が何であるかについて、家族または代理判断者と医療・ケアチームが十分な話し合いを

行う

- 3) 生前の臓器移植提供や献体に関する、本人の意思は尊重されるべきものであるが、院内における臓器移植・献体提供の安全性が確保されるまでは、病院管理者により個別に対応する。生前意思を把握した段階で、病院管理者に報告する。

IV. 延命措置への対応

1. 人生の最終段階と判断した後の対応

- 1) 主治医は患者、家族等による代理判断者に対して、患者が人生の最終段階であり、病状が予後不良であり、治療を受けても救命の見込みが全くない状態であることを説明し、理解を得る
- 2) リビング・ウィル（Living Will）など有効な事前指示の有無を確認する
- 3) 家族等による代理判断者の意思を確認する

<用語の定義>

(1) ACP

「自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い共有する取組」（厚労省）、「将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセス」（日本医師会）のことであり、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している

(2) アドバンス・ディレクティブ（事前指示、advance directive : Ads 以下、Ads）³⁾⁴⁾

患者または利用者等が将来判断能力を失った際に、自らに行なわれる医療行為に対する意向を前もって示すこと。ACP は、人生のさまざまな局面で繰り返し行われる話し合いのプロセスであり、Ads はその結果として作成されたものである。Ads には以下の 2 つの形態がある

① 内容的指示

どのような治療や医療処置を希望するか、あるいは希望しないかという意向。このなかには、リビング・ウィル（Living Will）や心肺停止に陥った場合に心肺蘇生をしないという本人の意向（Do Not Attempt Resuscitation : DNAR、以下、DNAR^{*3)}）が含まれる。

^{*3}：死が予期される不可逆性疾患の人生の最終段階や救急医療の現場で蘇生の可能性がほとんどないことが前提

② 代理判断者指示

自らが判断できなくなった際に本人に代わって意思決定を行う代理判断者を指名すること。

ACP は、本人が主体となって前向きにこれからの生き方を考える仕組みである。ACP が将来における医療・ケアに関することであるのに対して、アドバンス・ライフ・プランニング (Advance Life Planning: ALP) は、健康なときから自分の生き方を意識化し「自分は何を大切にしているのか」「どのような人生を歩みたいか」について考える仕組みである。幼少期から将来の夢を抱き、進学や就職、結婚、子育てや退職など発達段階として対処していくその延長上に人生の最終段階があるという考え方が重要である⁵⁻⁷⁾ (図 2)。

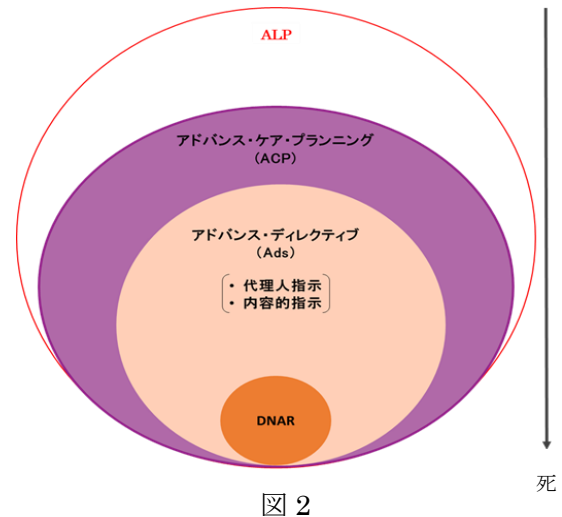


図 2

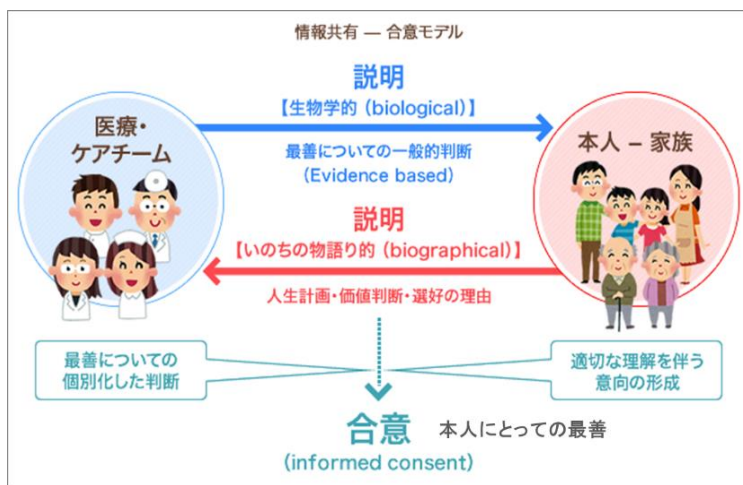


図 3 文献 8)

また、ACP は、これまで既に培われた価値観や人生観も含めた十分なコミュニケーションを踏まえて繰り返し医療・ケアの内容が決定されてきたプロセスそのものである。本人の意向に沿った医療やケアの選択は、最期まで尊厳ある生を自分らしく生きることにつながる。本人、家族等、医療者がやり取りする情報の意味や選択の理由を相互に理解し、“本人の最善”とは何かを吟味することが必要である (図 3)。

2. 本人または家族等や代理判断者が積極的な延命措置を希望した場合

- 1) 本人の意思 (リビング・ウィル) を確認し、それを尊重する
- 2) 改めて家族等による代理判断者に「患者の状態が極めて重篤で、現時点での医療水準にて行い得る裁量の治療を持ってしても救命が不可能である」旨を正確で平易な言葉で説明し、その後に家族による代理判断者の意思を再確認する
- 3) 当該治療が有益でなく不適切 (死期を早める、苦痛の長期化または増強させる) と判断される対応は行われるべきではなく、医師はその旨を患者、家族等による代理判断者に十分説明し、理解を得るように努める。家族等がそれでも引き続き積極的な対応を希望した場合は、「本人だったらどうするか」という視点で考えを進められるように努め、そのうえでの意思に従う

3. 本人または家族等による代理判断者が延命措置を希望しない場合

- 1) 本人の意思が存在し、家族等による代理判断者が同意している場合はそれに従う
- 2) 本人の意思が不明の場合は、家族等による代理判断者が本人の価値観に基づいて本人の意思や希望を忖度し、家族等による代理判断者の容認する範囲内で延命措置を実施しない

4. 本人や家族等が同意（合意）内容に変化を表明した場合

- 1) 同意（合意）に基づき、医療・ケアを実施するが、事実や状態の変化に応じて本人・家族等による代理判断者の意思が変化する場合はふまえ、その都度、柔軟な姿勢で話し合いを繰り返し、更なる意思決定を支援し、同意（合意）、納得のもとで医療・ケアを継続する

V. 人生の最終段階の判断や延命措置への対応に当たり考慮すべきこと

1. 回復不能の判断や、患者や家族等による代理判断者の意思が揺らぐなど、人生の最終段階の判断に困難性がある場合は、臨床倫理委員会（臨床倫理コンサルテーションチーム）等、病院管理者からなる検討会に委ねる
2. 人生の最終段階の過程においては、患者はもちろん、家族等による代理判断者についても精神的、社会的支援を行う。また、家族等による代理判断者は代理判断する際、家族等による代理判断者自身の願望になっていないか、患者の価値観・人生観に基づいて推定された意向とは区別する
3. 人生の最終段階の医療・ケアは、多職種からなる医療・ケアチームと本人、家族等による代理判断者の合意に基づき実施され、その過程は全て記録される
4. 意思決定や医療処置（蘇生処置を含む）に関することは、全て診療録に記載し適切に対応する

VI. 医療・ケアチームの体制

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け入れ方が異なる事を踏まえ、患者自身又は看取る家族等による代理判断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. 主治医により以下の説明を行い、それに基づいて患者や家族等による代理判断者が医療・ケアチームと話し合いを行い、患者の意思を汲んだ決定がなされる体制とする。この際、倫理的問題に対して多職種カンファレンスで討議し、適宜、臨床倫理コンサルテーションも活用する
 - 1) 予測される事態の説明
 - 2) 患者の意思を尊重した選択肢の提供。（治療、処置、食事、場所など）
 - 3) 患者の意思を確認できる者の確認をする。（家族等または代理判断者）
 - 4) 医療処置（蘇生処置を含む）の選択、決定
 - 5) 医療・ケアチームによる関わり：医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・リハビリ・福祉系職員・介護職員等の多職種チームで関わる
 - 6) 意思決定事項や検討過程を記録し、患者、家族による代理判断者に公開できるようにする
2. 心肺蘇生法を実施しないこと（DNAR）の判断は以下の3点を含む
 - 1) 最善の治療にも関わらず病状の進行、又は老衰によって死が差し迫った状態であること
 - 2) 心肺停止した場合、仮に心肺蘇生をしても短期間で死を迎えると推測される状態であること
 - 3) 患者及び家族等または代理判断者により、心肺蘇生法は不要と意向が出されていること
3. 看取りの場として、自宅、居宅など病院以外の場所を希望するかを確認し、希望する場合は適切に対処する
4. 患者、家族等による代理判断者と医療・ケアチームとの合意を確認しながら進め、医師による

医学的見解、看護師によるケアとリスクについて具体的な説明を行う。その過程は記録する
 VII.診療録記載にあたっては、以下の事項を含める

1. 医学的な観点から
 - 1) 医学的な人生の最終段階の時期であることを記載する
 - 2) 上記を本人、家族等による代理判断者に説明する
 - 3) 説明を受けた者の理解や反応を記載する
2. 本人の自律性、QOL の観点から
 - 1) 患者の意思、またはリビング・ウィル (Living Will) の有無を確認し記載する。その際、常に最新の意思を確認する
 - 2) 患者が意思を表明できない場合、家族等による代理判断者による本人の推定意思を記載する
 - 3) 家族等による代理判断者の意思を記載する
3. 延命措置の中止（生命維持治療の差し控え、中止を含む）の観点から
 - 1) 選択肢の可能性とそれらの意義について検討していること
 - 2) 患者にとって、最善の治療方針について検討事項を記載する（法律・社会規範含む）
 - 3) 医療・ケアメンバーを記載する
4. 状況の変化への対応
 - 1) 状況の変化や対応の変更を記載する
5. 治療プロセス
 - 1) 経過と結果を記載する
6. 上記 1～5 を踏まえた、カンファレンス用紙を作成する

<関連するガイドライン等>

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 改訂)	https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf
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 解説編(厚生労働省; 2018 改訂)	https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197702.pdf
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(厚生労働省;2019)	https://www.mhlw.go.jp/content/000516181.pdf
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(厚生労働省; 2018)	https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf
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(厚生労働省;2017)	https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000159854.pdf
日本版 POLST (DNAR 指示含む) 作成指針(臨床倫理学会)	http://square.umin.ac.jp/j-ethics/workinggroup.htm
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(日本透析医学会;2020)	https://www.jsdt.or.jp/dialysis/2094.html
筋萎縮性側索硬化症診療ガイドライン 2013 (日本神経学会;2013)	https://www.neurology-jp.org/guidelinem/als2013_index.html
ACP ゼロから始める人生会議、実際にやってみよう(厚生労働省、神戸大学)	https://www.med.kobe-u.ac.jp/jinsei/acp/index.html
心肺蘇生を望まない傷病者への対応(東京消防庁)	https://www.tfd.metro.tokyo.lg.jp/lfe/kyuu-adv/acp.html
2021 年改訂版 循環器疾患における緩和ケアについての提言(日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン;2021)	https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2021/03/JCS2021_Anzai.pdf
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～(日本循環器学会、日本救急医学会、日本集中治療医学会; 2014)	https://www.jsicm.org/pdf/1guidelines1410.pdf

小児がん看護ケアガイドライン 2018. ―小児がんの子どものQOLの向上を目指した看護ケアのために―(日本小児がん看護学会;2018)	http://jspon.sakura.ne.jp/download/jspon_guideline
重篤な疾患を持つ子どもの 医療をめぐる話し合いのガイドライン(日本小児科学会;2012)	https://www.ipeds.or.jp/uploads/files/saisin_120808.pdf
子どものエンド オブ ライフケア指針(日本小児看護学会;2019)	https://jschn.or.jp/files/2019/07/kodomo_no_end_of_lifecare.pdf
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～(日本老年医学会;2012)	https://www.jpn-geriatrics.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf
看護実践情報,人生の最終段階における医療と倫理,考える際の視点(日本看護協会)	https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/text/basic/problem/jinsei.html
救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド1部/2部/Q&A(日本クリティカルケア看護学会,日本救急看護学会;2019)	http://jaen.umin.ac.jp/pdf/EOL_guide1.pdf http://jaen.umin.ac.jp/pdf/EOL_guide2.pdf http://jaen.umin.ac.jp/pdf/EOL_guide3.pdf
・終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン 2016年版 ・がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き 2018年版 (日本緩和医療学会)	https://www.jspm.ne.jp/guidelines/index.html

<臓器移植・献体・解剖の意向がある場合の手続きや書類等>

献体関連 白菊会献体事務局 本院内線 31518 (5269-7405)

脳死判定及び臓器移植・臓器提供関連 (院内ホームページの院内マニュアル)

http://intra.h.twmu.ac.jp/~hpmsg/manual/twmuhp_mn_index.html

病理解剖関連 (院内ホームページの院内マニュアル)

http://intra.h.twmu.ac.jp/~hpmsg/manual/twmuhp_mn_index.html

<倫理的課題が生じた際の相談窓口>⁹⁾

- ・臨床倫理委員会、臨床倫理コンサルテーションチーム
- ・横断的な検討の場 (ハイリスク症例検討会、重症心不全カンファレンス、VADカンファレンス、心不全緩和ケアカンファレンス、がんサージボード、ペリネイタルカンファレンス、ジョイントカンファレンス等)
- ・看護スペシャリスト (イントラ上看護部・看護活動内【専門領域看護相談窓口】)

—引用・参考文献—

- 1) 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」の改訂について <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html> (平成 30 年 8 月 10 日閲覧)
- 2) 厚生労働省 第 6 回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ (平成 30 年 9 月 10 日) 資料 3 <https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000355116.pdf>
- 3) 西川満則,長江弘子,横江由理子 (2016),本人の意思を尊重する意思決定支援-事例で学ぶアドバンス・ケア・プランニング-,南山堂, pp.2-7
- 4) 長江弘子 (2015),看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア第 1 版第 2 刷、日本看護協会出版会, pp38-44

- 5) 三浦靖彦,慢性期.com、ACP の前段階に必要な“ALP (アドバンス・ライフ・プランニング) ”とは？ <https://manseiki.com/news/acp> (令和3年9月3日閲覧)
- 6) 西川満則,長江弘子,横江由理子 (2016) ,本人の意思を尊重する意思決定支援-事例で学ぶアドバンス・ケア・プランニング-, 南山堂、pp.14-17
- 7) 厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室,「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」および解説編の改訂について、看護 Vol.70 (7)、68-70、2018.6
- 8) 臨床倫理ネットワーク日本：臨床倫理プロジェクト、臨床倫理の考え方オンラインセミナー-意思決定プロセス- http://clinicaethics.ne.jp/cleth-prj/cleth_online/part1-3/now.html (令和元年9月17日閲覧)
- 9) 東京女子医科大学病院「臨床倫理に関する方針」
- 10) 末期腎不全患者の ACP /健康長寿ネット
<https://www.tyojyu.or.jp/net/topics/tokushu/adobansu-keapuranningu/makkijinfuzenkanja-ACP.html>
- 11) 在宅医療における ACP—呼吸不全患者への対応を中心に /健康長寿ネット
<https://www.tyojyu.or.jp/net/topics/tokushu/adobansu-keapuranningu/zaitakuiryoniokeruACP.html>

作成 2022 年 3 月 4 日

改訂 2023 年 8 月 7 日