

TMG あさか医療センター

【人生の最終段階における 医療・ケアに関する指針】



改訂歴

バージョン	年月日	内容	承認
第 1 版	2025 年 1 月 13 日		倫理委員会

記載項目

- I はじめに
 - II 基本方針
 - III 人生の最終段階（終末期）に関わる用語の定義
 - IV 人生の最終段階における医療・ケアの在り方
 - V 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定の流れ
 - VI 当グループにおける医療・ケアチームの支援体制
 - VII 支援記録の記載
 - VIII 職員教育
 - IX 意思決定支援のためのコミュニケーションの取り方
 - X 事前指示書（これからのわたしの生き方指針）
- まとめ

I はじめに

厚生労働省は、2007 年に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」をとりまとめた。その後、2015 年 3 月には、「人生の最終段階の決定プロセスに関するガイドライン」へと名称が変更されている。

2018 年 3 月には、近年の高齢多死社会の進行に伴う、地域包括ケアシステムの構築が進められていること、また、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）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改訂された。

このように、意思決定とは社会的背景を受け、変化を続けていることから、TMGあさか医療センターにおける「人生の最終段階における医療・ケアに関する指針」を策定する。

II 基本方針

人生の最終段階における医療・ケアの方針は、患者本人の意思決定を基本としたうえで、その意思を尊重した医療・ケアの提供を目指して、患者・家族・多職種から構成される医療・ケアチームの話し合いのもと、患者を中心にその家族も含めて、納得した終末期医療を受けることができるよう努めていく。

この指針は、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ガイドライン」を規範として策定する。

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、以下の 3 つの条件を満たす場合をいう。

（全日本病院協会 2016）

- 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（アドバンス・ケア・プランニング）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。

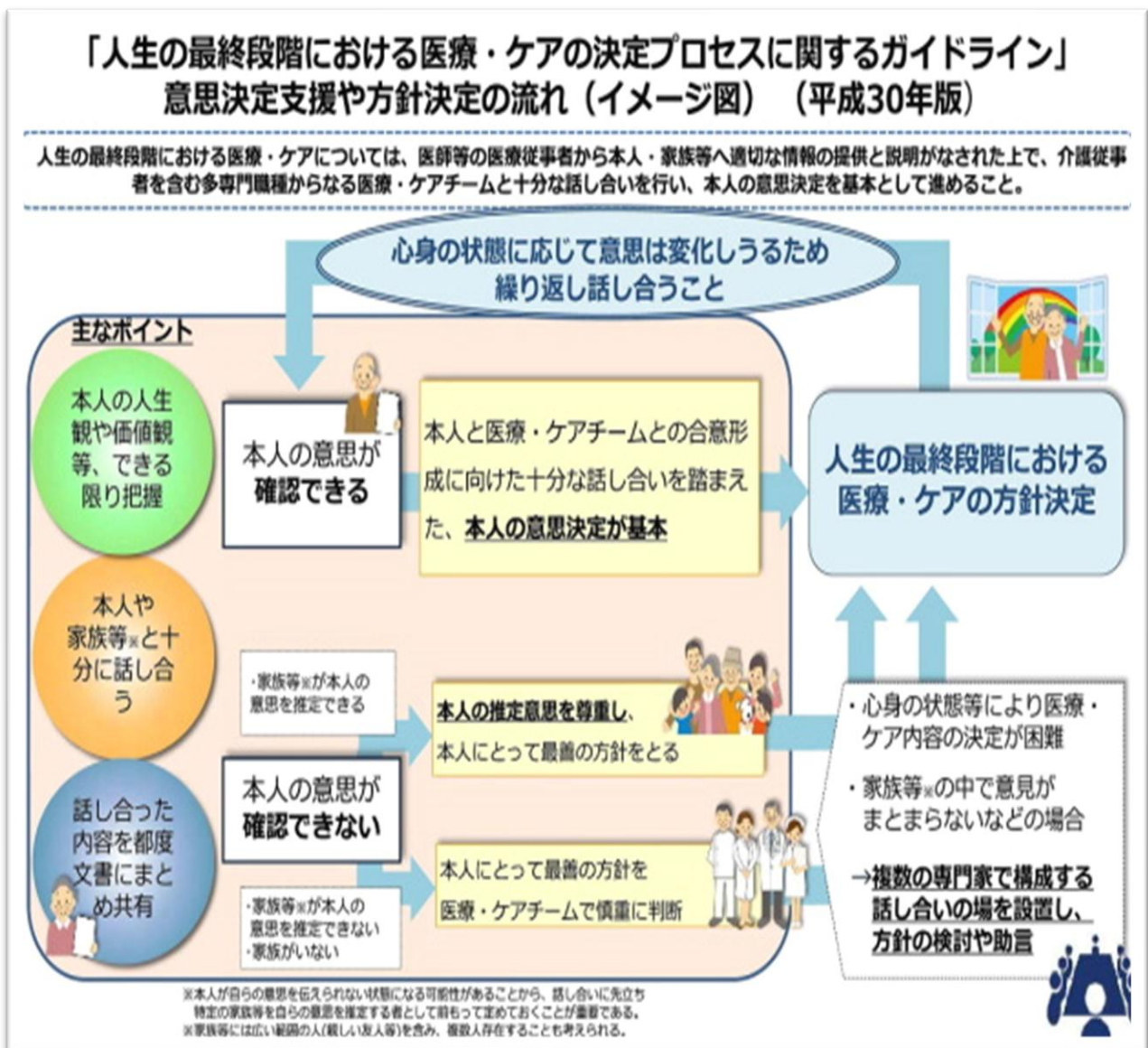
IV 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

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の医療・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・ケアを進めることを原則とする。
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が医療・ケアチームにより行われ、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る。
4. 人生の最終段階の医療・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、本指針では対象としない。

V 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定の流れ

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を行う。
 - ② 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する。
 - ③ 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、その都度、適切な情報の提供と説明がなされ、本人が自らの意思を示し、伝えることができるように支援する。
 - ④ 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を繰り返し行う。
 - ⑤ 話し合った内容は、その都度、文書にまとめておく。
2. 本人の意思の確認ができない場合
 - 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、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。
 - ③ 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、家族等と話し合いを繰り返し行う。

- ④ 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。
- ⑤ 家族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・ケアの合意が得られない場合、院内の倫理委員会を活用し、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。
- ⑦ 話し合った内容は、その都度、文書にまとめる。



VI 当グループにおける医療・ケアチームの支援体制

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. 医療・ケアチーム

- ① 構成員：主治医、病棟師長、緩和ケアチーム、その他
- ② 医療・ケアチームが終末期の状態であるのか、本人が意思を表示でき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。

2. 倫理委員会

- ① 構成員：当院倫理委員会
- ② 医療・ケアチームからの相談を受け、人生の最終段階における医療・ケアの検討内容における、倫理的課題の整理、助言等を行う。

VII 支援記録の記載

1. 医学的な観点から

- ① 医学的な終末期であることを記載し、その内容を家族・代理意思決定者に説明する。
- ② 説明を受けた者の理解、納得の状況。

2. 意思確認の観点から

- ① 患者本人の意思を確認する。本人の意思、またはリビング・ウィルの有無。
- ② リビング・ウィルがある場合には、原本をコピーさせていただく。当院の事前指示書を活用することもできる。
- ③ 家族または代理意思決定者による推定意思。

3. 延命措置中止の観点から

- ① 選択肢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。

4. 状況の変化への対応

- ① 状況の変化や対応の変更、治療経過と結果。

5. 医療・ケアチーム介入の観点から

- ① カンファレンス用紙（電子カルテテンプレート内）を立ち上げ、上記 1～4 を踏まえた、患者、家族、医療者など、意思決定に関与する全てのメンバーを含めた記録を残す。

VIII 職員教育

1. 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理解
2. 当院における人生の最終段階における医療・緩和ケアの指針、内容の理解
3. ACPの概念の理解
4. 死生観、倫理観など価値観と多様性

IX 意思決定支援のためのコミュニケーションの取り方

最終段階を身近なこととして考えられる時期	言葉かけの例
① 「もしもの時」について話す心構えができているかを確認する	もしも、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。
② 病状の認識を確かめる	病状についてどのように説明を受けていらっしゃいますか。
③ 話し合いを導入する	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。
④ 代理意思決定者を選定する	もしも、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。
⑤ 療養や生活での不安・疑問を尋ねる	病気や治療のことでわからないことや気がかり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。
⑥ 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる	生活や療養の上で一番大切にしていることはどのようなことですか。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。
⑦ 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する	もしも、自分の考えを伝えることができない場合、改善の見込みがない場合、どのような治療を望みますか。
⑧ 代理意思決定者の裁量の余地について尋ねる	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、代理意思決定者である××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。

コミュニケーションのポイント

- ・ 話を傾聴するときには、十分に吐き出してもらうことが必要です。
- ・ どんなことに悩んでいるのか、どのようにしていきたいのかを引き出しましょう。
- ・ 聞き手は、話しての内容をフィードバックして、共有ができているのかを確認しましょう。

事前指示書（これからのわたしの生き方指針）

これから受ける医療やケアについて、あなたの希望や思いが十分反映されるように、家族や医療スタッフと話し合っ文書に残していきます。将来の意思決定能力の低下に備えて「もしも」の時に備えましょう。

● 病気についてのご説明

- ・ 現在の病状と、今後考えうる病状の変化について

- ・ 体調や身体の不自由さについての見通し

現時点での意思（療養場所）

●現在の病気療養の希望場所

- ☐ 自宅で在宅医と
- ☐ 自宅で現在の主治医に通院
- ☐ 今の病棟で今の主治医と
- ☐ 緩和支援療法専門の病棟で緩和支援療法専門の医師と
- ☐ その他

()

●病院でない場所を希望した場合：入院を検討する時期はどんな身体の変化があった時か

- ☐ 自力でトイレに行けなくなった時
- ☐ 食事が口から摂れなくなった時
- ☐ 痛みで身動きが取れなくなった時
- ☐ 家族が入院を望んだ時
- ☐ 入院はしたくない
- ☐ その他

()

●認知症や脳の障害で、自分で様々な事が判断できなくなった場合どう過ごしたいか

- ☐ なるべく迷惑をかけずサポートしてもらいながら自宅で生活したい
- ☐ 病院で過ごしたい
- ☐ その他

()

●もしも、いよいよという時期が来たら、どこでどうやって過ごしたいか

- ☐ 自宅で在宅医と
- ☐ 今の病棟で今の主治医と
- ☐ 緩和支援療法専門の病棟で専門の医師と
- ☐ その他

()

●療養場所やその環境で、あなたが大切に思っていること

例： パソコンのできる環境がある、 友人がいつでも来ることができる環境がある など

現時点での意思（医療行為）

● 今後希望する医療行為

これら医療処置が必要ないと答えられた場合でも、苦痛や痛みを除去する治療は継続して行います。

- ☐ 輸液（☐手足からの点滴 ☐特殊な高カロリーの点滴）
- ☐ 輸液以外の栄養（☐鼻から胃への管 ☐胃ろう ☐腸ろう）
- ☐ 輸血
- ☐ 酸素投与
- ☐ 尿道カテーテル
- ☐ 血圧をあげる薬
- ☐ 気管切開
- ☐ 人工呼吸器（☐気管挿管 ☐挿管をしない人工呼吸器(NPPV) ☐在宅人工呼吸器）
- ☐ 心臓マッサージ
- ☐ 透析
- ☐ その他

()
()

● その他医療行為について、医療スタッフに伝えて置きたい事

例：なるべく痛い処置はしてほしくない、できるだけ医療電子機器は部屋に置きたくない

現時点での意思（大事にしている事）

● 家族・医療スタッフに、わたしが直接伝えられなくなった時伝えたいこと

例：希望を感じる事、心配な事、家族の事、宗教の事、臓器提供の意思、してほしい事

家族に覚えておいて欲しい事、教訓

この用紙を作成するにあたっての注
意点

- ・ 原本はご自身で保管しだれか他の人もわかる場所に保管しておいてください。
- ・ 本用紙をお持ちの方には、話し合いで合意した内容につき、必要なお身内等にお伝えいただく必要があります。
- ・ 現時点での意思確認であり、今後の変更も可能です。

上記内容を理解したうえで、サインしてください。

記 載 年 月 日 : 年 月 日

本 人 署 名 : 意思決定代理人署名 : 続 柄 : _____

同席家族署名 : _____ (続柄 :)

同席家族署名 : _____ (続柄 :)

同席医師署名 : _____

同席看護師署名 : _____

ケアスタッフ署名 : _____

ケアスタッフ署名 : _____

まとめ

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とする。

参考資料

- ・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.
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>
- ・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解説編，2018.
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197702.pdf>
- ・厚生労働省：第1回人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会資料3.
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000173561.pdf>
- ・日本医師会：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
https://www.med.or.jp/dl-med/doctor/r0205_acp_guideline.pdf
- ・日本看護協会：人生の最終段階における医療と倫理.
<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/text/basic/problem/jinsei.html>
- ・埼玉県医師会：ACP（人生会議）について
https://www.saitama.med.or.jp/people_4.html
- ・茨城県西部メディカルセンター：適切な意思決定支援を支える対応指針.
<https://www.iwmo.or.jp/page/page000203.html>
- ・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.
https://www.ojiya-ghp.jp/hospital/medical_care_guidelines.html
- ・横浜市医療局：医療ケアについての「もしも手帳」
<https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/kenko-iryo/iryo/zaitaku/acp/moshimo2021.html>