

## 人生の最終段階における医療・ケアの対応指針

### I.基本方針

人生最終段階（終末期）を迎える患者様とその家族が、医療・ケアチームとの話し合いのもと、患者様の意思と尊厳が尊重され、安らかな終末期を迎えられるように努力していきます。

指針にあたり、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」を規範とし策定します。

### II.人生の最終段階（終末期）の考え方

#### 1. 終末期の定義

老衰や疾病、障害などの進行によって、あらゆる医療の効果が見込めない状況で余命数ヶ月以内と判断された時期のこと。

#### 2. 終末期の判断

- (1)主治医と、主治医以外の医師が「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)患者様が意識や判断力を失った場合を除き、患者様本人・ご家族・医師・看護師等の医療・ケア関係者が納得できること。
- (3)患者様本人・ご家族・医師・看護師等の医療・ケア関係者が、患者様の死を予測して対応を考えること。
- (4)不可逆的な全脳機能不全状態。
- (5)生命が新たに開始された人工的な装置に依存し、生命維持に必要な臓器の機能不全が不可逆的であり、移植等の代替手段もない場合。
- (6)悪性疾患や回復不能な疾患の末期であることが、積極的な治療の開始後に判明した場合の終末期の判断は、主治医と主治医以外の複数の医師により客観的に判断すること。

### III.延命措置への対応

#### 1. 終末期と判断した後の対応

- (1)主治医は患者様やご家族・同意代行者に対して患者様の状態が終末期であり、病状が予後不良であり治療を受けても延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・ウィルなど有効な事前指示の有無を確認する。
- (3)患者様の意思を代弁または推測しうる者（同意代行者）の有無を確認する。
- (4)ご家族や同意代行者の意思を確認する。

2. 患者様又は、ご家族や同意代行者が、積極的な対応を希望した場合。
  - (1)患者様の意思（リビング・ウィル）を確認し、それを尊重する。
  - (2)改めてご家族・同意代行者に「患者様の状態が極めて重篤で、現時点での医療水準にて行いえる最良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、その後にご家族・同意代行者の意思を再確認する。
  - (3)引き続き積極的な対応を希望した場合は、その意思に従う。死期を早めると判断される対応は行うべきではなく、現在の措置を維持する。
3. 患者様又はご家族や同意代行者が、延命措置を希望しない場合。
  - (1)患者様の意思（リビング・ウィル）が存在し、ご家族や同意代行者が同意している場合はそれに従う。
  - (2)患者様の意思が不明の場合は、ご家族や同意代行者がご本人の意思や希望を忖度し、ご家族らの容認する範囲内で延命措置を実施しない。

#### IV.終末期の判断や延命措置への対応にあたり考慮すべきこと

1. 回復不能の判断や、患者様やご家族・同意代行者の意思が揺らぐ等、終末期の判断に困難性がある場合は、病院管理者からなる検討会（倫理委員会）に委ねる。
2. 終末期の過程においては、患者様本人は勿論、ご家族又は同意代行者についても精神的・社会的な支援を行う。
3. 意思決定や、医療処置（蘇生処置を含む）に関する事は、全て診療録に記載し適切に対応する。
4. 人生の最終段階における具体的な医療・ケアの方針決定支援。

##### 4-1 ご本人の意思が確認できる場合

- ・ご本人の意思決定を基本とし、ご家族も関与しながら、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おけるガイドライン」を参考に、医療・ケアチームが協力し、医療・ケアの方針を決定します。
- ・時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変化、患者様やご家族を取り巻く環境の変化等により、意思は変化することがあります。医療・ケアチームは、ご本人が自らの意思を伝えることが出来るように支援します。ご本人が自らの意思を伝えることが出来なくなる可能性もありますので、その時の対応について、予めご家族を含めた話し合いを行います。

##### 4-2 ご本人の意思が確認できない場合

- ・ご家族等がご本人の意思を推測できる場合には、その推定意思を尊重し、ご本人にとっての最善である医療・ケアの方針を医療・ケアチームとともに慎重に検討し決定します。
- ・ご家族等がご本人の意思を推測出来ない場合には、ご本人にとって何が最善で

あるかについて、ご家族等と医療・ケアチームにより十分に話し合い、決定します。

5. 認知症等で自らが、意思決定をすることが困難な患者様の意思決定します。

5-1 障害者や認知症等で自らが意思決定をすることが困難な場合は、厚生労働省の作成した「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定ガイドライン」を参考に、できる限り本人の意思を尊重し、反映をしながら意思決定を支援していきます。ご家族及び関係者と医療・ケアチーム等が関与してその意思決定を支援していきます。

6. 身寄りがない患者様の意思決定

6-1 身寄りがない患者様における、医療・ケアの方針についての意思決定プロセスは、ご本人の判断能力の過程や入院費用等の資力の有無、信頼できる関係者の有無等により状況が異なります。介護・福祉サービスや行政の関わりを利用して、ご本人の意思を尊重し、厚生労働省の「身寄りの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」を参考に、その意思決定を支援していきます。

## 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、個々の生死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. 支援体制

#### (1) 医療・ケアチーム

- ・ 構成員: 担当医師、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、本人が意思決定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多職種参加を促す。

#### (2) 倫理委員会

- ・ 構成員: 院長、事務長、総師長、病棟師長、外来師長、地域連携室長、他各部署長
- ・ 医療・ケアチームから相談を受け、人生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

担当する医師若しくは部署長又は代行者は、医療・ケアチームで方針の話し合いの場を

設定する。同時に担当する医師の病状説明に病棟師長若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、家族の同意の下意思決定支援開始

部署長又は代行者若しくは担当看護師は、本人・家族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連携を図る。

## VI. 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記録の記録する。又、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、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

選択肢の可能性とそれらの意義、患者にとっての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・家族の話し合いの下、今後の医療行為における患者の希望についての意見確認書を可能な限り作成する。

### 3. 人生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（事務長）へ申請書を提出する。

## VII.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。

## VIII.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、細やかな配慮を持ってそれを受け止め支え続けることが大切である。又、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。

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)

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代理決定者を選定する	万が一体調が悪くなった場合、ご自身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成り代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分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いことはありますか。
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	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。
⑧代理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、代理決定者である××さんが医師と相談した上で、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。

## 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）

### 美郷町国民健康保険西郷病院

この意思確認書は、患者様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、ご本人の気持ちを文書として確認するものです。患者様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、ご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、気持ちが変わった時はいつでも変更可能なので、主治医または担当看護師にお申し出ください。
2. ご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、ご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、患者様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。
3. 意思確認書の有無によって患者様が治療上、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、患者様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。
4. 意思確認書の内容によって、今後の治療方針が決定するわけではありません。患者様の状態が変化する度に、状況説明をさせていただきます。

## 終末期における医療等に関する意思確認書

美郷町国民健康保険西郷病院長

私は、令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日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の提出をします。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出来ることの説明を受けました。

### 1. 食事がとれなくなったときの水分・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 | <input type="checkbox"/> 分からない |
| ② 鼻チューブの使用  | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない | <input type="checkbox"/> 分からない |
| ③ 中心静脈の使用   | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない | <input type="checkbox"/> 分からない |
| ④ 胃ろうの造設    | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない | <input type="checkbox"/> 分からない |

### 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    分からない

### 3. 呼吸状態が悪化したとき、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    分からない

### 4. 腎臓の機能が低下したとき、人工透析の実施

- 希望する    希望しない    分からない

### 5. 呼吸が苦しくなったり、病気に対する耐えがたい不安が生じたとき、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    分からない

### 6. 呼吸器、尿路などに関する感染症が生じたときの抗菌薬による治療の希望

- 希望する    希望しない    分からない

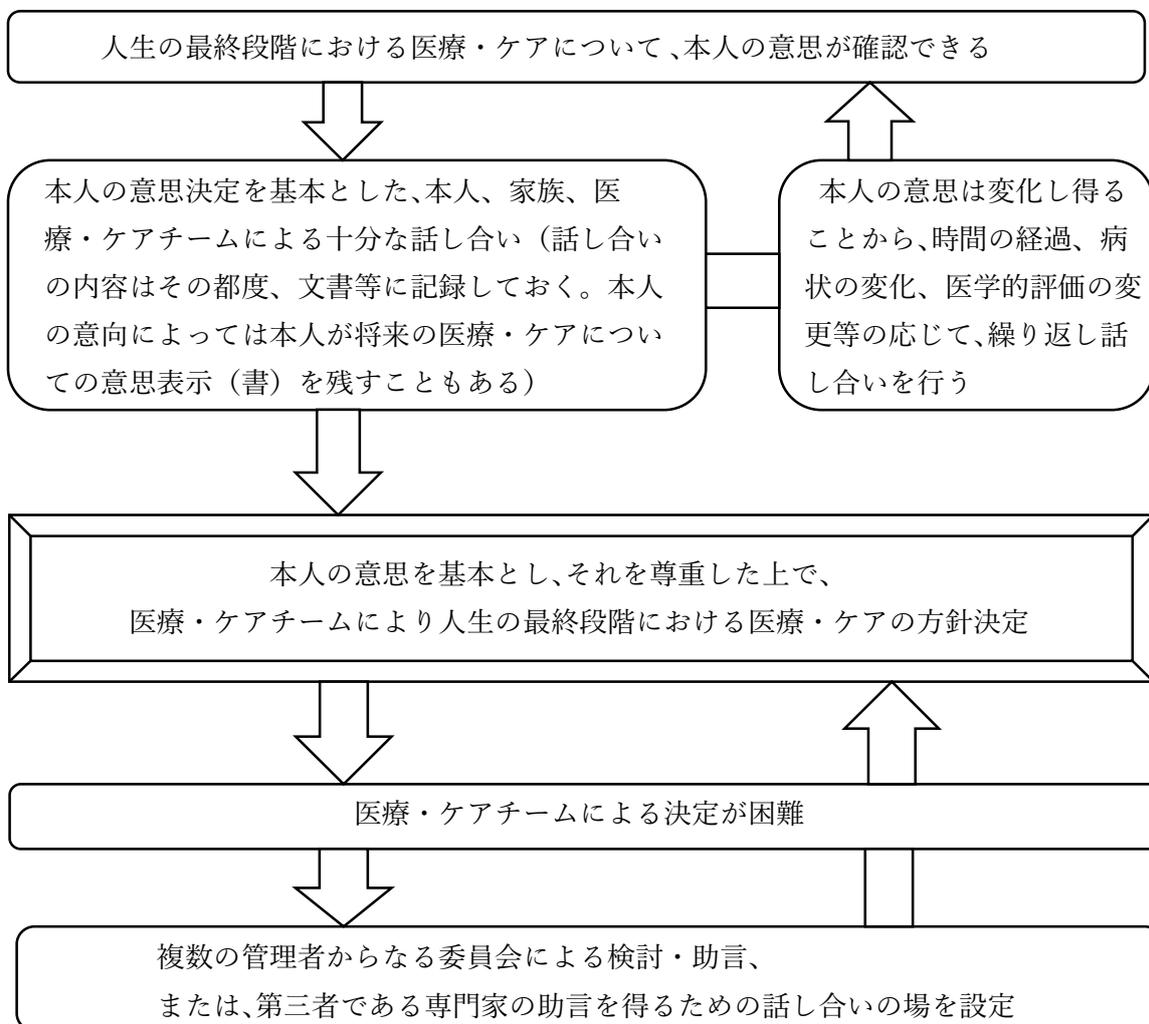
### 7. 想定外の心肺停止時（窒息など）に胸骨圧迫（心臓マッサージ）、除細動器（電気ショック）、挿管（気管にチューブ挿入して換気すること、後に気管切開が必要になる可能性があります）を用いた心肺蘇生術の施行。

- 希望する    希望しない    分からない

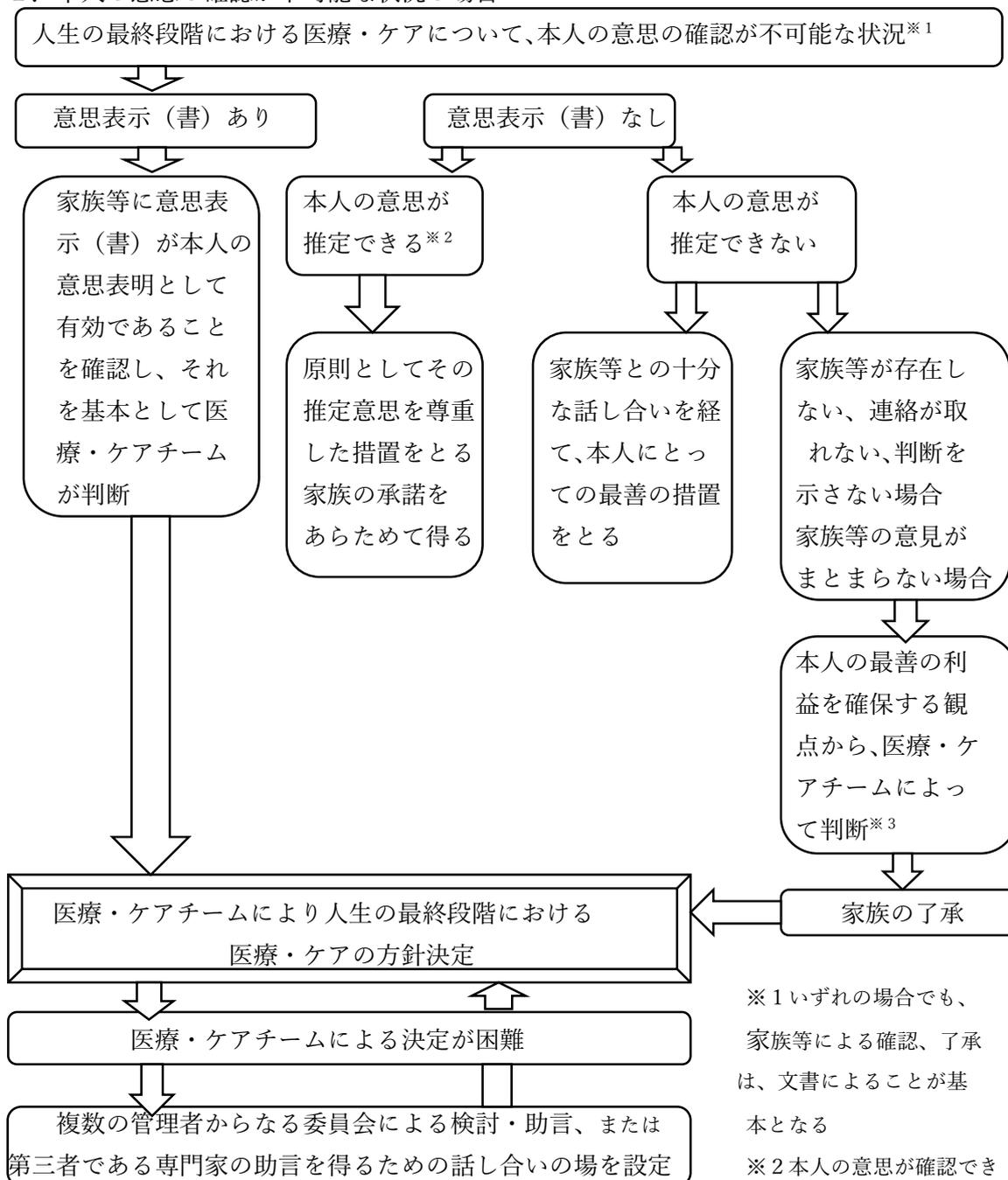


## 人生の最終段階における医療・ケアの方針決定に至る手続き

### 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、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・ケアの対応指針

令和6年3月策定

令和7年4月改訂

美郷町国民健康保険西郷病院