

当院における人生の最終段階における医療・ケアの意思決定支援に関する指針

初版 2020年8月

第2版 2020年12月17日

1. はじめに

人生の最終段階における治療の開始・不開始及び中止等の医療のあり方の問題は、従来から医療現場で重要な課題となっている。厚生労働省においても、人生の最終段階における医療のあり方については、平成19年にガイドラインが作成され、「終末期医療に関する意識調査等検討会」を経て、平成30年に「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」¹⁾が策定された。これは、高齢多死社会に伴う在宅や施設における療養や看取りの受容の増大、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 Advance care planning (ACP) の概念を含み、医療・介護の現場における普及を図ることを目的としている。長崎市では、医師会を中心に ACP に関する普及啓発のため講演会などの活動を行っている。

当院の病院理念は「医療を通じ地域の方への安心を提供する」ことである。前述のような社会背景を加味した場合、患者の尊厳を大切にし、自分らしく最期まで生きるための医療・ケアは、当院が行うべき医療提供と考え、今回、「当院における人生の最終段階における医療・ケアの意思決定支援に関する指針」を策定した。本指針は、入院と外来関わらず、すべての患者への対応として作成した。

2. 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た患者・家族等と医師をはじめとする医療・介護従事者が、最善の医療・ケアを作り上げるため、患者・家族等に対し適切な説明と話し合いを繰り返し行う。そのうえで、患者本人が決定した意思をもとに医療・ケアを提供する。本指針は、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」を規範とし策定する。

<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。
- 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・ケアチームが行う。また、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ため、家族等の信頼できるものも含め、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もの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・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・ケアチームが医学的妥当性と適切性をもとに慎重に判断する。
- 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・社会的な援助を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持つ積極的安楽死は行わない。

- ⑦ 本人との対話のプロセスは、その都度文書にまとめる。

3. 関連する用語の解説

(1) 人生の最終段階

‘終末期’についての明確な定義はない^{2,3)}。どのような状態が人生の最終段階であるかは、本人の状況を踏まえ、医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断によるべき事項である。

- 例) がんの末期のような予後数日から短い月単位と予測される場合
慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合
脳血管疾患の後遺症や老衰など数か月から数年にかけて死を迎える場合 など

(2) アドバンス・ケア・プランニング Advance care planning ACP

将来の意思決定能力低下に備えて、治療方針・療養についての気付きや自分が大切にしてきた価値観を、患者・家族と医療者が共有し、ケアを計画する包括的なプロセス⁴⁾である。

4. 意思決定支援の体制

(1) 主治医や看護師を中心とした支援チーム

患者の病状を評価し人生の最終段階の状態であるか、患者が意思を示せる状態であるかを評価し、人生の最終段階における医療・ケアについて話し合う。必要に応じて主治医が他職種の参加を促す。

(2) 病棟カンファレンスもしくは ACP チーム

病棟カンファレンスとは、各病棟で行われる多職種によるカンファレンスである。ACP チームとは、E-FIELD に参加し、本指針を作成したチームである。病棟カンファレンスもしくは ACP チームは、(1)の支援チームからの相談を受け、人生の最終段階における医療・ケアの内容について話し合う。

(3) 倫理委員会

(1)もしくは(2)からの相談を受け、倫理的課題を含め人生の最終段階における医療・ケアの内容を話し合い、病院としての見解を提示する。

5. 意思決定支援の手続き

(1) 患者の意思決定能力の評価

意思決定能力を構成する4つの要素について注意深く観察し評価する⁵⁾。(以下表参照)

<意思決定する力を評価する際の注意点>

- ✓ 認知機能の低下や精神疾患の既往だけで意思決定する力の欠如を判断してはならない
- ✓ 年齢、病名、外見、行動、社会背景から判定されるものではない
- ✓ 評価の前に意思決定する力を高める
- ✓ 求められる意思決定する力のレベルは、状況や内容によって異なる

- ✓ 周囲から見て不合理な選択だからといって「意思決定能力がない」とは判断してはならない
- ✓ 評価者には「意思決定能力がない」ことを証明する責任がある
- ✓ 十分な意思決定支援の上での評価が前提である

<意思決定する力を高める支援の例>

- ✓ 情報開示の工夫 例) 複数回の説明、図や文章などの活用
- ✓ 場の設定 例) 家族や友人らに同席してもらい、落ち着いた場所で説明する
- ✓ 心理的サポートによる不安や恐怖の緩和 例) カウンセリング
- ✓ 質問の機会と熟考する時間の確保

意思決定する力を構成する4つの要素

① 理解：意思決定のために必要な事項を理解している

- | | |
|---------|--|
| 質問の例 | 「どのような説明を受けましたか？」
「あなたの病名は何ですか？」 |
| 評価のポイント | ・ 病気の内容（病名、病状、病期など）
・ 提案された治療と代替案の内容
・ それらの利益（効果など）と負担（副作用など）
について、説明内容を述べるかどうか |

② 認識：病気、治療、意思決定を自分自身の問題としてとらえている

- | | |
|---------|---|
| 質問の例 | 「今回の病気について、どのようなことでお困りですか？」
「どのような治療をご希望ですか？その理由も教えていただけますか？」 |
| 評価のポイント | ・ 病気や症状の存在を自覚し、治療や意思決定の必要性を自分のこととしてとらえている
・ 提案された治療方針が自分の健康に利益をもたらすことを理解している |

③ 論理的思考：決定内容は選択肢の比較や自分自身の価値判断に基づいている

- | | |
|---------|--|
| 質問の例 | 「説明した治療の中でどれが最も良いですか？」
「あなたが選択した方針はあなたの生活にどのように影響すると思われますか？」 |
| 評価のポイント | ・ 選択肢が自分に与える利益と不利益のバランスを取りながら自己査定している
・ 選択が日常生活に与える影響について述べる
・ 選択の内容は一貫している
・ 選択は患者自身の推論に基づいている |

④ 表明：自分の考えや結論を伝える（他者を介した伝達でも良い）

- | | |
|---------|--|
| 評価のポイント | ・ 提示された選択肢の中から特定のものを選んでいる
・ あるいは、他者に選択を依頼している |
|---------|--|

患者の意向を尊重した意思決定のための相談員研修より引用

(2) 患者の意思が確認できる場合

- 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提供と説明を行う。その上で、患者と医療・ケアチームが十分に話し合い、患者の意思決定をもとに方針を決定する。
- 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患者の意思が変化しうるため、その都度患者と話し合いを繰り返し行い、適切に意思決定を支援する。
- ③ 患者が自らの意思を伝えられない状態になる可能性もあるため、家族・代理意思決定者も含め、話し合いを行う。
- ④ 話し合った内容は、その都度、文書にまとめる。

(3) 患者の意思が確認にできない場合

- ① 家族・代理意思決定者が患者の意思を推定できる場合、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の方針を取ることを基本とする。
- ② 家族・代理意思決定者が患者の意思を推定できない場合、患者にとって何が最善であるかについて、患者に代わるものとして話し合い、患者にとっての最善の方針を取ることを基本とする。
- ③ 家族・代理意思決定者がいない場合及び家族・代理意思決定者が判断を医療・ケアチームに委ねる場合、患者にとっての最善の方針を取ることを基本とする。
- ④ 話し合った内容は、その都度、文書にまとめる。

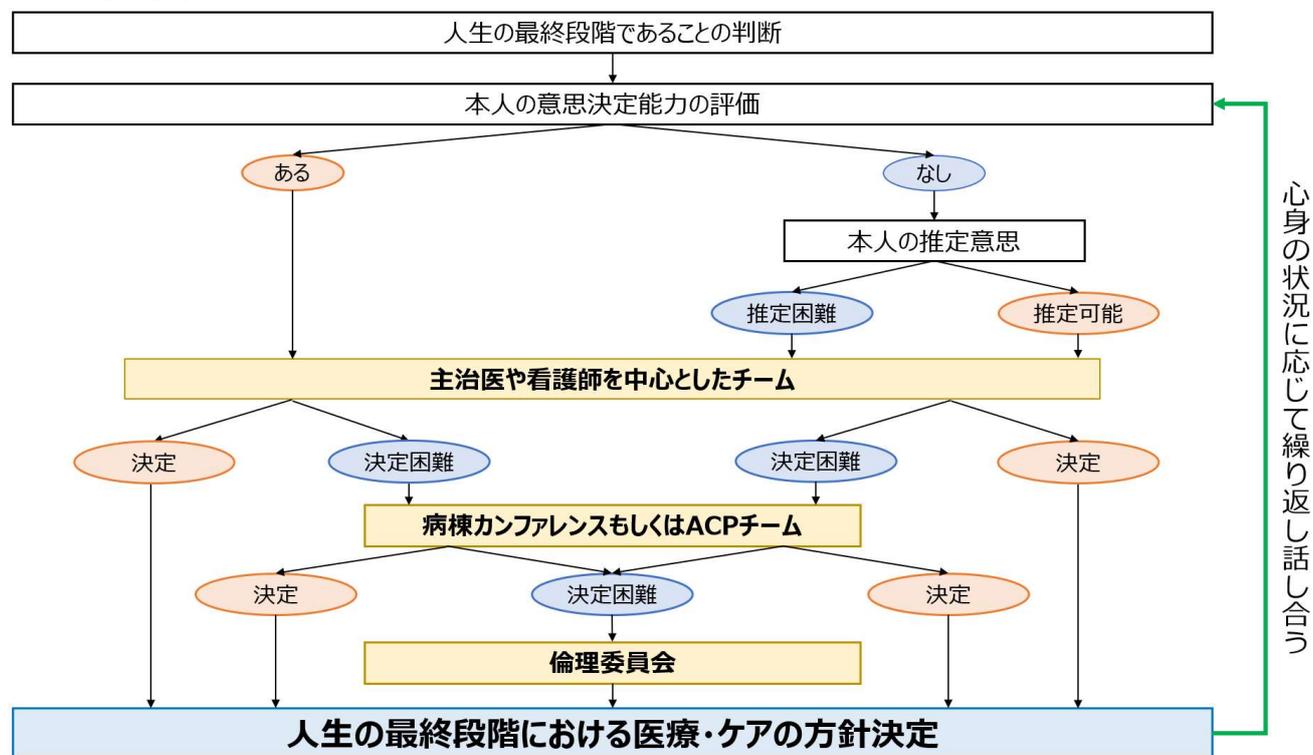
(4) 主治医や看護師を中心とした支援チーム内での意思決定が困難な場合

上記の(2)と(3)の場合において、方針決定に際し、

- ① 主治医や看護師を中心とした支援チーム内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
- ② 患者との話し合いで、妥当で適切な医療・ケアの内容について合意が得られない場合
- ③ 家族や代理意思決定者の中で意見がまとまらない場合
- ④ 家族や代理意思決定者との話し合いで、妥当で適切な医療・ケアの内容に合意が得られない場合

等については、病棟カンファレンスもしくは ACP チーム、倫理委員会による話し合いの場を別途設定し、医療・ケアの検討、助言を行う。話し合った内容については、その都度、文書にまとめる。

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定のフロー



6. 意思決定支援の記録と情報共有

(1) 診療録

主治医が患者・家族等に人生の最終段階であることを説明し、意思決定支援を行った場合には、以下の内容について診療録に記載する。また、説明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 医学的内容について

病状の経過や治療経過、今後予測される状況などの説明内容、医学的に人生の最終段階であることの説明内容、説明を受けた患者・家族等の反応や理解状況

② 意思確認について

患者の意思、事前指示書の有無、家族・代理意思決定者による推定意思

③ 医療上限について

蘇生行為や栄養投与などを含めた医療提供の上限

(2) 主治医や看護師を中心としたチームによる話し合いで解決せず、病棟カンファレンスもしくは ACP チーム、倫理委員会が介入した場合はその内容を明記する。

(3) 地域への情報共有

当院で行った意思決定支援の内容について、在宅医、転院先へ情報を伝える。

7. さいごに

国民の多くは ACP の考え方について賛成である⁶⁾。ACP を通じて、人生の最終段階における患者の希望が尊重され、遺族の満足度が高まり、遺族の抑うつや PTSD、不安障害が減少することが明らかになっている⁷⁾。しかし、ACP に関連する話は、ときに患者家族等にとって侵襲性の高い内容であることも認識しておく必要がある。

『必要な人に、その人にとって必要なタイミングで、その人にとって必要なことを』⁸⁾話し合うために、患者の準備状態も確認しておく必要がある。患者の意思を尊重した医療・ケアの提供のために、患者・家族等、医療・ケアチームも含め、繰り返し話し合いを行い、意思を共有しておくことが重要である。

<参考資料>

1. 緩和ケア提供開始のスクリーニングツール

(1) サプライズクエスチョン

「この患者さんが 1 年以内に亡くなったら驚くか？」と医師自身が自問自答し、「驚かない」と思うならば、緩和ケア提供開始時期である。

(2) Supportive and Palliative care Indicators Tool : SPICT

緩和ケアアプローチを提供することでメリットがあると思われる患者の同定をサポートするツールである。呼吸器疾患、心血管疾患、神経疾患など多岐にわたる疾患を対象としている⁹⁾。SPICT を通じて、患者さんの関心事や今後のケアの計画について話し合ったり、ケアや治療のフォーカスを徐々に支持・緩和ケアに移行したりするための「きっかけ」を作ることになる。なお、SPICT は予後予測ツールではないことに留意する必要がある。

Supportive and Palliative Care Indicator Tool (SPICT-JP)

SPICTは、健康状態が悪化するリスク、あるいは、亡くなるリスクのある方を同定し、その方々の支持療法・緩和ケアにおける満たされていないニーズを評価するガイドである。

健康状態の悪化を示す全般的な指標のうち2つ以上が当てはまるか確認する

PSが低いか低下しつつあり、改善の見込みが限られている（目安としてPS3以上）	
身体的・精神的問題により、日常生活動作のほとんどを他人のケアに頼っている	
過去6か月間に2回以上の予定外入院があった	
過去3-6か月に顕著な体重減少（5-10%）があり、かつ/またはBMIが低い	
原疾患の適切な治療にも関わらず、苦痛となる症状が続いている	
患者が、指示・緩和ケアを求めている、または原疾患の治療中止を求めている	

進行した状態を示す臨床指標が1つ以上あるか確認する

がん疾患

進行性の転移性がんによる生活・身体機能の低下がある	
体力低下のため抗がん治療（化学療法及び放射線治療）ができない、または症状緩和のための抗がん治療を受けている	

認知症/フレイル（虚弱）

介助なしには着替え、歩行や食事ができない	
経口摂取量の低下、嚥下困難がある	
尿失禁や便失禁がある	
発語によりコミュニケーションができない、社会的交流がほとんどない	
大腿骨骨折や複数回の転倒を経験している	
反復する発熱のエピソードあ感染症（誤嚥性肺炎など）がある	

神経疾患

適切な治療にも関わらず進行する身体機能や認知機能の悪化がある	
発語の問題に伴いコミュニケーションが困難になってきている、あるいは、進行性の嚥下困難がある	
反復する誤嚥性肺炎、息切れ、呼吸困難感または呼吸不全がある	

心疾患・血管疾患

NYHA Class III/IVの心不全、または広範囲にわたる治療不可能の冠動脈疾患があり、安静時もしくは軽度の労作で呼吸困難や胸痛が生じる	
重症で手術不能な末梢血管疾患がある	

呼吸器疾患

重症慢性肺疾患があり、かつ、急性増悪でないときにも安静時またはわずかな労作で呼吸困難感を感じる	
在宅酸素療法を含む長期の酸素投与療法を必要とする	
呼吸不全のために人工呼吸器管理が必要だったことがある、または現在も必要としている	
人工呼吸器管理が予後およびQOLを改善しないため適応にならない	

肝疾患

進行性肝硬変があり、以下の1つ以上を1年以内に併発している	
・利尿薬に反応しない腹水	
・肝性脳症	
・肝腎症候群	
・細菌性腹膜炎	
・反復する静脈瘤出血	
肝移植が予後およびQOLを改善しないため適応にならない	

腎疾患

CKD stage4 または5で健康状態の悪化を伴う	
腎不全によって、他の予後規定疾患や治療が複雑になっている	
透析を中止した、または中止が検討されている	

支持療法・緩和ケアとケアの計画を見直す

患者が適切な治療を受けられるように現状の治療と投薬内容を見直す	
症状またはニーズが複雑でマネジメントが困難な場合には専門家への紹介を検討する	
現状および将来のケアのゴールやケアの計画について、患者や家族と合意する	
患者が意思決定能力を喪失するリスクがある場合には、前もって計画するようにする	
プランを記録し、共有し、ケアをコーディネートする	

2. 重篤な疾患を持つ患者さんとの話し合いの手引き SICP コミュニケーション¹⁰⁾

重篤な疾患を持つ患者さんとの話し合いの手引き

話し合いの流れ

患者に対する問いかけの例

<p>1 話し合いを始める</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 目的を伝える ・ 将来の意思決定のための準備 ・ 許可を求める 	<p>「あなたが今後希望される医療やケアを提供することができるように、あなたの病気が今後どうなっていくかをお伝えし、あなたにとってどんなことが重要かを前もってお聞きしておきたいと思うのですが、よろしいでしょうか？」</p>
<p>2 患者の理解と意向を確認する</p>	<p>「ご自分の病状についてどのように理解されていますか？」 「今後、病気がどうなっていくかについてどの程度お知りになりたいですか？」</p>
<p>3 今後の見通しを共有する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 今後の見通しを共有する ・ 「…だとよいのですが、…を心配しています」「…を願っていますが、…を心配しています」などの表現を使う ・ 間を置きながら話し、感情を探る 	<p>「あなたの病状について私が理解している範囲でお伝えしたいと思います…」 不確実性：「あなたの病気が今後どのように進行するか予測することは難しいと思います。できるだけ長く、病気が進行せずに元気で過ごしていただければ良いと思っていますですが、病状が急速に悪くなる可能性もあり、そのことを（とても）心配しています。そのもしもの時に備えておくことが大事だと思うのです。」 または、 時間：「とても残念なのですが、残された時間が、（例；日単位～週単位、週単位～月単位、月単位～年単位の期間で示す）くらいになってきている可能性があることを心配しています。」 または、 機能：「申し上げにくいのですが、あなたが感じているよりは事態は切迫しているのではないかと思います。そして、今後、もう少し難しい状況になる可能性があることを心配しています。」</p>
<p>4 大切なことについて聴く</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 目標 ・ 恐れや不安 ・ 強さの源 ・ 欠かせない能力 ・ 延命治療の範囲 ・ 家族 	<p>「もし、病状が悪くなった場合、どんなことが一番大切ですか？」 「今後の病状に関して、一番怖いと思ったことは何ですか？どんなことが心配ですか？」 「今後の病状について考えるとき、あなたを最も力づけてくれるものは何ですか？」 「あなたの人生にとって大切で、生きていくうえで欠かせないと思われる能力は何ですか？」 （例：食べられること、動くことができる、しゃべることができるなど） 「病状が悪くなった場合、余命を伸ばすためにどの程度の治療ならば我慢できますか？」 「ご家族は、あなたのご希望や大切にしたいことについてどのくらいご存知ですか？」</p>
<p>5 話し合いを締めくくる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 要約する ・ 推奨事項を説明する ・ 患者に確認する ・ 患者に協力することを伝える 	<p>「あなたにとって〇〇〇がとても大切だとおっしゃいましたね。それを考慮に入ると、現在の病状では▲▲▲をお勧めします。」 「〇〇〇すれば、あなたが大切にしたいと事を今後の治療の方針に反映できると思います。」 「この方針をどう思われますか？」 「あなたの力になれるように、私も全力でお手伝いいたします。」</p>
<p>6 話し合いの内容を記録する</p>	
<p>7 主治医や他の専門職に伝える</p>	

<参考文献>

- 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 厚生労働省, 2018年3月
- 2) Hui D, et al: Concepts and Definitions for 'Actively Dying,' 'End of Life,' 'Terminally Ill,' 'Terminal Care,' and 'Transition of Care' : A Systematic Review. J Pain Symptom Manage, 47: 77-89, 2014
- 3) NIH State-of-the-Science Conference Statement on improving end-of-life care. NIH Consens State Sci Statements, 21 (3) : 1-26, 2004
- 4) The NHS End of Life Care Programme: Advance Care Planning: A Guide for Health and Social Care Staff
- 5) 患者の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会
- 6) 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書 厚生労働省, 2017年度
- 7) Detering KM, et al: The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. BMJ 340: c1345, 2010
- 8) 宇井睦人 (編). まるっと! ACP アドバンス・ケア・プランニング: 南山堂, 2020,
- 9) SPICT website <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-jp/>. last accessed 18/November/ 2020
- 10) SCIP website <http://www.instituteforhumancaring.org/documents/Providers/Serious-Illness-Guide-old.pdf>. last accessed 18/November/ 2020