

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

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
(改訂 平成30年3月)

人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン解説編

【平成19年版ガイドライン作成の経緯趣旨】

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きました。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、昭和62年以來4回にわたって検討会を開催し、継続的に検討を重ねてきたところです。その中で行ってきた意識調査などにより、人生の最終段階における医療に関する国民の意識にも変化が見られることと、誰でもが迎える人生の最終段階とはいいながらその態様や患者を取り巻く環境もさまざまなものがあることから、国が人生の最終段階における医療の内容について一律の定めを示すことが望ましいか否かについては慎重な態度がとられてきました。

しかしながら、人生の最終段階における医療のあり方について、患者・医療従事者ともに広くコンセンサスが得られる基本的な点について確認をし、それをガイドラインとして示すことが、よりよき人生の最終段階における医療の実現に資するとして、厚生労働省において、初めてガイドラインが策定されました。

本解説編は、厚生労働省において策定されたガイドラインを、より広く国民、患者及び医療従事者に理解いただけるよう、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」において議論された内容をとりまとめたものです。

国に対しては、本ガイドラインの普及を図るとともに、緩和ケアの充実など人生の最終段階を迎える患者及び家族を支えるため、その体制整備に積極的に取り組むことを要望します。

【平成30年版ガイドライン改訂の経緯】

平成27年3月には、「終末期医療に関する意識調査等検討会」において、最期まで本人の生き方（＝人生）を尊重し、医療及びケアの提供について検討することが重要であることから、「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」へ名称の変更を行いました。

今回の改訂はまた、ガイドライン策定から約10年の歳月を経た平成〇年〇月には、近年の高齢多死社会の進行に伴う在宅や施設における療養や看取りの需要の増大を背景に、地域包括ケアシステムの構築が進められていることを踏まえ、また、近年、諸外国で普及しつつあるACP（アドバンス・ケア・プランニング：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス）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「人生の最終段階における医療の普及・啓発に関する検討会」において、次の1）～3）までの観点から、文言変更や解釈の追加を行いました。

- 1) 患者本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針についての話し合いは繰り返すことが重要であることを強調すること。
- 2) 患者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、その場合に患者本人の意思を推定する者について、家族など信頼できる者と事前に繰り返し話し合っておくことが重要であること。
- 3) 病院だけでなく介護施設・在宅の現場も想定したガイドラインとなるよう、配慮すること。

加えて、本ガイドラインについて、人生の最終段階における医療やケアに従事する医療・介護従事者が、人生の最終段階を迎える患者本人及び家族等を支えるために活用するものであるという位置づけや、患者本人・家族等の意見を繰り返し聞きながら、患者本人の尊厳を追求し、より良い最期を迎えるために人生の最終段階における医療を進めていくことが重要であることを改めて確認しました。

国に対しては、医療・介護従事者が、丁寧に**患者本人**・家族等の意思をくみ取り、関係者と共有する取組が進むよう、また年齢や病状にかかわらず、家族等との繰り返しの話し合いを通じて**患者本人**の意思を確認しておくことの重要性が、広く国民、**患者本人**、医療・介護従事者に理解されるよう、改訂された本ガイドラインの普及を図ることを要望します。

【基本的な考え方】

- 1) このガイドラインは、人生の最終段階を迎えた**患者本人**・家族等と医師をはじめとする医療・介護従事者が、最善の医療とケアを作り上げるプロセスを示すガイドラインです。
- 2) そのためには担当の**医師**ばかりでなく、看護師やソーシャルワーカー、介護支援専門員等の介護従事者などの、医療・ケアチームで**患者本人**・家族等を支える体制を作ることが必要です。このことはいうまでもありませんが、特に人生の最終段階における医療において重要なことです。
- 3) 人生の最終段階における医療においては、できる限り早期から肉体的な苦痛等を緩和するためのケアが行われることが重要です。緩和が十分に行われた上で、医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等については、最も重要な**患者本人**の意思を確認する必要があります。確認にあたっては、適切な情報に基づく**患者本人**が**合意した上で行う**意思決定（インフォームド・コンセント）が大切です。
- 4) 人生の最終段階における医療及びケアの提供にあたって、医療・ケアチームは、**患者本人**の意思を尊重するため、**患者本人**のこれまでの人生観や価値観、どのような生き方を望むかを含め、できる限り把握することが必要です。また、**患者本人**の意思は変化しうるものであることや、**患者本人**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、**患者本人**が信頼できる家族等を含めて話し合いが繰り返し行われることが重要です。
- 5) **患者本人**の意思が明確でない場合には、家族等の役割がますます重要になります。特に、**患者本人**が自らの意思を伝えられない状態になった場合に備えて、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いる場合は、その家族等から十分な情報を得たうえで、**患者本人**が何を望むか、**患者本人**にとって何が最善かを、医療・ケアチームとの間で話し合う必要があります。
- 6) **患者本人**、家族等、医療・ケアチームが合意に至るなら、それはその**患者本人**にとって最もよい人生の最終段階における医療だと考えられます。医療・ケアチームは、合意に基づく医療を実施しつつも、合意の根拠となった事実や状態の変化に応じて、**患者本人**の意思が変化しうるものであることを踏まえて、柔軟な姿勢で人生の最終段階における医療を継続すべきです。
- 7) **患者本人**、家族等、医療・ケアチームの間で、話し合いを繰り返し行った場合においても、合意に至らない場合には、複数の専門家からなる話し合いの場を設置し、その助言により医療及びケアのあり方を見直し、合意形成に努めることが必要です。
- 8) 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ことが必要です。

1 人生の最終段階における医療・及びケアの在り方

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**患者医療・ケアを受ける本人**が多専門職種での医療・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、**患者本人**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を進めることが最も重要な原則である。

また、**患者本人**の意思は変化しうるものであることを踏まえ、医療・ケアチームにより、**患者本人**が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が行われ、**患者本人**と話し合いが繰り返し行われることが重要である。

さらに、**患者本人**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、**患者本人**が**家族等**の信頼できる**者家族等**も含めて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、**患者本人**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が望ましい。

*注1 よりよい人生の最終段階における医療及びケアには、第一に十分な情報と説明 (**本人の心身の状態や社会的背景に鑑み、受ける医療・ケア、今後の心身の状態の変化の見通し、生活上の留意点等**)を得たうえでの**患者本人**の決定こそが重要です。ただし、②で述べるように、人生の最終段階における医療としての医学的妥当性・適切性が確保される必要のあることは当然です。

*注2 医療・ケアチームとはどのようなものかは、医療機関の規模や人員によって変わり得るものです。一般的には、担当の**医師**と**看護師**及びそれ以外の医療従事者というのが基本形ですが、例えばソーシャルワーカーなど社会的な側面に配慮する人が参加することも想定されます。また、在宅や施設においては、担当の**医師**と**担当の看護師**のほか、**患者本人**の病状や社会的背景に応じて、ケアに関わる介護支援専門員、介護福祉士等の介護従事者のほか、他の関係者が加わることも想定されます。

*注3 医療・ケアチームは、丁寧に、**患者本人**の意思をくみ取り、関係者と共有する取組を進めることが重要です。また、**患者本人**の意思は、時間の経過や**病状心身の状態**の変化、医学的評価の変更等に応じて、大きく変化する可能性があることから、繰り返し話し合いを行うことが、**患者本人**の意思の尊重につながります。

② 人生の最終段階における医療について、医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、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。

*注4 人生の最終段階には、がんの末期のように、予後が数日から長くとも2-3ヶ月と予測が出来る場合、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ヶ月から数年にかけ死を迎える場合があります。どのような状態が人生の最終段階かは、**患者本人**の状態を踏まえて、医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断によるべき事柄です。また、チームを形成する時間のない緊急時には、生命の尊重を基本として、医師が医学的妥当性と適切性を基に判断するほかありませんが、その後、医療・ケアチームによって改めてそれ以後の適切な医療の検討がなされることとなります。

*注5 医療・ケアチームについては2つの懸念が想定されます。1つは、結局、強い医師の考えを追認するだけのものになるという懸念、もう1つは、逆に、責任の所在が曖昧になるという懸念です。しかし、前者に対しては、医療従事者の協力関係のあり方が変化し、医師以外の医療従事者がそれぞれの専門家として貢献することが認められるようになってきた現実をむしろ重視すること、後者に対しては、このガイドラインは、あくまでも人生の最終段階の**患者本人**に対し**医療・ケアを行う立場的見地**から配慮するためのチーム形成を支援するためのものであり、それぞれが専門家としての責任を持って協力して支援する体制を作るため

のものであることを理解してもらいたいと考えています。特に刑事責任や医療従事者間の法的責任のあり方などの法的側面については、引き続き検討していく必要がありますが、ガイドライン策定以降、このような側面から大きく報道されるような事態は生じていませんが、引き続き検討していく必要があります。

- 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、患者本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行うことが必要である。**

*注6 緩和ケアの重要性に鑑み、2007年2月、厚生労働省は緩和ケアのための麻薬等の使用を従来よりも認める措置を行いました。

*注7 人が人生の最終段階を迎える際には、疼痛緩和ばかりでなく、他の種類の精神的・社会的問題も発生します。可能であれば、医療・ケアチームには、ソーシャルワーカーなど、や介護支援専門員等社会的な側面に配慮する人やケアに関わる介護支援専門員などが参加することが望まれます。

- ④ **生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。**

*注8 疾患に伴う耐え難い苦痛は緩和ケアによって解決すべき課題です。積極的安楽死は判例その他で、きわめて限られた条件下で認めうる場合があるとされています。しかし、その前提には耐え難い肉体的苦痛が要件とされており、本ガイドラインでは、肉体的苦痛を緩和するケアの重要性を強調し、医療的な見地からは緩和ケアをいっそう充実させることが何よりも必要であるという立場をとっています。そのため、積極的安楽死とは何か、それが適法となる要件は何かという問題を、このガイドラインで明確にすることを目的としていません。

2 人生の最終段階における医療・及びケアの方針の決定手続

人生の最終段階における医療及びケアの方針決定は次によるものとする。

(1) 患者本人の意思の確認ができる場合

- ① 方針の決定は、**患者本人**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。その後
その上で、患者本人と医療・ケアチームとの十分な話し合いを踏まえて行い、患者本人が合意した上で行う意思決定を行うことを基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして行う。

- ② 時間の経過、**心身の状態病状**の変化、医学的評価の変更等に応じて**患者本人の意思**が変化するものであることや、**患者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**、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明を**含めて行い、患者本人**が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が行われ、**患者・家族等との話し合いが繰り返し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。

*注9 話し合った内容を文書にまとめるにあたっては、医療従事者からの押しつけにならないように配慮し、医療及びケアについての**患者本人**の意思が十分に示された上で、話し合われた

内容を文書として残しておくことが大切です。

- *注10 よりよき人生の最終段階における医療の実現のためには、まず**患者本人**の意思が確認できる場合には**患者本人**の意思決定を基本とすべきこと、その際には十分な情報と説明が必要なこと、それが医療・ケアチームによる医学的妥当性・適切性の判断と一致したものであることが望ましく、そのためのプロセスを経ること、また合意が得られた場合でも、**患者本人**の意思が変化しうることを踏まえ、さらにそれを繰り返し行うことが重要だと考えられます。
- *注11 話し合った内容については、文書にまとめておき、家族等と医療・ケアチームとの間で共有しておくことが、**患者本人**にとっての最善の医療の提供のためには重要です。

(2) **患者本人**の意思の確認ができない場合

患者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**患者本人**の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、**患者本人**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**患者本人**の意思を推定できない場合には、**患者本人**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、**患者本人**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、病状の変化、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、**患者本人**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。

*注12 家族等とは、今後、単身世帯が増えることも想定し、患者本人が信頼を寄せ、人生の最終段階の患者本人を支える存在であるという趣旨ですから、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)を含みますし、複数人存在することも考えられます(このガイドラインの他の箇所で使われている意味も同様です)。

*注13 **患者本人**の意思決定が確認できない場合には家族等の役割がいっそう重要になります。特に、**患者本人**が自らの意思を伝えられない状態になった場合に備えて、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、これまでの人生観や価値観、どのような生き方を望むかを含め、日頃から繰り返し話し合っておくことにより、**患者本人**の意思が推定しやすくなります。その場合にも、**患者本人**が何を望むかを基本とし、それがどうしてもわからない場合には、**患者本人**の最善の利益が何であるかについて、家族等と医療・ケアチームが十分に話し合い、合意を形成することが必要です。

*注14 家族等がない場合及び家族等が判断せず、決定を医療・ケアチームに委ねる場合には、医療・ケアチームが医療の妥当性・適切性を判断して、その**患者本人**にとって最善の医療を実施する必要があります。なお家族等に判断を委ねる場合にも、その決定内容を説明し十分に理解してもらうよう努める必要があります。

*注15 **患者本人**の意思が確認できない場合についても、**患者本人**の意思の推定や医療・ケアチームによる方針の決定がどのように行われたかのプロセスを文書にまとめておき、家族等と医療・ケアチームとの間で共有しておくことが、**患者本人**にとっての最善の医療の提供のためには重要です。

(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・ケアチームの中で病態等により医療内容の決定が困難な場合

- ・ **患者本人**と医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合
 - ・ 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。

*注16 別途設置される話し合いの場は、あくまでも、**患者本人**、家族等、医療・ケアチームの間で、人生の最終段階における医療のためのプロセスを経ても合意に至らない場合、例外的に必要とされるものです。第三者である専門家からの検討・助言を受けて、あらためて**患者本人**、家族等、医療・ケアチームにおいて、ケア方法などを改善することを通じて、合意形成に至る努力をすることが必要です。第三者である専門家とは、例えば、医療倫理に精通した専門家や、国が行う「**患者本人**の意向を尊重した意思決定のための研修会」の修了者が想定されますが、**患者本人**の**病状心身の状態**や社会的背景に応じて、担当の**医師**や**担当**看護師以外の医療・介護従事者によるカンファレンス等を活用することも考えられます。