

当院における人生の最終段階の医療・ケアにおける
意志決定プロセスのための指針

目 次

I 総論

1.	はじめに	1
2.	当院の基本方針	1
3.	人生の最終段階の定義・判断	1

II 人生の最終段階における医療・ケアのあり方

III 人生の最終段階における医療・ケアの決定手続き

1.	患者に十分な意思決定能力があると判断された場合	2
2.	本人の意思の確認ができない場合	3
3.	複数の専門家からなる話し合いの場の設置	3

IV 『私が大切にしたいこと』質問紙

V 各疾患別の終末期の定義と医療提供体制

1.	呼吸不全	6
2.	心不全	8
3.	腎不全	10
	・ 血液透析継続の見合わせに関する同意書、説明書	13
	・ 透析療法開始の見合わせに関する同意書、説明書	15
	・ 透析療法開始の見合わせに関する事前指示書	17
4.	脳疾患	18
5.	肝不全	22
6.	血管疾患	24
7.	メンタルヘルス	26
8.	緩和	28
9.	薬剤	30
10.	リハビリテーション	33
11.	栄養	35

当院における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指針

I 総論

1. はじめに

より良き人生の最終段階における医療・ケアの実現のためには、まず本人の意思が確認できる場合には、本人の意志決定を基本とする事が大切であり、医療チームは丁寧に本人の意思を汲み取り関係者と共有する取り組みを進めることが重要である。命の危険が差し迫った状態になると、約70%の人が自分の望む医療・ケアなどを、自分で決めたり、望みを人に伝える事ができなくなると言われている。そのため自らが希望する医療・ケアを受けるために前もって考え、周囲の信頼できる人たちと話し合い共有すること＝アドバンス・ケア・プランニング（以下ACP）は大切である。当院では、外来・入院全患者に対して『私が大切にしたいこと』質問紙を提供し、ACPに取り組み支援をしていく

2. 基本方針

患者と家族等と医療・ケアチームが十分に話し合いのもと患者の意向を最大限尊重し、最善の医療・ケアを提供できるように支援する

3. 人生の最終段階の定義・判断

いかなる治療の効果も期待できず、いずれ死が訪れることが予測される場合を医学的終末期といい、それには以下の3つの判断が必要とされる

- ①複数の医師が客観的な情報を基に、治療を行っても回復が期待できないと判断が一致した場合
- ②患者（意識および判断能力を失った場合を除く）、家族等、医療・ケアチーム関係者が終末期であることに納得した場合
- ③患者、家族等、医療・ケアチームが死を予測し対応の検討を開始した場合

尚、各疾患別の終末期の定義と医療提供体制は、後ページ参照

II 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

人生の最終段階の判断は、多専門職種からなる医療・ケアチームにより検討され、医学的妥当性に基づいて判断される。患者および家族等への、医療・ケアチームにより適切な情報提供と説明が行われ、十分な話し合いが行われる必要がある。しかし、患者および家族等の受容と反応は、患者および家族等の人生観、宗教観、疾患の理解度、社会的背景で大きく異なるため、個々によって対応の仕方を考慮していく必要がある。また、患者および家族等の理解が不十分で、判断に迷いがある場合には、その都度、話し合いを行い、時間をかけていく必要がある。ただし、生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、当院では行わない。

Ⅲ人生の最終段階における医療・ケアの決定手続き

2018年に厚生労働省から示された「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」で導入されたAdvanced care planning (ACP) の概念に沿って行う。医療・ケアチームによる患者の状態に応じた医学的検討が行われた後に適切な情報提供と説明が行われる必要がある。その後、患者と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを行い、患者の意思決定を基本として医療・ケアを進めることを最も重要な原則とする。

（１） 患者に十分な意思決定能力があると判断された場合

- ①医療・ケアチームは経過中に患者本人の病状の変化、心身の状態の変化に応じて患者の意思は変化することを理解し、その都度、適切な情報の提供と説明を行う。加えて、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行われることが必要であり、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。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、患者は家族等の信頼できる者を自らの意思を推定する者として定めて文章に残しておく。また、その家族等を含めて話し合いが行われることが重要である。
- ②医療・ケア行為の開始、内容の変更、その行為の中止等は、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。
- 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、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。
- ④このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、電子カルテ内に記載すると共に病状説明書を作成し、患者及び家族の署名が入ったものを電子カルテ内に取り込んでおくものとする。
- ⑤当院では、意思確認の専用の書面『私が大切にしたいこと』質問紙を用いて、ACP の概念を理解してもらい、患者の意思を尊重した医療・ケアの提供に努める。

（２） 本人の意思の確認ができない場合

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本人の事前意思表示や『私が大切にしたいこと』の記載がある場合は、その内容も尊重し、患者の推定意思や不明な事項を話し合う。
- 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、本人

に代わる者とし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。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、このプロセスを繰り返す行う。

- ③家族等がい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、電子カルテ内に記載すると共に病状説明書を作成し、患者及び家族の署名が入ったものを電子カルテ内に取り込んでおくものとする。

（３） 複数の専門家からなる話し合いの場の設置

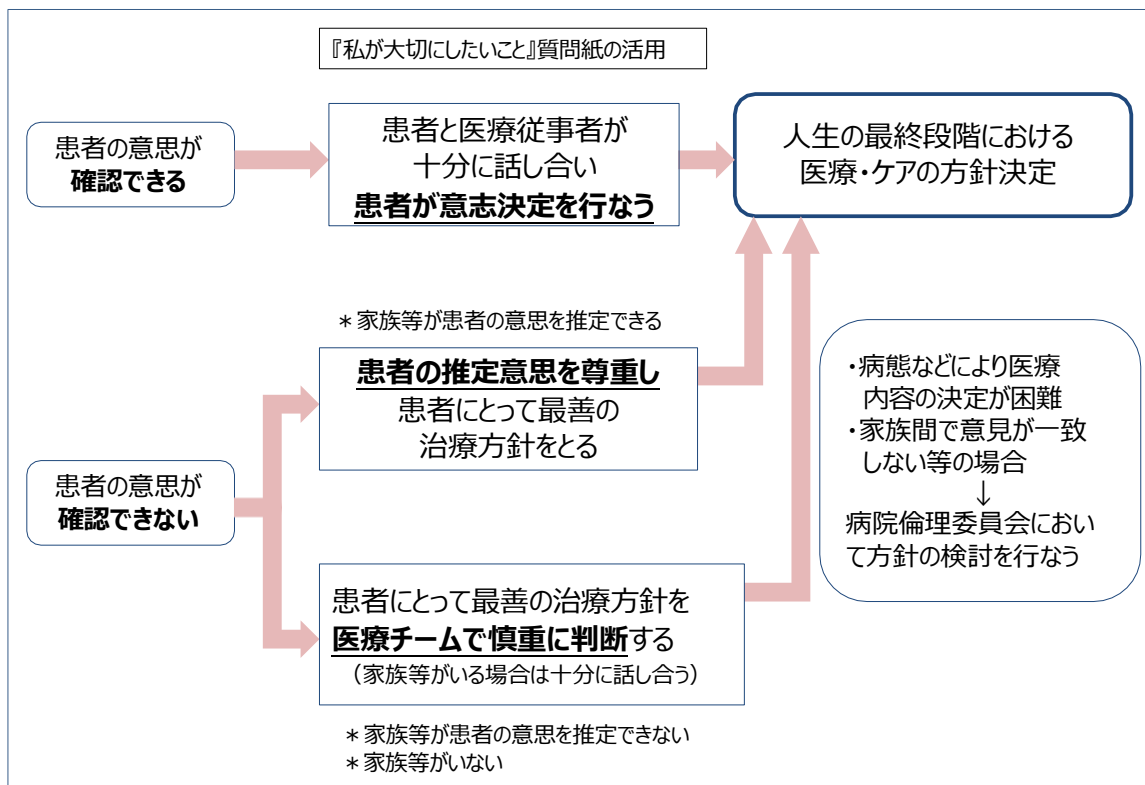
上記（１）及び（２）の場合において、方針の決定に際し、

- ①医療・ケアチームの中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・ケアの内容について合意が得られない場合
- ③家族等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・ケアの内容についての合意が得られない場合等については、別途設置される複数の専門科からなる話し合いの場（当院では病院倫理委員会）を開催し、医療・ケアの方針等についての検討を行う
- ④人生の最終段階における臨床上の判断に関しては、医療倫理の四原則（自律尊重原則、無加害原則、与益原則、そして正義原則）に則り考えることが重要とされており、具体的には、１）医学的適応、２）患者の意向、３）QOL、４）周囲の状況の四つの点から議論し、判断していく。カンファレンスされた内容は電子カルテ内の多職種カンファレンス又は、倫理カンファレンスの記録に残す

<引用・参考>

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

（平成30年3月改定版）



IV『私が大切にしたいこと』質問紙

わたしが大切にしたいこと

ID	患者氏名	年齢
<p>自分が希望する医療やケアを受けるために、大切にしていることや望んでいることを前もって考え、家族等信頼できる人、医療者と繰り返し話し合い共有するプロセスを人生会議 A C P（アドバンス・ケア・プランニング）と呼びます。あなたの価値観や意思を尊重しながら、今後の治療や生活について一緒に考えていきたいと思ひます。ぜひ医療者・家族等にお気持ちを伝えてください。</p>		

- この用紙は同意書ではありませんので法的な拘束力はありません
- 当てはまらない質問や答えづらい質問は、空欄で構いません
- 身体や心の状態に変化によって気持ちは変わるものです。この希望はいつでも修正ができます

☐ 初めて記入します ☐ 以前記入した内容と変更ありません

あなたが大切にしたいと思っていること、医療者に知っておいてほしいことはなんですか？（複数回答可）

- ☐ 1 日でも長く生きること ☐ 家族や周囲の人に迷惑をかけないこと ☐ 身の回りのことが自分でできること
☐ 痛みや苦しみが多くなく過ごせること ☐ その他（ ）

病気の説明はどのまで詳しく聞きたいですか？

- ☐ 具体的にすべてはしっかり知りたい
☐ よくない情報はあまり詳しく知りたくない
☐ その他（ ）

どのような治療を希望しますか？（複数回答可）

- ☐ 最善と考えられる治療はできる限り受けたい
☐ 治療の副作用が辛いときには、医療者と相談したい
☐ その他（ ）

医師の説明と一緒に聞いてほしい方はどなたですか？ お名前（ ） ご関係（ ）

もし病状が悪化したら、あなたはどこで療養したいですか？

- ☐ 入院したい ☐ なるべく自宅で療養して、必要があれば入院したい ☐ 最期まで自宅で過ごしたい
☐ 病状に応じて考えたい ☐ その他（ ）

万が一、命に関わる急変が起こり、これ以上回復の見込みがないと医師に判断された時、心臓マッサージや人工呼吸器をつけること（心肺蘇生術）を希望しますか？

- ☐ 心肺蘇生術を希望する ☐ 心肺蘇生術を希望しない ☐ 心肺蘇生術について医師から説明を受けた後に決めたい
☐ 今は決められない ☐ その他

今後もし自分で意思を伝えることや判断が難しくなった場合、どなたに大事なことの意思決定を託しますか？

お名前（ ） ご関係（ ）

その方に自分の希望や思いを伝えていますか？ ☐ 伝えている ☐ 伝えていない

上記について早めに医療者と話をしたい（はい・いいえ）

記載日 年 月 日 時点での私の思いです

氏名

本人が記入または意思決定ができない場合（ご家族が記入）

☐ 本人の思いが聞けていないのでわからない

☐ 本人に思いを聞いているので代筆する

氏名

（ご関係）

お問い合わせ：総合相談・支援センター

この用紙の結果を用いて臨床研究に使用させていただくことがあります。個人名や個人が特定できる情報は一切公表いたしません。皆様のご理解とご協力をよろしくお願い致します。

東京医科大学八王子医療センター

対応者（ ） ☐ 医師 ☐ 外来看護師 ☐ クラーク ☐ 緩和ケア CN ☐ MSW ☐ がん相談 ☐ 病棟看護師

【呼吸不全】

現状では、COPD、慢性呼吸不全、間質性肺炎ともに肺癌と同様の終末期をたどるにも関わらず、具体的な終末期の定義がないのが現状である 1)-10)。2019 年の現状においても明確な定義にはいたっていない 11)。

肺炎についても、医療・介護関連肺炎（NHCAP）ガイドライン（寺本はガイドライン委員）において、反復する誤嚥性肺炎を念頭に end of life pneumonia 終末期肺炎の概念を提唱しているが、その定義は明らかにできなかった。

○現状での問題点を整理する。

「慢性閉塞性肺疾患」（COPD）について発表。どの時点でターミナルと考えるのか、どのような経緯をたどるのか、疾患特有のターミナル期の特徴はないか—を明らかにしている段階である。

ターミナル期の時期の判断として、頻回の急性増悪を念頭においている呼吸器専門医が多いことが明らかになっている。COPD のターミナルで苦慮する症状には、呼吸困難を挙げる施設が多く、「肺癌ターミナルとの違いがある」と考えている医師が多く、肺癌でのノウハウをそのままは応用できない現状が明らかになっている。また、患者や家族への末期で起こり得る病状の説明について、肺癌の場合が診断時に行うとする施設が多いのに対し、COPD では診断時に行うとする施設が少ない問題点もある。日本呼吸器学会から出された COPD ガイドライン第 4 版(2013 年)では、呼吸器疾患では初めて疾患特有の終末期対応について取り上げてはいるが、定義はない。

「特発性肺線維症」（IPF）については、予後 3 年程度の疾患であり、専門家によっては「疾患が発見された時点でターミナル」であるとの認識もあるが、近年、腔繊維化薬の登場でこの概念も変わりつつある。

「慢性肺高血圧症」（PH）のなかでも難治で予後不良の代表である原発性肺高血圧症（PPH）と膠原病性肺高血圧症（CoPH）について 30 から 40 歳代の女性が多いことを指摘。「養育期の子供を抱えている場合も多い」と訴え、特に「身体障害者としての認定が必要」と経済面・福祉面での支援が急がれる。PPH は特に難治で、やはり、診断時にターミナルという考え方もあるが、年齢が若い場合は受け入れがたい問題がある。

○呼吸器疾患の終末期医療の問題として、

1. 症状の緩和をどうするか（医療技術の問題）
2. 医療者と患者のコミュニケーションをどのようにもち、患者の QOL を向上させていくか
3. 終末期の意志決定のあり方
4. 終末期に発生する合併症の予防と治療
5. 患者や家族の心のケアへの取り組み
6. 臨死期のケアをどうするか

【呼吸不全】

[文献]

- 1) 赤星俊樹、吉澤孝之、岩城基、村上正人、高橋 典明、橋本 修. COPD における終末期ケアの問題点と対策. 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会雑誌 2009 : 19 : 215-219.
- 2) 日本呼吸器学会 COPD ガイドライン第4版作成委員会 : COPD (慢性閉塞性肺疾患) 診断と治療のためのガイドライン第4版, 日本呼吸器学会, 東京, 2013.
- 3) Gore JM, Brophy CJ, Greenstone MA, et al : How well do we care for patients with end stage chronic obstructive pulmonary disease (COPD) ? A comparison of palliative care and quality of life in COPD and lung cancer, Thorax 55 : 1000-1006, 2000.
- 7) Elkington H, White P, Addington-Hall J, et al : The healthcare needs of chronic obstructive pulmonary disease patients in the last year of life, Palliat Med, 19 : 485-491, 2005.
- 8) Murray SA, Pinnock H, Sheikh A, et al : Palliative care for patients with end stage COPD : we need to meet the challenge, Prim Care Resp J, 15 : 362-364, 2006.
- 9) Seamark DA, Seamark CJ, Halpin DMG, et al : Palliative care in chronic obstructive pulmonary disease : a review for clinicians, J Royal Soc Med, 100 : 225-233, 2007
- 10) Curtis, J.R. : Palliative and end of life care for patients with severe COPD, Eur Respir J, 32 : 796 ~ 803, 2008.
- 11) Fuseya Y, Muro S, Sato S, Sato A, Tanimura K, Hasegawa K, et al. Perspectives on End-of-Life Treatment among Patients with COPD: A Multicenter, Cross-sectional Study in Japan. Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2019: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30788987?dopt=Abstract>

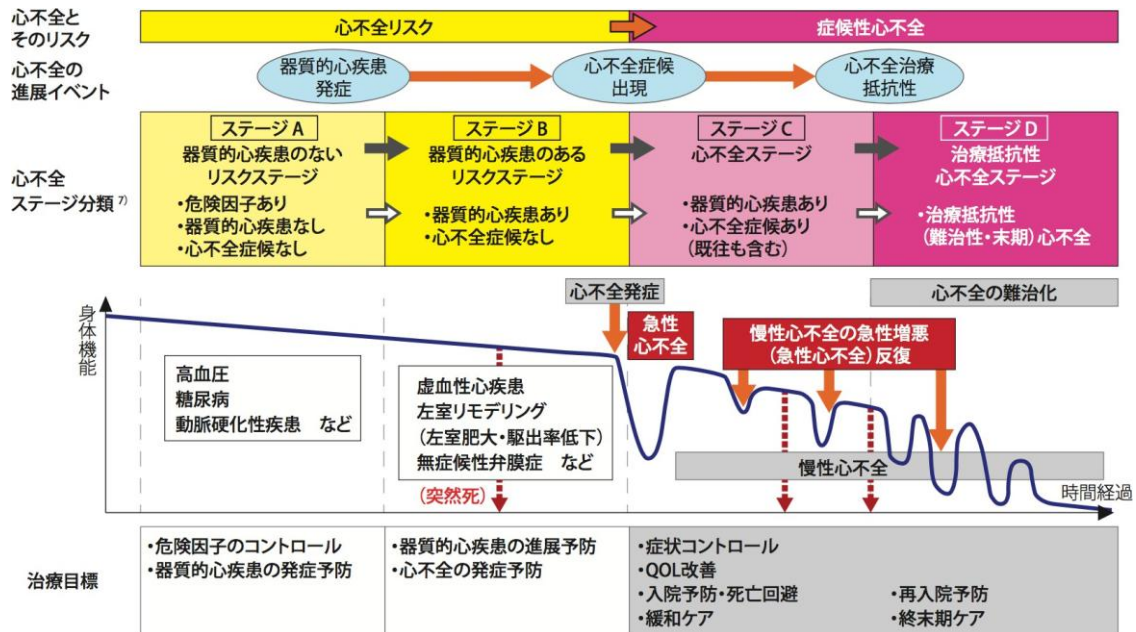
呼吸器疾患の終末期について 呼吸器内科教授 寺本信嗣 (5.3.2019)

【心不全】

心不全とは、心臓が悪いために、息切れやむくみが起こり、だんだんに悪くなり、生命を縮める病気、と説明される。心不全は、高血圧、心筋梗塞、弁膜症、心筋症、不整脈といった様々な原因となる心血管疾患を有し、経過中、増悪と寛解を繰り返しながら進行していくことが示されている。

我が国における、心疾患は死因の第2位であり、また心疾患の病類別にみた死亡者数の割合は心不全が第1位を占める。心不全患者の約7割が75歳以上の高齢者であり、高齢化に伴い心不全患者は増加傾向にある。

心不全はがんなどとは異なり、増悪と寛解を繰り返す経過をたどり、予後の予測が困難である。



日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン. 急性・慢性心不全診療ガイドライン (2017年改訂版) より引用

1 【末期心不全の定義】

末期心不全の患者とは、以下の①～③までの基準、及び④～⑥までのいずれかの基準に該当するものを言う。

- ① 心不全に対して適切な治療が実施されていること。
- ② 器質的な心機能障害により、適切な治療に関わらず、慢性的に NYHA 重症度分類 IV 度の症状に該当し、頻回または持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。
- ③ 過去 1 年以内に心不全による急変時の入院が 2 回以上あること。なお「急変時の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院は除く。
- ④ 左室駆出率が 20%以下であること。
- ⑤ 医学的に終末期であると判断される状態であること。
- ⑥ ④または⑤に掲げる状態に準ずる状態であること。

2 【末期心不全における治療】

末期心不全における治療は、適切な心不全治療を継続しつつ、多彩な症状の緩和を図っていくことである。利尿薬や強心薬に代表される治療薬は症状緩和治療でもあり、通常治療を継続することも緩和ケアの一側面である。苦痛を取るための薬物療法は、通常的心不全治療に上乗せして行う。

心不全終末期が近づいてきた場合、最終段階を見据えた上でその後の経過をどのように支えていくか、心不全経過を俯瞰的に捉え、その中で治療行為の追加も含めた適切な介入を探っていく。決して治療の差し控えを前提とした概念ではないことを共有しておくべきである。

【心不全】

3 【心不全患者に対する緩和ケア】

緩和ケアとは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族の全人的苦痛への介入であり、一般的には癌の終末期医療と認識されていることが多いが、がん患者と同様、心不全患者の多くは身体的もしくは精神心理的な苦痛または社会生活上の不安を抱えている。これらの苦痛や不安は、患者やその家族の社会的・文化的・時代的背景や死生観も含めた価値観等の観点も関連した、多面的複合的な苦痛として存在している。

一方で、心不全では増悪と寛解を繰り返しながら進行していくため、予後の予測が難しく、緩和ケアにおける意思決定支援を困難とさせる。そのため、まずは心不全の経過を共有することが前提となり、繰り返す入退院の経過の中で無理なく意思決定を支え、共有していく過程が重要である。決して1回で決めるものではなく、また病院だけで完結できるものではない。

参考文献

- 1) 循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ報告書.
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000204784.pdf>
- 2) 急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版）．日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン
- 3) 心臓における緩和ケア．心臓 2019； 51： 121-142

【腎不全】

1. 患者への適切な情報提供と患者が自己決定を行う際の支援

医療チームは患者に十分な情報を提供する。

- ・ 慢性腎臓病と腎代替療法についての患者教育を医療チームとして実施し、患者が診断・合併症・予後の予測・治療の選択肢の有益性と危険性を理解できるように医学情報をわかりやすく説明する。

医療チームは患者から十分な情報を収集する。

- ・ 患者の話を傾聴し、患者がどの程度情報を理解しているかを確認するとともに、患者の生活環境ならびに家族環境についての情報も収集する。
- ・ 効果的な会話手法により、疾患に対する患者の適応力を向上させ、患者が自身の病態と治療選択肢の長所および短所を正確に理解できるまで質疑応答を繰り返す。

医療チームは患者が意思決定する過程を共有し、尊重する。

- ・ 患者の判断能力の有無は、医療チームおよび患者と家族^{注)}で評価する。

注) 本人の人生と深く関わり、生活を共にするなど、支え合いつつ生きている人々を指し、単に戸籍上のつながりや血縁関係があるという形式上のことだけで決まるものではない

- ・ 判断能力がある患者が、医療チームから提供された情報に基づいて、意思決定を行う過程を共有して、尊重する。

2. 自己決定の尊重

患者が意思決定した治療とケアの方針を尊重する。

- ・ 医療チームおよび家族は、透析療法の見合わせに関する患者の意思決定が記載された事前指示書の内容を尊重し、患者が望む治療とケアを継続する。
- ・ 患者にすでに判断能力はないが、判断力があった時期で記載された事前指示書が存在し、そこに示された患者の治療とケア方針について、家族が納得しない場合、医療チームは、患者の意思決定が尊重されるべきものであることを家族に繰り返し説明し、合意を求める。どうしても、合意が得られない場合には、病院倫理委員会で検討してもらい、その委員会からの助言に従う。

患者には事前指示書を作成する権利があることを説明する。

- ・ いついかなる状態であっても、患者が期待する治療とケアを将来にわたって医療チームから提供されるよう希望するためには、患者の意思を示す根拠となる事前指示書を作成する権利が患者にあることを説明する。

3. 維持血液透析の見合わせを検討する状況

維持血液透析を安全に施行することが困難な場合

- ・ 生命維持が極めて困難な循環・呼吸状態などの多臓器不全や持続低血圧では、血液

【腎不全】

透析による体外循環が困難となるだけでなく、直ちに生命の危機に直面することになる。また、透析療法実施のたびに器具による抑制および薬物による鎮静をしなければ、バスキュラーアクセスと透析回路を維持して安全に体外循環を実施できない場合も、実施自体が危険である。このような、あらゆる医療技術的対策を講じても維持血液透析を実施することが極めて困難で、患者の生命を著しく損なう危険性が高い場合、医療チームは維持血液透析の見合わせを検討する。なお、維持血液透析が安全に実施できない場合には、その他の血液浄化療法への移行について、患者および家族と十分に話し合う。

患者の全身状況が極めて不良であり、「維持血液透析療法の見合わせ」に関して、患者自身の意思が明示されている場合、または家族が患者の意思を推定できる場合

- ・ 治療選択の決定権は患者ならびに家族にある。患者自身の全身状態が極めて不良であり、かつ、このような状態において維持血液透析を見合わせる意思を患者自身が明示している場合、あるいは家族が患者本人の意思を推定できる場合には、医療チームは患者の意思を尊重し、維持血液透析の見合わせを検討する。

患者ならびに家族の意思決定プロセスが適切に実施されていることが必要

- ・ 判断能力があるが、意思決定できない、または意思決定を迷う場合には、患者の生命観が尊重されるなかで、医療チームは患者の求めに応じて、患者自らが主体的な意思決定ができるように援助する。そして、このプロセスにより決定された患者の意思を共有し、尊重する。
- ・ 判断能力がない患者において、家族が患者の意思を推定し、維持血液透析の見合わせについて決定することができる場合、家族が患者の意思を尊重する過程を共有し、尊重する。
- ・ 判断能力がない患者の家族が、患者の意思を推定することができても、家族として意思決定できない、または意思決定を迷う場合には、医療チームとして支援し、両者間で合意に至れば、その過程を共有し、尊重する。
- ・ 判断能力がない患者の家族が、患者の意思を推定することができない場合には、家族と医療チームが医療およびケアのあり方について十分話し合う。両者間で合意が得られれば、その決定された結果を尊重する。
- ・ 患者、家族と医療チームの中で十分な話し合いを持っても合意を形成できない場合には、病院倫理委員会に助言を求め、その助言により医療およびケアのあり方を見直し、合意形成に努める。
- ・ 患者に家族がいない場合には、自治体の福祉担当者などを家族と同義に扱う^{注6)}。なお、福祉担当者は死亡後の埋葬に関しては法的に執行を認められているが、治療方針の決定などに関して、福祉担当者が法的に認められた者でないことは認識しておく必要がある。

医療チームが見合わせた維持血液透析は、状況に応じて開始/再開される。

- ・ 患者の全身状態が改善し、維持血液透析を開始または再開できる場合。
- ・ 患者および家族が維持血液透析に対する治療方針に関する自己決定を変更し

【腎不全】

た場合。

4. 維持血液透析見合わせ後のケア計画

医療チームは維持血液透析を見合わせた患者の意思を尊重したケア計画を策定する。

- ・ 家族とともに、患者に合ったケア計画を策定する。患者が重要と考える優先事項を把握し、患者の価値観に合うケアにより、患者の自主性を高め、人生に希望や意義を見出し、精神的に平和が得られることを目標にする。
- ・ 家族とともに、患者との話し合いを継続し、患者の意向を定期的に更新する。患者の意思決定能力がなくなった際には、意思決定能力のあった最も至近な時点での患者の意向を尊重する。

医療チームは維持血液透析を見合わせた患者に効果的な緩和ケアを提供する。

- ・ 緩和ケアについて患者および家族へ説明し、発現すると予測される症状に対して実施する治療について事前に決定しておく
- ・ 家族とともに、緩和ケアチームと連携して患者の全人的な苦痛（身体的な痛み、精神的な痛み、社会的な痛み、スピリチュアルな痛み）に対応し、患者を援助する
- ・ 家族とともに、患者が好きな場所で最期を生きる選択肢を提供できるように努める。
- ・ 家族に看取りおよび看取り後も含んだ精神的および社会的な支援を行う。

維持血液透析療法の見合わせに関する同意書、説明書

患者ID @@SYPID@@

患者氏名 @@ORIBP KANJI@@ 様

腎臓が機能していないので、今後血液透析療法を継続しないと生命を維持できなくなります。しかしながら、下記状況を全て御理解いただいた上で、御本人様の希望により、血液透析の継続を見合わせることに致します。

【血液透析を継続することによるメリット】

- ・腎不全により溜まってしまう水分、老廃物を定期的に除去することで、生命をつなぐことができる可能性があります。

【血液透析を継続することによるデメリット】

- ・血液透析中の血圧低下による意識障害、不整脈など透析療法に伴う生命の危機が続きます。また透析終了後の疲労感や、食欲不振なども続きます。
- ・シャントやカテーテルが閉塞した場合には、新たに手術が必要になります。
- ・意識レベルが低下している場合は、透析用の針を抜くなどの危険性を回避するために、抑制を要します。

【血液透析の継続を見合わせたことによるメリット】

- ・血液透析中の急変を回避できます。
- ・血液透析用の針を穿刺する苦痛は無くなります。

【血液透析療法を見合わせたことによるデメリット】

- ・水分や老廃物が身体に蓄積してきます。水分が溜まってくればむくみや呼吸が苦しくなるなどの症状出現を来します。また老廃物が貯まってきた場合は食思不振や倦怠感、嘔気などが出てくる可能性があります。そして、これらの症状出現後も透析を行わずに経過を見た場合、数日から数週間で死に至ります。

*但し、症状を緩和する対症療法を行うことができます。

【同意の撤回について】

この意思表示はいつでも見直しすることができます。透析療法の再開をご希望される際にはすぐに申し出ていただくよう宜しく御願いたします。

同意の撤回が遅いと、全身状態が悪化し、透析療法を実施出来ない場合や、透析療法の準備中に、死亡してしまう可能性があります。

維持血液透析療法継続の見合わせに関する同意書

患者 ID @@SYPID@@

患者氏名 @@ORIBP KANJI@@ 様

説 明 日 時 : @@DYTODAY@@ 時 分

説 明 医 師 : 東京医科大学八王子医療センター

@@SYUSRNAME@@ (@@SYDPTNAME@@)

医療側同席者／職種 : _____

(複数可)

私は、維持血液透析療法継続のを見合わせについて十分な説明を受け理解しました。
その上で、

☐維持血液透析継続を見合わせます

東京医科大学八王子医療センター病院長 殿

年 月 日

患 者 氏 名 : _____

代 諾 者 : _____ (患者との続柄 _____)

緊急連絡先 : _____

患 者 家 族 : _____

患者さんが未成年者など判断能力がない場合や心身障害、署名不能などの場合は
代諾者が患者氏名を記入してください。

透析療法開始の見合わせに関する同意書、説明書

患者ID @@SYPID@@

患者氏名 @@ORIBP KANJI@@ 様

腎機能が進行性に低下し、今後透析療法を開始しないと生命を維持できなくなります。しかしながら、下記状況を全て御理解いただいた上で、御本人様が希望すれば、透析療法の開始を見合わせることに対応致します。

【透析療法を開始することによるメリット】

腎不全により溜まってしまう水分、老廃物を定期的に除去することで、生命をつなぐことができる可能性があります。

【透析療法開始を見合わせたことによるデメリット】

〈血液透析を選択された場合〉

- 腕の血管を太くするための手術（局所麻酔下）やカテーテルを血管内に留置する手術が必要です。
- 週3回の穿刺（針を刺すこと）による苦痛があります。また1回の治療に4時間かかり、通院が必要になり、自宅にいられる時間が短くなる可能性があります。
- 透析終了後の疲労感や、透析そのものによる合併症が生じる可能性があります。

〈腹膜透析を選択された場合〉

- 腹膜透析を選択された場合、在宅にいられる時間は長くなりますが、自身または家族が透析液の交換などを実施する必要があります。
- 開腹してカテーテルを留置する手術（全身麻酔下）が必要になります。

【透析療法の開始を見合わせたことによるメリット】

- 自宅にいられる時間が長くなる可能性があります。（ただし、尿毒症や呼吸苦などの症状が出現した場合は入院加療が必要になることもあります）
- 透析を受けるための手術を行いません。

【透析療法開始を見合わせたことによるデメリット】

- ・腎不全に伴い水分、老廃物が身体に蓄積してきます。水分が溜まってくればむくみや呼吸が苦しくなるなどの症状が出現します。また老廃物が貯まってきた場合は食思不振や倦怠感、嘔気などが出てくる可能性があります。そして、これらの症状出現後も透析を行わずに経過を見た場合、数日から数週間で死に至ります。

*但し、症状を緩和する対症治療を行うことができます。

【同意の撤回について】

この意思表示はいつでも見直しすることができます。透析開始をご希望される際にはすぐに申し出ていただくよう宜しく御願いたします。

同意の撤回が遅いと、全身状態が悪化し、透析療法を実施出来ない場合や、透析療法の準備中に、死亡してしまう可能性があります。

透析療法開始の見合わせに関する同意書

患者 ID @@SYPID@@

患者氏名 @@ORIBP KANJI@@ 様

説明日時: @@DYTODAY@@ 時 分

説明医師: 東京医科大学八王子医療センター

@@SYUSRNAME@@ (@@SYDPTNAME@@)

医療側同席者／職種: _____

(複数可)

私は、透析療法の開始の見合わせについて十分な説明を受け理解しました。
その上で

☐ 透析療法の開始を見合わせます

東京医科大学八王子医療センター病院長 殿

年 月 日

患者氏名: _____

代諾者: _____ (患者との続柄 _____)

緊急連絡先: _____

患者家族: _____

患者さんが署名不能などの場合は、代諾者が患者氏名を記入してください。

透析療法開始の見合わせに関する事前指示書

患者ID <<SYPID>>

患者氏名 <<ORIBP_KANJI>> 様

全て記載後、1部コピーし
患者さんへお渡しください

私は、以下について担当医（医師 <<SYUSRNAME>>）ならびに医療チームから説明を受けて理解しました。

- ☐ 慢性腎不全が進行性に悪化した場合に全身倦怠感・食欲不振・嘔吐・呼吸困難・意識障害などの尿毒症症状が出現する。
- ☐ 尿毒症症状を改善させるために透析療法の開始が必要になる。
- ☐ 透析療法を開始しない場合には数日から数週で死に至る可能性が高い。
- ☐ その他

その上で私は、尿毒症症状が出現した場合にも透析療法を見合わせてくださることを要望いたします。私の考えが変わった場合には、改めて担当医ならびに医療チームに相談します。なお、透析療法開始を見合わせた場合でも、以下の治療は希望します。

- （ ）水分の補給
- （ ）苦痛を和らげる処置
- （ ）その他

・具体的にお書きください

上記治療を下記の場所で受けることを希望します。

- （ ）自宅
- （ ）その他

・具体的にお書きください

説明日： <<DYTDAY>> 時 分

診療科： 腎臓内科

説明者： <<SYUSRNAME>> （職種：医師）

（職種： ）

年 月 日

本人署名

同席者 （本人との続柄： ）

【脳疾患】

全脳機能不全以外の脳卒中終末期、その他脳神経筋疾患の終末期の場合

院内の「当院における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指針」に沿って対応する。

全脳機能不全に至った脳卒中終末期の場合

- * 「全脳機能不全」以外の脳卒中終末期、救急外来受診時など「全脳機能不全」の判断が不能な場合を除く。
- * 「脳卒中における終末期医療に関するガイドライン」を参考に判断する。

(1) 本人又は家族等の意思の確認

脳卒中における終末期が疑われた場合、担当医師は、医療・ケアチームの協力を得て、人生の最終段階における医療・ケアの方針について、発病前の本人がどのような意思であったのかを、患者の意思を良く理解している家族や関係者(以下、家族等という)に確認する。担当医師は、現在の状態では本人が自らの意思を伝えられない状態であり、次のような手順により今後の医療・ケアの方針を決定していくことを説明する。なお、いずれのプロセスにおいても話し合った内容は、その都度、文書にまとめておく。

- 1) 事前指示書等、本人の意思を明確に示す文書の存在により、発病前の本人の意思が確認できる場合、その意思を尊重し、治療の差し控えや中止も含めて、本人の希望を反映した治療方針をとる。
- 2) 家族等が本人の意思を推定できる情報を持っており、その意思に沿うことを希望する場合には、その推定意思を尊重し、本人の希望を反映できると考えられる治療方針をとる。
- 3) 家族等が本人の意思を推定できないか、又は本人の意思に関係なく、家族等が希望する治療方針を提示する場合には、本人にとって何が最善であるかを常に考慮しながら、医療水準と医学的適応の面で医療・ケアチームの意見や判断も示しつつ、家族等と十分に話し合い、家族との合意の上で、治療方針を決定する。
- 4) 家族等が判断を担当医師又は医療・ケアチームに委ねる場合、又は家族等の中で意見がまとまらない場合は、担当医師と医療・ケアチームが適切と考える治療方針を提案したうえで、複数の専門家を含め、かつ医療・ケアチーム以外の者も加えた話し合いの場を設け、治療方針等についての検討及び助言を行い、家族等の同意を得て、方針を決定する。
- 5) 家族等と担当医師及び医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合も、上記同様の話し合いの場を設け、話し合いを継続し

【脳疾患】

て、本人にとって最良と考えられる治療方針を決定する。

- 6) 家族等がおらず、かつ本人の意思を明確に示す文書がない場合、上記 4) と同様の検討を行ったうえで方針等を判断し、倫理委員会の審議を経たうえで、病院として最終的な決定を行う。

(2) 担当医師による「脳死とされるうる状態」の判断

担当医師は、法的脳死判定マニュアルに準拠して「脳死とされるうる状態」の判断を行う。担当医師は、「脳死とされるうる状態」と判断されれば、医療・ケアチームの協力を得て、家族等に対して、本人の病状が全脳の不可逆的な機能不全に陥っている可能性が極めて高く、治療を続けても救命の見込みがない、人生の最終段階に至っていることを説明する。

なお、本ガイドラインで扱う「全脳機能不全」は法的脳死判定マニュアルにある「脳死とされるうる状態」と同じ項目について判断するものである。担当医師は、「全脳機能不全」は家族などの同意のもとに、複数の担当医師等の医療・ケアチームによって確認判断される手順となっており、すでに担当医師によって行われていた「脳死とされるうる状態」の判断は、「全脳機能不全」の確定判断ではないことを説明する。

(3) 臓器提供の機会があること(いわゆるオプション提示)の説明

- 1) 担当医師は、家族の「脳死とされるうる状態」についての理解の状況等を踏まえ、家族等に対して、今後採りうる選択肢の中で、臓器提供の機会があること(いわゆるオプション提示)、及び臓器提供の承諾に係わる手続に際しては担当医師以外の者(日本臓器移植ネットワーク等の臓器のあっせんに係る連絡調整を行う者(以下、「コーディネーター」という))による説明があることを口頭又は書面により告げる。その際、コーディネーターの説明を聴くことを強制してはならない。なお、臓器提供に関して意思表示カードの所持等、本人が何らかの意思表示を行っていたかについて把握するように努める。
- 2) コーディネーターの説明を聴くことについて家族等の承諾が得られた場合、直ちに日本臓器移植ネットワークに連絡する。コーディネーターの説明を受けて、家族等が臓器提供について承諾した場合には、臓器提供の手続きを開始し、法的脳死判定マニュアルに従って法的脳死判定を行う。
- 3) 本人に家族等がない場合でも、意思表示カードなどで本人の臓器提供の意思が確認されれば、日本臓器移植ネットワークに連絡し、臓器提供の手続きを開始し、法的脳死判定マニュアルに従って法的脳死判定を行う。

(4) 臓器提供を行わない場合の対応

- 1) 家族等がコーディネーターの説明を聴くことを希望しない、又はコーディネーターの説明を

【脳疾患】

聴いた上で臓器提供を承諾しない場合には、担当医師及び医療・ケアチームは医療・ケアの変更・中止について家族等の希望の有無を確認する。

- 2 家族等に医療・ケアの変更・中止について希望がない場合には、前記①の手順で決定された今後の医療・ケアの方針に基づく医療・ケアを行う。
- 3 家族等に医療・ケアの変更・中止について希望がある場合には、家族等の同意があれば「全脳機能不全の確定判断」を行うという選択肢があることを説明する。
- 4 家族等の意思に基づき、「全脳機能不全の確定判断」を行う場合
 - ①「全脳機能不全」と確定判断された場合には、家族等と十分話し合ったうえで現在行われている医療・ケアの変更や中止を行う。なお、現在行われている延命治療（注）の中止や延命治療の差し控えについては各施設の臨床倫理委員会などの審議を経て病院長の承認のもとに行う必要がある。

（注）延命治療

本ガイドラインにおいて、延命治療とは生命維持処置を施すことによって、それをしない場合には短期間で死亡することが必至の状態を防ぎ、生命の延長を図る処置・治療のことをさす。

具体的には、心停止時における心肺蘇生、人工呼吸器、ペースメーカー（植込み型除細動器の設定変更を含む）、補助循環装置などの生命維持装置、血液透析などの血液浄化、昇圧薬や血液製剤などの投与、輸液、人工栄養をさす。

- ②「全脳機能不全」と判断されなかった場合には、前記（１）の手順で決定された今後の医療・ケアの方針に基づいて、延命治療以外の医療・ケアについて変更・中止を行う。

*脳卒中による全脳機能不全の確定判断

脳卒中において、次の１から５までの項目のすべてが満たされる状態であることが確認された場合には、脳卒中による全脳機能不全であると確定判断する。

なお、確定判断に当たっては、２名の医師で確認しながら判断し、医療・ケアチーム１名が立ち会い、確認された項目について記録する。

- 1 深昏睡
- 2 無呼吸（注 1）
- 3 瞳孔が固定し、瞳孔径が左右とも４ミリメートル以上であること
- 4 脳幹反射（対光反射、角膜反射、毛様脊髄反射、眼球頭反射、前庭反射、咽頭反射、及び咳反射）の消失
- 5 平坦脳波（注 2）

【脳疾患】

注 1.

全脳機能不全の確定判断における無呼吸とは、人工呼吸器により呼吸かが維持されている状態をさし、いわゆる無呼吸テストは必要としない。

注 2.

全脳機能不全の確定判断における平坦脳波の確認とは、法的脳死判定マニュアルに記載されている「脳波活動の消失の確認」方法に準拠するものとする。

〈参考文献〉

脳卒中における終末期医療に関するガイドライン一般社団法人日本脳卒中学会

【肝不全】

肝不全とは、肝細胞の減少ないし機能低下によって、生体の恒常性を維持できず、黄疸、腹水、肝性脳症、血液凝固異常などの症候を呈する病態を表し、あらゆる肝胆道疾患の最終段階（終末期）の状態を言います。肝不全は、治療に反応し回復が見込める場合（可逆的）も存在しますが、治療に反応しない場合（不可逆的）は、最終的に多臓器不全や重症感染症（敗血症）などを発症し死に至ります。肝不全は、原因や発症時期などにより以下のように分類されています。肝障害を発症し、肝不全が成立するまでの期間が 8 週以内の症例は、急性肝不全(acute liver failure : ALF)、8 週以降 6 カ月(24 週)以内の上記症例を遅発性肝不全(late-onset hepatic failure: LOHF)、6 カ月以降の上記症例を慢性肝不全、また慢性肝不全のうち慢性疾患を背景に急性増悪により短期間に肝不全に陥る場合やアルコール多飲、薬物性、ウイルス性の重複などの肝内因子ないし消化管出血、細菌感染などの肝外要因を契機に肝予備能が急速に低下する場合は、慢性肝疾患の急性増悪(Acute-on-Chronic Liver Failure: ACLF)と呼んでいます。急性肝不全の診断基準は、正常肝ないし肝予備能が正常と考えられる肝臓に肝機能障害が生じ、初発症状から 8 週以内に、高度の肝機能障害に基づいてプロトロンビン時間が 40%以下ないしは PT-INR が 1.5 以上を示すもので、その中で肝性脳症が認められない、ないしは昏睡度がⅠ度までの非昏睡型と昏睡Ⅱ度以上の肝性脳症を認める昏睡型に分類されます。更に昏睡型では、初発症状の出現から昏睡Ⅱ度以上の肝性脳症が出現するまでの期間が 10 日以内の急性型、初発症状の出現から昏睡Ⅱ度以上の肝性脳症が出現するまでの期間が 11 以降 8 週間以内の亜急性型に分類されています。LOHF の診断基準も急性肝不全に近似しますが、症状出現までの期間と急性・亜急性の分類はなく、非昏睡型が存在しない点が異なります。ACLF の診断基準は、Child-Pugh スコアが 5~9 点の代償性ないし非代償性肝硬変にアルコール多飲、感染症、消化管出血、原疾患増悪などの増悪因子肝硬変々な増悪要因が加わって 28 日以内に高度の肝機能異常に基づいて PT-INR が 1.5 ないし PT%が 40%以下で、T-Bil が 5.0mg/dl 以上を示す肝障害と定義し、その重症度の分類と基準は表 1 のように肝、腎、中枢神経、血液凝固、循環器、呼吸器の臓器機能障害の程度に応じて 4 段階に分類されています¹⁾。この評価による死亡率はある文献では、grade0 で 29.8%、grade1 で 57.1%、grade2 で 64.5%、grade3 で 85%とデータが出ています。ACLF 以外の肝不全も基本的には ACLF に準じて評価します。わが国における平成 27 年度の死因順位の第 9 位に肝疾患があります。この肝疾患というのは、あらゆる肝胆道系疾患の終末像（肝がんも一部含む）に値する肝不全のことを一般的に指します。肝不全の場合には、原因となった肝胆道系疾患の標準的な治療に加えて、効果が認められない場合は、特殊な治療法として肝移植が存在します。しかしながら肝移植をすれば必ず生還できるというものではなく、移植による合併症などで回復が逆に見込めなくなる場合もあります。また肝移植は適応が厳密に決められているため、その適応の判断は医療チームの中で検討し、話し合っていきます。肝移植

【肝不全】

ができてできなくても肝不全に至り死に関わる可能性があります、すべての治療に効果が認められず、肝移植も行えない場合、もしくは適応のない場合には、最終的に肝不全による死を避けられない可能性が高くなります。

1) 持田 智,中山伸朗,他.我が国における Acute-On-Chronic Liver.肝臓

2018;59 : 155-161

(a) 臓器不全の定義

臓器機能	定 義
肝臓	血清総ビリルビン値 ≥ 12 mg/dL
腎臓	血清クレアチニン値 ≥ 2 mg/dL ないし血液透析の実施
中枢神経	昏睡 III 度以上の肝性脳症（犬山分類）
血液凝固	プロトロンビン時間 INR > 2.5 ないし末梢血血小板数 $\leq 20,000$ / μ L
循環器	ドパミンないしドブタミンの投与
呼吸器	動脈酸素分圧 (PaO ₂) / 吸入酸素分圧 (FiO ₂) ≤ 200 ないし経皮的動脈酸素飽和度 (SpO ₂) / FiO ₂ ≤ 200

(b) 重症度の基準

Grade	基 準
0	(1) 臓器機能不全なし (2) 腎臓以外の単一臓器機能不全で、血清クレアチニン値が 1.5 mg/dL 未満かつ肝性脳症なし (3) 中枢神経の単一臓器機能不全で、血清クレアチニン値が 1.5 mg/dL 未満
1	(1) 腎臓機能不全のみ (2) 肝臓、血液凝固、循環器ないし呼吸器いずれか単一臓器機能不全で、血清クレアチニン値 が 1.5 mg/dL 以上 2 mg/dL 未満ないし昏睡 I, II 度の肝性脳症 (3) 中枢神経の単一臓器機能不全で、血清クレアチニン値が 1.5 mg/dL 以上 2 mg/dL 未満
2	(1) 2 臓器以上の機能不全
3	(1) 3 臓器以上の機能不全

【血管疾患】

○心臓血管外科の主な対象疾患

- ・術後心不全
- ・心臓腫瘍
- ・重傷虚血肢など

○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 of 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・ケアを進めることが最も重要な原則である。

また、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、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。

さらに、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、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も重要である。

- (2) 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。
- (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、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・ケアを行うことが必要である。
- (4) 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、当院内基準では対象としない。

○人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定は次によるものとする。

(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がなされることが必要である。そのうえで、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し、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行う。

②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、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明がなされ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が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。

(2) 本人の意思の確認ができない場合

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

【血管疾患】

な判断を行う必要がある。

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、本人に代わる者とし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。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、このプロセスを繰り返し行う。

③家族等がい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。

(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
- ・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・ケアの内容についての合意が得られない場合
- ・家族等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。

● その他

- ・早期に人生の最終段階における医療・ケアを本人が受けることが、QOLの向上、うつ軽減、寿命の延長に寄与することが報告されている。

● 参考文献

- ・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
- ・Palliative Care and Cardiovascular Disease and Stroke: A Policy Statement From the American Heart Association/American Stroke Association Lynne T. Braun, Kathleen L. Grady, Jean S. Kutner, Eric Adler, and On behalf of the American Heart Association Advocacy Coordinating Committee Circulation. 2016;134:198–225
- ・わが国の終末期医療の施策の方向性 岩崎 康孝

【メンタルヘルス】

前提) 複数の医師が治療により回復が期待できないと判断し、「終末期」とであると医療チームおよび本人・家族あるいは代弁者が判断する

(A 患者に判断能力がある場合)

→ 患者の意志に基づいて対処する

(B 患者に判断能力がないが、患者の意思が文書化されている場合)

a) 代弁人が指定されている場合

b) 家族がいて家族内で合意が得られている場合

→ あらかじめ示された患者の希望、代弁人・家族の意向・合意に基づいて対処する

c) a), b)いずれにも該当しない場合。倫理委員会等で議論してその決定に基づいて対処する

(C 患者に判断能力がなく、患者の意思が文書化されていない場合)

患者に家族がいて家族内で合意が得られた場合は、家族の合意に基づいて対処する

それ以外の場合は、倫理委員会等で議論してその決定に基づいて対処する

メンタルヘルス、リエゾン領域に関しては、下記のチェックリストに基づきせん妄、精神症状の評価を行う。

(資料1 医療法人 東札幌病院 臨床倫理委員会作成 「がん終末期患者の尊厳を守るための治療とケアに関するガイドライン ～苦痛・苦悩の緩和が困難な場合～」 より抜粋)

【メンタルヘルス】

資料1 治療抵抗性判断のためのチェックリスト

緩和困難な苦痛・苦悩を同定し、以下の項目について確認する。

・せん妄

- ☐ 環境調整を行ったか。
- ☐ 治療可能な原因を探索し、治療を検討したか。（高カルシウム血症、低ナトリウム血症、高アンモニア血症、感染症、低酸素血症、血糖異常、脱水、脳腫瘍、不眠など）
- ☐ 薬剤の調整を検討したか。（必須ではない薬剤・神経毒性を有する薬剤の減量・中止・変更）
- ☐ 疼痛・呼吸困難など緩和されていない苦痛の治療を検討したか。
- ☐ 残尿、便秘による不快がないか。
- ☐ 夜間の睡眠確保を検討したか。
- ☐ 抗精神病薬投与（セレンースやコントミンなど）を検討したか。

・不安、抑うつ、心理・実存的苦痛

- ☐ 治療可能な身体的原因を探索し、治療を検討したか。（薬剤、緩和されていない身体的苦痛、低酸素血症、脳腫瘍、アカシジア、不眠など）
- ☐ 身体的機能喪失の最小化（リハビリテーションや代替手段の検討など）を検討したか。
- ☐ 精神的支援（傾聴、感情表出の促し、ライフレビューなど）の提供を検討したか。
- ☐ 気分転換、環境整備、リラクセーションの提供を検討したか。
- ☐ ソーシャルサポートの強化を検討したか。
- ☐ 薬物療法（抗不安薬、抗うつ薬などの投与）を検討したか。
- ☐ 心理専門家へのコンサルテーションを検討したか。
- ☐ 必要に応じて宗教家への相談を検討したか。

【緩和】

終末期の概念や言葉については公的に明確に統一された定義はないが、がん領域においての定義や捉え方として

●緩和ケア（主ながん領域）の終末期は4段階

- ・終末期前期：月単位 6ヶ月～数か月の予後（半年以内）
- ・終末期中期：週単位 数週間の予後（1ヶ月以内）
- ・終末期後期：日単位 数日の予後（1週間の以内）
- ・臨死期：時間単位 数時間の予後（1～2日以内）

●終末期の苦痛緩和に関する鎮静のガイドライン 2010年版」

対象：医学的妥当性と適切性をもとに多職種からなる医療チームで判断される

- ①すべての治療が無効（治療抵抗性）であること
- ②上記①あるいは患者の希望と全身状態から考え予測される生命予後まで有効で、かつ合併症の危険性と侵襲を許容できる治療手段がないと考えられる場合

●現在、終末期医療の判定や計画には、ACP（Advance Care Planning：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）の概念を盛り込むことの重要性が示唆されている。

がん診療連携拠点病院の整備に関する指針

1 診療体制 緩和ケアの提供体制の項目

キ 患者や家族に対し、必要に応じてアドバンス・ケア。プランニングを含めた意思決定支援を提供できる体制を整備している【A：必須】

ACPは、一般的には「将来の意思決定能力の低下に備えて、今後の治療・ケア・療養に関する意向、代理意思決定者などについて患者・家族等、そして医療者があらかじめ話し合うプロセス」と定義される。対象は、がん患者だけでなく非がん疾患も含めた支援体制として重要とされている。

ACPにおいて最も重要なのは、患者の望んでいる具体的な治療・ケアそのものだけでなく、それを決めるまでのプロセスであるとされている。つまり

- ①あらかじめ代理意思決定者（意思表示できなくなったときに、自分の代わりに判断してくれる人）を選定し
- ②患者と代理意思決定者が、病状を共有したうえで、患者が生活や療養で何を大切にしている、何を希望しているかを話し合い

【緩和】

③それを医療者とも共有してゆくことで、たとえ患者が終末期に意思決定能力を失っても、代理意思決定者は医療者とともに、直面する複雑な医療状況に対応することが可能になるとされている。

この①～③の プロセスが ACP である。 ACP を行うことで、終末期における患者の希望が尊重され、遺族の満足度が高く、遺族の抑うつ、外傷後ストレス症候群や不安障害が減少することが明らかとなっている。当センターでは全入院患者に対する A C Pを確認している。

*現在当センターでの ACP の様式やマニュアルはライブラリー ⇒ACP フォルダ内参照

【薬剤】

<がん領域>

がんの終末期は、疼痛、呼吸困難、消化器症状、泌尿器症状などの諸症状が発現する。日本緩和医療学会より、各種症状および輸液療法についてのガイドラインが出版されているので、参考にすることができる。また終末期で治療抵抗性の耐えがたい苦痛があり、患者自身・ご家族の意思が確認出来た場合は、鎮静を検討する。

がん患者の場合、以下の生命予後の評価基準が知られており、終末期の判定の際に参考にすることができる。

生命予後の評価基準：

Palliative Prognostic Score (PPS)

臨床的な予後の予測	1-2週	8.5	
	3-4週	6.0	
	5-6週	4.5	
	7-10週	2.5	
	11-12週	2.0	
	>12週	0	
食欲不振	あり	1.5	
	なし	0	
全身状態 (Karnofsky Performance Scale)	10 ~20	2.5	自分のことができず入院が必要 疾患が進行している 重症・精力的な治療が必要
	≥30	0	
呼吸困難	あり	1.0	
	なし	0	
白血球数(1/mm ³)	>11000	1.5	
	8501-11000	0.5	
	≤8500	0	
リンパ球(%)	0-11.9	2.5	
	12-19.9	1.0	
	≥20	0	

合計得点が 0～5.5、5.6～11、11.1～17.5 の場合、30 日生存率がそれぞれ>70%、30～70%、<30%である。

Palliative Prognostic Index (PPI)

Palliative Performance Scale	10-20	4.0
	30-50	2.5
	≥60	0
経口摂取量	著明に減少(数口以下)	2.5
	中程度減少(減少しているが数口よりは多い)	1.0
	正常	0
浮腫	あり	1.0
	なし	0
安静時呼吸困難	あり	3.5
	なし	0
せん妄	あり(原因が薬物単独、臓器障害に伴わないものは含めない)	4.0
	なし	0

合計得点が 6 より大きい場合、患者が 3 週間以内に死亡する確率は感度 80%、特異度 85%で

【薬剤】

ある。

<循環器領域>

原因が循環器疾患に由来する症状であれば、疾患自体に対する治療を優先する。モルヒネは心不全による呼吸困難に対しても有効な可能性がある。疼痛に対しては、腎機能障害悪化や体液貯留増悪のリスクがある NSAIDs は避け、アセトアミノフェンが推奨される。ステロイド投与は、体液貯留や電解質変化が循環動態に悪影響を及ぼす可能性があり、循環器疾患患者では投与に特に注意が必要である。抑うつに対して、三環系抗うつ薬、四環系抗うつ薬は心血管系への副作用が多く、循環器疾患患者への投与に注意が必要である。終末期の耐えがたい苦痛に対し、患者および家族と相談のうえ鎮静薬が使用されることがある。ミダゾラムが多くの場合使用されるが、循環動態への影響が比較的少ないデクスメデトミジンが使用される場合がある。

<呼吸器領域>

COPD に対しては、 β_2 刺激薬、抗コリン薬やステロイド吸入薬などの調整を検討する。間質性肺炎に対してはステロイドの全身投与などを検討する。

<脳血管領域>

疼痛は脳卒中急性期には少なく、6 カ月以降に生じることがある。疼痛の原因はさまざま、脳卒中の障害部位によるもの、麻痺によるもの、痙性によるものなどがある。脳卒中そのものから生じる中枢性の痛みについては、抗うつ薬、抗てんかん薬など効果がある場合がある。上肢完全麻痺に伴う肩関節痛など拘縮による痛みには、温罨法や冷罨法、リハビリテーション、NSAIDs、関節内ステロイド注射などが用いられる。痙性による痛みにはリハビリテーション、抗痙縮薬、ボツリヌス毒素などが用いられる。脳卒中後は抑うつの発症頻度が高いため、注意してスクリーニングし対処する。不安が強い場合や感情失禁などにも抗うつ薬が奏功することがある。ベンゾジアゼピン系薬剤は短期使用にとどめるべきである。

<腎疾患>

腎不全の進行とともに尿毒症に関連したさまざまな身体症状・精神症状があらわれるため、適切な症状緩和が求められる。主な症状としては、痛み、倦怠感、食欲不振、かゆみなどがある。

透析治療の有無にかかわらず Stage5 の腎不全患者の約 50%が慢性疼痛を経験し、そのうち 82%は、痛みが中等度以上であったと報告されている。このような慢性疼痛の緩和には、アセトアミノフェンや抗てんかん薬などが用いられることがある。オピオイドについては、科学的に確立した使用法は明らかになっていないが、代謝産物の蓄積による副作用があるため、コデイン、モルヒネは使わないことが望ましいとされている。また、フェンタニルは、主に肝代謝であり、腎不全患者の疼痛緩和に比較的安全に使用できるが、血中濃度が上昇するため、通常の 3/4～1/2 程度の量を使用することが望ましいとされている。

<認知症>

【薬剤】

認知症が進行するにつれて、身体や精神機能の低下、併存疾患に伴うさまざまな苦痛の除去も加わる。

感染症は認知症の進行に伴い避けられない事態である。主に尿路感染、上・下気道感染、皮膚・皮下組織の感染がみられる。全身感染症は認知症患者で最も多い死因であり、気管支肺炎はアルツハイマー病患者の死因の 60%を占める。認知症では初期の段階から体重減少を伴う。体重減少は、病初期の段階では、遂行機能障害に伴う食事が不規則になること、進行した段階では、複雑性注意の障害や空間認知能力の障害による摂食の不良が関連する。

また認知症の人が痛みをもつ割合は高く、地域在住でも介護施設においても 70～80%といわれる。

<参考資料>

がん緩和ケアガイドブック：日本医師会（2017 年版）

がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン（2020 年版）：日本緩和医療学会

がん患者の消化器症状の緩和に関するガイドライン（2017 年版）：日本緩和医療学会

がん患者の呼吸器症状の緩和に関するガイドライン（2016 年版）：日本緩和医療学会

終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン（2013 年版）：日本緩和医療学会

がん患者の泌尿器症状の緩和に関するガイドライン（2016 年版）：日本緩和医療学会

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

急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017 年改訂版）：日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン

【リハビリテーション】

リハビリテーションに関わる疾患・病状は多様であり、診療科も様々であるため各病状においてその終末期となる基準は異なる。また、リハビリテーションは医師の指示のもと実施されるものであり、リハビリ個別にその判断をするものではない。

しかし、リハビリを実施する上で、状態の悪化など常に注意すべき事項はあり、積極的な介入が困難と思われる基準としては、「リハビリテーション医療における安全管理・推進のためのガイドライン」では下記にある内容が記載されている。その他、疾患別にガイドラインがあり参考になっている。

上記症状があらわれている場合は、主治医に報告しリハビリ継続の有無を確認したうえで、判断する。

＜積極的なリハビリを実施しない場合＞

- ①安静時脈拍 40 分以下または 120 分以上
- ②安静時収縮期血圧 70mmHg 以下または 200mmHg 以上
- ③安静時拡張期血圧 120mmHg 以上
- ④労作性狭心症の方
- ⑤心房細動があり著しい徐脈または頻脈がある場合
- ⑥心筋梗塞発症直後で循環動態が不良な場合
- ⑦著しい不整脈がある場合
- ⑧安静時胸痛がある場合
- ⑨リハ実施前にすでに動悸・息切れ・胸痛のある場合
- ⑩坐位でめまい、冷や汗、嘔気などがある場合
- ⑪安静時体温が 38℃以上
- ⑫安静時酸素飽和度 90%以下

また、最近ではがん領域でのリハビリテーションも一般的となっている。がん治療の時期とケアの時期は区別されるべきものではなく、がん治療の時期からケアが漸次開始され、末期においては緩和ケアが主体となる。がん患者に対するリハビリについても同様で、緩和ケアのリハビリとして区別されるわけではなくて、がんのリハビリの中で、徐々に患者の病期に応じてリハビリの目的やゴールが変わっていく、シームレスな流れの中で対応していくというのが理想といわれる。積極的な治療が受けられなくなった時期には患者さんの要望を尊重しながら、身体的、精神的、社会的にも QOL を高く保てるように援助していく。

【終末期における摂食嚥下障害への対応について】

1. 終末期の摂食嚥下障害

嚥下障害自体は脳血管疾患、心疾患などさまざまな疾患で起こりえる。よって、嚥下障害の有無や重症度によって週末期を決定する事は困難である。この項目では終末期の患者さんに対する経口摂取への対応について記述する。

2. 終末期の患者さんの摂食嚥下障害への対応

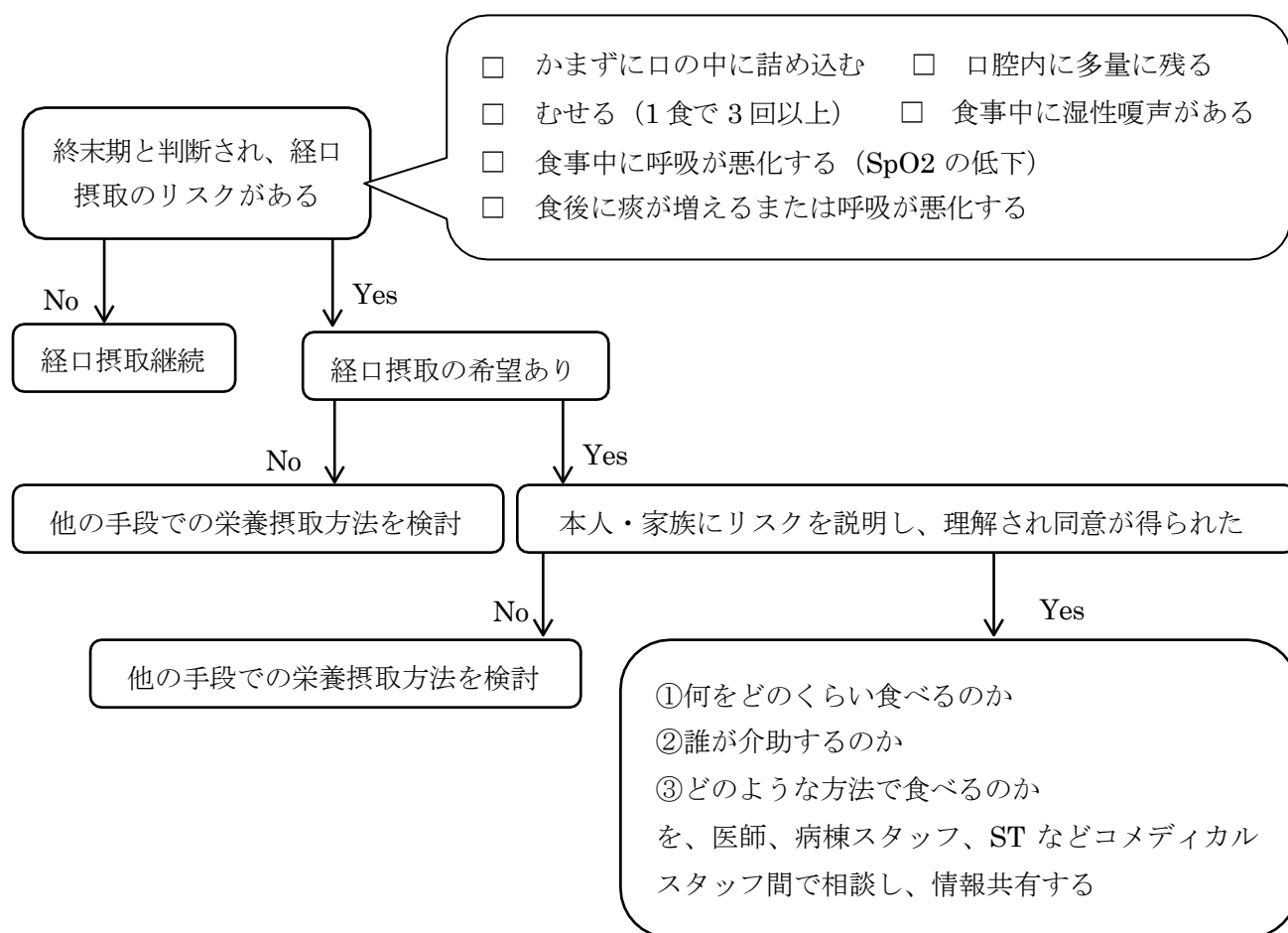
摂食嚥下障害を有する患者さんの経口摂取の可否は、急性期～生活期では RSST や改訂水飲み

【リハビリテーション】

テストといったスクリーニング検査や嚥下内視鏡、嚥下造影検査といった標準化された評価のもと誤嚥や窒息のリスクが低減しつつ経口摂取をすすめるが妥当である。

終末期の患者さんにおいても嚥下評価の方法は変わらないが、ご本人やご家族が終末期にあたり「食べる」事にどのような希望や考えを持っているのかを尊重する事が重要となると思われる。終末期の摂食嚥下障害に対する意思決定のプロセスとして、広くコンセンサスの得られているものはない。よって、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（厚生労働省 2018 改訂）や終末期医療に関するガイドライン ～よりよい終末期を迎えるために～（全日本病院協会 2016）などに準拠する。

医療者側の情報提供として、現在の嚥下機能や適当と思われる食形態や栄養手段の提案が必要である。ご本人やご家族が嚥下機能として適当でない食形態による経口摂取を希望された場合、起こりうる誤嚥性肺炎や窒息といったリスクについての十分な説明が必要である。その上でご本人やご家族の同意のもと経口摂取を進める。経口摂取にあたり①何をどのくらいの量食べるのか、②誰が介助するのか、③どのような方法で食べるのかは重要である。よって経口摂取を進めるに当たり、医師、病棟スタッフ、ST をはじめとするリハビリテーションやコメディカルスタッフの間で上記 3 点やその他の患者さんの情報について共有されている必要がある。



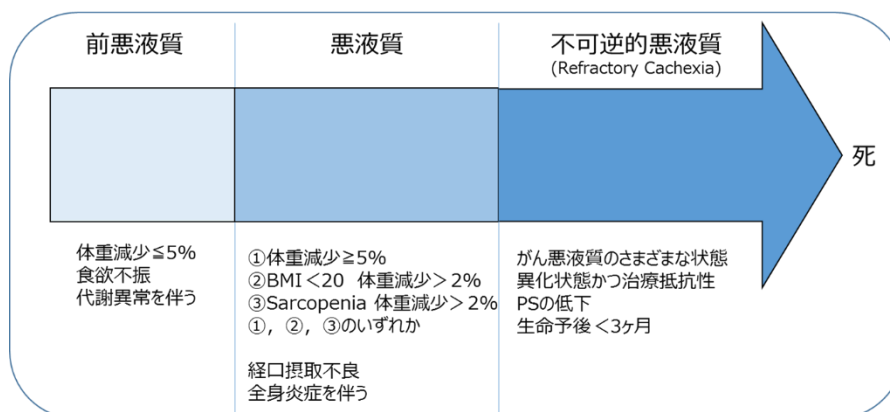
【栄養】

I. 終末期がん患者の栄養療法

がん悪液質とは、経口摂取量の減少と代謝異常による負の蛋白、エネルギーバランスを特徴とし、従来の栄養サポートで改善することは困難で、進行性の機能障害をもたらし、著しい筋組織の減少を特徴とする複合的な代謝障害疾患である。

がん悪液質のステージは図 1 に示す通り三段階の病期が提唱される。代謝異常の程度が軽度である悪液質の進展が少ない段階では栄養サポートを行い栄養不良の改善や進展を遅らせることが重要であるが、栄養投与を行っても有効に利用されない不可逆的悪液質（Refractory Cachexia）においては、積極的な栄養介入による代謝上の負荷やリスクはメリットを上回るとも言われており、適切に内容を変更するシフトチェンジが重要である。

ERCRCによる悪液質の区分



☑経口摂取可能

- 1.自由摂食：好きな食事・食べられる食品
- 2.本人の理解・承認が得られる場合：栄養剤、栄養補助食品

☑経口摂取不能

- 1.本人・家族の希望に応じて①間歇的輸液または②持続的輸液を選択する
- 2.水分補給基準 水分量：15～25mL/kg 体重/日 （500～1000mL/日）

(1)終末期は、輸液投与に伴う心不全、呼吸不全を起こしやすく、浮腫や胸水・腹水の増悪を招くため、過剰な水分投与は避ける ⇒ **AIII**

(2)輸液は最小限とし、1日 1000mL以下の保持液に留める ⇒ **AII**

(3)水分補給は最も侵襲の少ない投与経路を選択する。静脈経路を利用できない場合は皮下投与を考慮する ⇒ **BIII**

- 3.必要エネルギー基準

終末期には、代謝状態の低下と活動量の減少に応じて栄養投与量を調整する ⇒ **BI**

栄養投与に伴う体液の貯留や代謝異常を引き起こすリスクが高いため、代謝状態や活動量、生命予後に応じて栄養投与量を調整する。

エネルギー量：5～15kcal/kg 体重/日 （200～600kcal/日）

II. 心不全緩和ケアにおける栄養療法

心不全治療ガイドラインによると塩分過多は水分貯留に直結することから 1日 6gの食塩摂取が進められているが、心不全末期には病態に伴う食欲不振、悪心嘔吐、呼吸苦、腹部膨満感

【栄養】

などの症状がみられ、食事摂取も減少するため実際に摂取される食塩量も少なくなる。また、過度な減塩が予後悪化と関連することを示唆する報告もあり、塩分コントロール食から常食に切り換えることにより、食事摂取が増加する患者もよく見られる。

食事摂取が増えることは患者のみならず家族や周囲の喜びや励みに繋がる。最後まで口から食べられることは QOL を向上させ、患者および家族の満足感を伴うことが考えられる。

多職種でのカンファレンスにて、食事に関する価値観や習慣、食事摂取の必要性、食嗜好など患者および家族の思いを情報共有し、個々に合わせた適切な食事の検討を行う必要があり、一律な減塩はすべきではない。

なお、最後には食欲が自然と進行性に低下するが、この時期に強制栄養法を実施すべきではない。また、終末期の食事摂取低下に対する一律な輸液は、呼吸困難や浮腫などのうっ血性症状をかえって悪化させることがあるため、勧められない

<参考資料>

ERCRC(European Care Research Collaborative)の悪液質に対するガイドライン

静脈経腸栄養ガイドライン

日本静脈経腸栄養学会静脈経腸栄養テキストブック

終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン 2013 年版

心不全患者における栄養評価・管理に関するステートメント

【発行年月日：2019 年 5 月_第 1 版】

【更新年月日：2022 年 9 月版】

【更新年月日：2025 年 10月版】