

令和元年度厚生労働科学研究費補助金（移植医療基盤整備研究事業）
5 類型施設における効率的な臓器・組織の提供体制構築に資する研究
—ドナー評価・管理と術中管理体制の新たな体制構築に向けて—

分担研究報告書

「ドナー家族サポート体制に関する研究」

- 研究分担者 田崎 修 （長崎大学・病院 高度救命救急センター・教授）
研究分担者 横田 裕行 （日本医科大学大学院医学系研究科・救急医学・教授）
研究分担者 織田 順 （東京医科大学・救急災害医学分野・主任教授）
研究分担者 中森 靖 （関西医科大学総合医療センター・救急医学科・教授）
研究分担者 吉矢 和久 （大阪大学医学部附属病院・高度救命救急センター・助教）
研究協力者 藤見 聡 （大阪府急性期・総合医療センター・高度救命救急センター長）
研究協力者 早川 航一 （関西医科大学総合医療センター・救急医学科・講師）
研究協力者 中土居 智子 （大阪大学医学部附属病院・高度救命救急センター・看護師長）
研究協力者 平尾 朋仁 （長崎大学・病院 高度救命救急センター・助教）
研究協力者 竹田 昭子 （長崎県臓器移植コーディネーター）

研究要旨

我が国において臓器提供体制は徐々に整備されつつあるものの、未だ先進国に比較すれば立ち遅れている。今後整備されるべき体制の一つにドナー家族の支援体制がある。2019 年度においては、これまでに学会や厚労省の研究班から公表されている資料を参考に、研究代表者および研究分担者の所属施設における家族支援体制の現状を把握するとともに、現時点で実施可能な支援体制案を作成した。ドナー家族は、来院時より支援を必要としていることが多いが、来院時点でドナーとなるかは不明であるため、支援の対象は重篤な意識障害を呈する患者の家族とした。支援のタイミングのめやすとなるよう、来院～入院、入院後～約 1 週間、入院後約 1 週間以降にわけて支援の項目を列挙した。

今回作成した家族サポート体制案は、概ね 500 床以上でかつ救命救急センターを有する施設を参考にしている。このため、上記より小規模の病院にも適応できるか検討が必要である。また、家族サポートを中心的に行う職種も施設により様々であった。日常業務を兼務しながら家族を支援することから、サポートに専念できる体制を構築するためには、診療報酬等による財政的な支援も必要と考えられる。

A. 研究目的

我が国において臓器提供体制は徐々に整備されつつあるものの、未だ先進国に比較すれば立ち遅れている。今後整備されるべき体制の一つにドナー家族の支援体制がある。現状では、誰が、何時、どのような形

で、何時まで家族の支援にあたるべきかは確立されていない。本研究においては、今後のドナー家族支援体制のあるべき姿を明らかにすることを目的とする。2019 年度においては、研究代表者、および研究分担者における家族支援体制の現状を把握するとともに、実施可能な支援体制案を作成する

ことを目的とした。

B. 研究方法

ドナー家族サポート体制案を作成するため、まず研究分担者の所属施設長崎大学病院の家族サポート体制を参考に原案を作成した。これに対し、各研究分担者および研究協力者からの意見を集約し、共通部分を整理した。また、施設毎に異なる点は、例示する形をとった。資料としては、これまでに発表されている以下のガイドラインもしくは指針を参考にした。

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解説編 平成30年3月 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(参考資料1)

2. 救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～ 平成26年11月4日 日本集中治療医学会、日本救急医学会、日本循環器学会(参考資料2)

3. 集中治療領域における終末期患者家族のこころのケア指針 2011年5月26日 日本集中治療医学会 倫理委員会、看護部会 倫理ワーキンググループ(参考資料3)

4. 臓器提供ハンドブック 終末期から臓器の提供まで 2019年10月1日 厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患等政策研究事業 「脳死下・心停止下における臓器・組織提供ドナー家族にける満足度の向上および効率的な提供体制構築に資する研究」研究班

(倫理面への配慮)

2019年度は、施設の家族支援提供体制に関する研究であったため倫理的に問題となる点はなかった。

C. 研究結果

ドナー家族サポート体制案として、資料1および図1から図3にまとめた。

本研究の目的は「ドナー家族サポート体制」を提案することであるが、結果的にドナー家族となる患者家族は、来院時より支援を必要としていることが多い。しかし来院時点では患者がドナーとなるかは不明である。従って、ドナー家族を来院時より支援することは、ドナーとはならない重症患者の家族も含めて支援するということになる。本案では、対応時期のめやすをわかりやすく示すため、時期が前後することを承知のうえで、あえて項目を来院～入院、入院後～約1週間、入院後約1週間以降に分けて記載した。また、関わる職種を最初に列挙した。

1. 来院～入院

この時期は、医師は患者対応に追われ十分に家族に説明できる時間はない。また、患者の家族も患者の急変に動揺している時期であり、医師の1回の説明では到底理解することができない。しかし、心理的な壁もあり医師に対しては質問しにくい状況にある。従って、看護師等が医師の説明後に理解の程度を確認し、必要があれば医療・ケアチームより追加の説明を行い患者家族が病態を理解できるように努める。

2. 入院後～約1週間

来院時における家族サポートは医師および看護師が中心となるが、入院後はそれ以外の多職種も含めた医療・ケアチームを構成することが望ましい。患者家族の心のケアについては、参考資料3も参考にして開始する。心のケアの中心となる職種は、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士等が想定される。この時期には、CT検査、脳波検査、脳幹反射等の評価により、来院時より詳細な病態が判明する。「脳死とされる状態」であれば、家族の病

状の受け入れ状況を踏まえ、医療・ケアチームから病態の説明と臓器提供の選択肢提示を行う。家族が臓器提供を希望した場合、あるいは話を聞いてみたいと申し出があった場合には、日本臓器移植ネットワークコーディネーターもしくは都道府県臓器移植コーディネーターに連絡して説明をしてもらう。

「脳死とされうる状態」ではないと考えられる場合には、参考資料 1 および 2 を参考に「人生の最終段階」であるか否かを医療・ケアチームで検討する。「人生の最終段階」と考えられる場合には、図 1 を参考に医療・ケアチームと患者家族との間で話し合い治療方針を決定する。

3. 入院後約 1 週間以降

「脳死とされうる状態」ではないが「人生の最終段階」に該当する場合には、患者本人にとっての最善の医療・ケアの方針が決定するまで患者家族と医療・ケアチームで話し合いを続けるが、方針が決定した後も、家族の気持ちは変化することがあるので、方針に対する同意が得られているかの確認を継続して行う必要がある（図 1）。

「脳死とされうる状態」で臓器提供を希望する場合は、脳死下臓器提供に向けた医療・ケアチームを組織し家族サポート体制を構築する（図 2）。臓器提供に対する同意が得られた場合には、施設のマニュアルに沿って臓器提供に進む（図 3）。

「脳死とされうる状態」であるが臓器提供を希望しない場合は、「人生の最終段階」に該当するため、図 1 に沿って患者本人にとっての最善の医療・ケアの方針を決定する。患者家族が積極的治療を希望した場合、可能な限り家族の気持ちに寄り添いつつ、病態についての正確な説明に努める。また、患者家族の病状に対する理解をふまえつつ、この状態での

積極的治療の継続は患者の尊厳を損なう可能性があることも伝える場合がある（参考資料 2）。

臓器提供に同意した後の家族のサポート体制については、臓器が提供されご遺体をお見送りするまで、引き続き細やかな気配りが必要である。

D. 考察

2019 年度の研究では、研究代表者および分担者の施設を中心に現状を把握し、実施可能な支援案を作成した。

家族サポートの対象

本研究の目的は、脳死下臓器提供におけるドナー家族のサポート体制を提案することにあるが、ドナー家族となるかは来院時点では不明である。一方、結果的にドナー家族となる患者家族は来院時からサポートを必要としていることが多い。従って、本研究における家族サポートの対象となるのは、来院時に蘇生後脳症、脳卒中、重症頭部外傷等により重篤な意識障害を呈する症例となる。患者が「脳死とされうる状態」になれば臓器提供に特化した支援体制を構築する必要があるが、「脳死とされうる状態」にならないければ意識を回復する場合や、植物状態となることが想定される。この場合にも、医療・ケアチームが引き続き患者や家族に寄り添い、最善の医療・ケア方針を決定していくことになる。

近年高齢化が進む中において、終末期の症例や Activity of daily life が低下した症例も多く搬送されるようになっている。治療の差し控えが行われる症例も増加していると考えられるが、その判断に当たっては、治療方針が倫理的にも適切に決定されていることを担保する必要がある。

家族サポートのためのマンパワー

図 2 に例示した家族サポート体制を有する施設は概ね 500 床以上で臓器提供の実績がある病院である。しかし、これらの施設においても家族支援や臓器提供に関する業務は日常業務を行いながらの追加業務となっていることが明らかとなった。また、上記施設はすべて救命救急センターを設置している大学付属の病院である。重症患者の治療に習熟しておりマンパワーも比較的充実していると考えられる。一方、その他の 5 類型施設、例えば日本脳神経外科学会の連携施設等では、全身管理を行う救急医や集中治療医が不在の場合もある。このような施設では十分なサポートを提供することは難しい。日本臓器移植ネットワークが助成する「臓器提供施設連携体制構築事業」は上記の状況を改善するために実施されている。本事業は、臓器提供の経験が豊富な施設から、臓器提供の経験が少ない施設等に対して、臓器提供時の情報提供や脳死判定等の実際、また人員配置やマニュアル作成のノウハウを助言するとともに、臓器提供事例発生時に医師や検査技師等が応援に駆けつける等の支援を行うことで、地域における臓器提供体制の構築を図ることを目的としている。しかし、本体制の構築にあっても支援を提供する拠点施設のマンパワーが割かれることになる。今後は、「脳死とされうる状態」での臓器提供目的の転院等を可能とする体制整備が必要となる可能性がある。

家族サポートを行う職種

家族サポートにおいて、多職種が連携することは重要であるが、その中心となって家族サポートを行う職種は、本研究で調査した施設においても医師、看護師、臨床心

理士、精神保健福祉士と様々であった。また、同じ職種であっても施設によって行う業務が異なることから、単一の職種に限定することは困難と考えられた。ただ、医師に対して感じる患者家族の話しにくさを考慮すると、患者家族に寄り添う職種としてはコメディカルの方が適切である。また、今後専任のポストに対する診療報酬上の加算が新設された場合、コメディカルの方が雇用しやすいという側面もある。

何時まで家族サポートを行うか

本研究における家族のサポートは、患者が臓器提供を終えて退院するまでで終了している。我々は、通常レシピエントに関する情報は臓器移植コーディネーターを介して得ている。一方、退院後のドナー家族に関する情報を得ることは少ない。現状では、家族が希望する場合に限りコーディネーターが家族訪問などによるフォローを行うほか、日本臓器移植ネットワークの主催により、年一回「ドナー家族の集い」という情報交換の場が設けられている。しかし、このような情報交換を希望されないご家族も少なからずおり、むしろそのような家族が悩みを抱えている可能性もある。ドナー家族が提供後に問題を抱えているのであれば提供後の家族支援体制も必要であるが、繊細な配慮が必要なだけに、調査自体が難しいという問題がある。

E. 結論

脳死下臓器提供のドナー家族支援について、研究代表者、および研究分担者の施設を中心に調査を行い、支援体制案を作成した。施設状況により支援する人員の不足が予想されることから、医療スタッフを支援する体制も必要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 朝居朋子, 竹田昭子, 横田裕行. 日本人の臓器移植に対する考え方と死後の臓器提供の選択肢提示に対する受容性に関する調査研究. 移植 2019;54(2・3):151-159.

2) 竹田昭子, 北村聖, 江口有一郎. 選択肢提示数や臓器提供数に影響する因子としての都道府県臓器移植コーディネーターと医療機関の関係促進に関する研究. 日本臨床腎移植学会雑誌 2019;7(2):174-184.

2. 学会発表

1) 平尾朋仁、竹田昭子、田崎修：拡大基準ドナーに関するコンセンサス 救急医が担うべき役割について：第 55 回日本移植学会総会（広島市）令和元年 10 月

2) 平尾朋仁、諸藤陽一、望月保志、田崎修：多診療科連携支援チームによる脳死下臓器提供時の主治医負担軽減への取り組み：第 47 回日本救急医学会総会・学術集会（東京）令和元年 10 月

3) 平尾朋仁、諸藤陽一、望月保志、田崎修：脳死下臓器提供支援チームによる主治医負担軽減への取り組み：第 55 回日本移植学会総会（広島市）令和元年 10 月

H. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1. 特許取得：なし

2. 実用新案登録：なし。

3. その他：なし

図1. 人生の最終段階の医療・ケア方針決定に至るフローチャートの一例

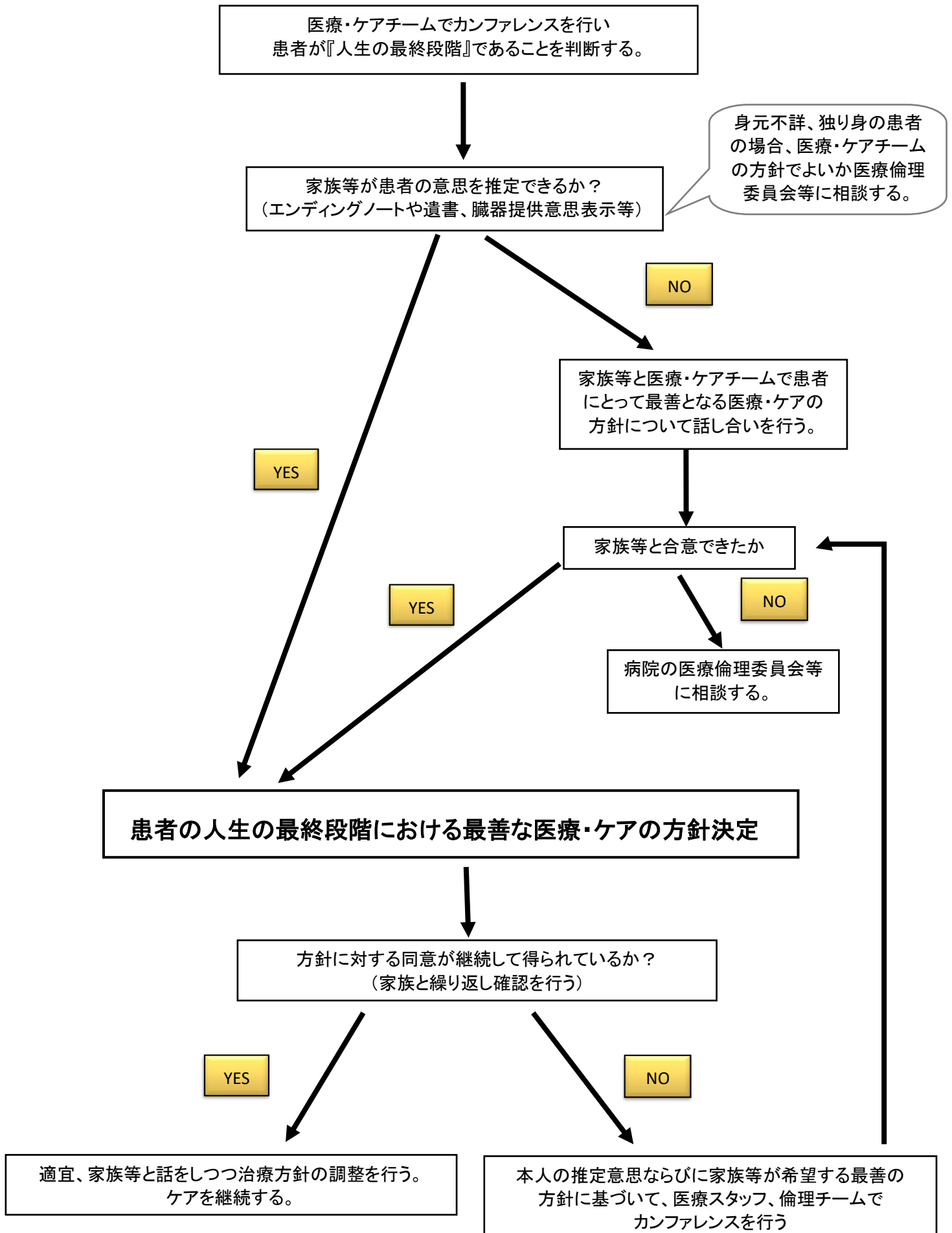


図2. 家族サポート体制 (パターン1)

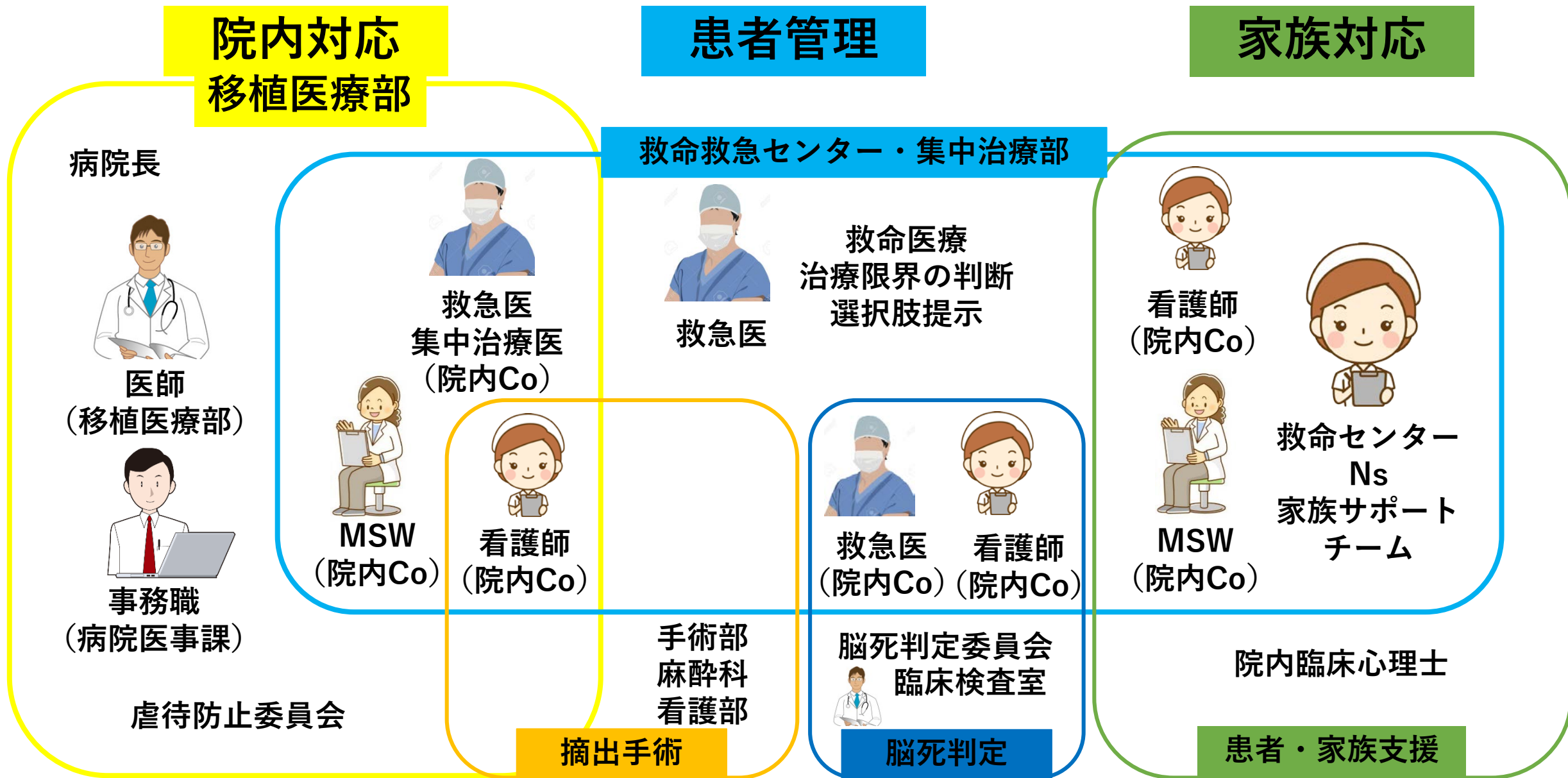


図2. 家族サポート体制 (パターン2)

ドナー発生病棟 救命センター

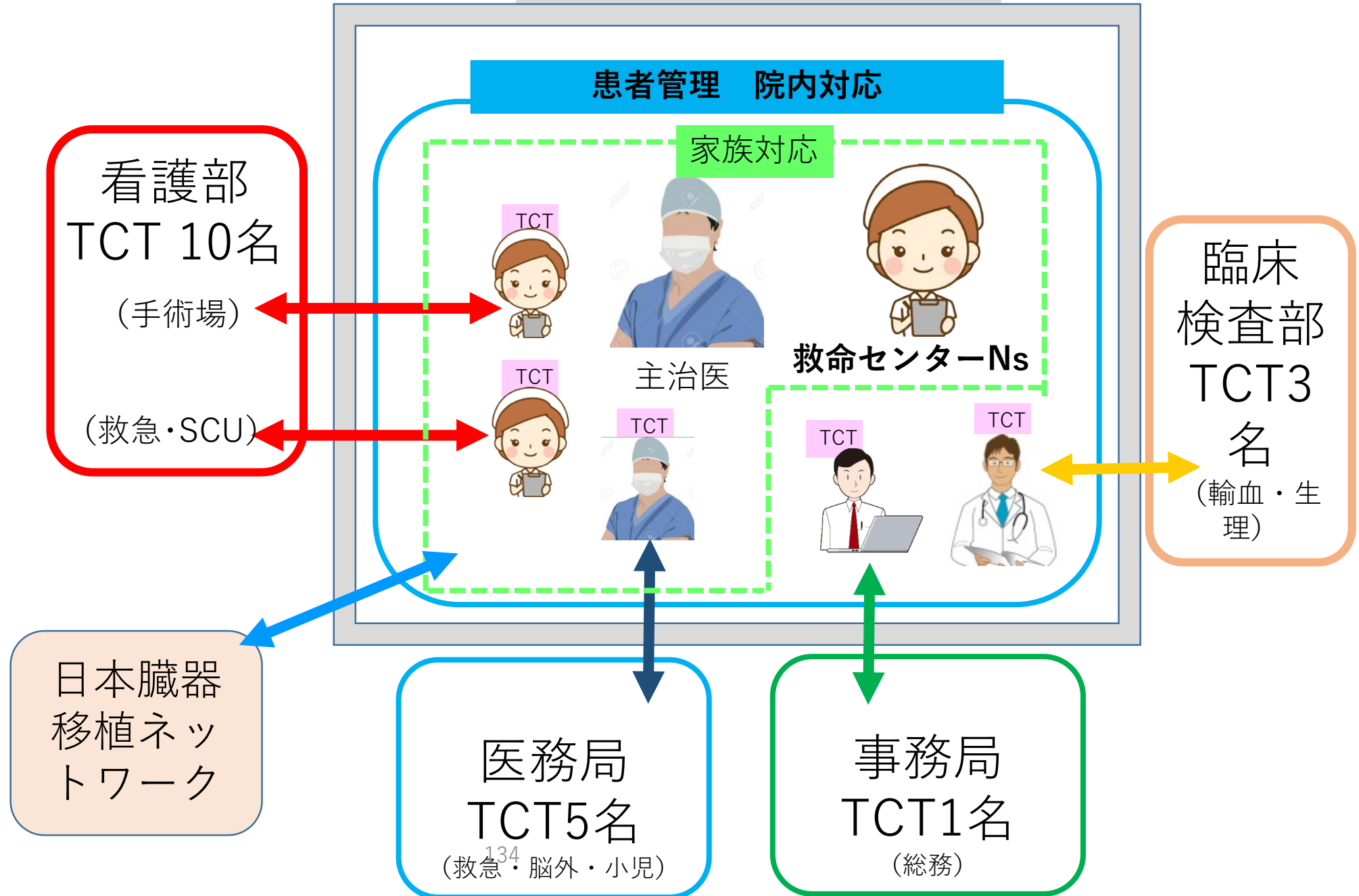


図2. 家族サポート体制 (パターン3)

院内対応

患者管理

家族対応

院内調整

救命救急センター

患者・家族支援



事務職
(管理課)



救急医



救命PSW



救急医

救命医療
救命限界の判断
選択肢提示



救命PSW



救命Ns



看護部



虐待防止委員会



救急医



救命Ns

日本臓器移植
ネットワーク

院内Co



救急医

事務職



救命PSW



脳死判定委員会
臨床検査部



麻酔科
手術部
病理部

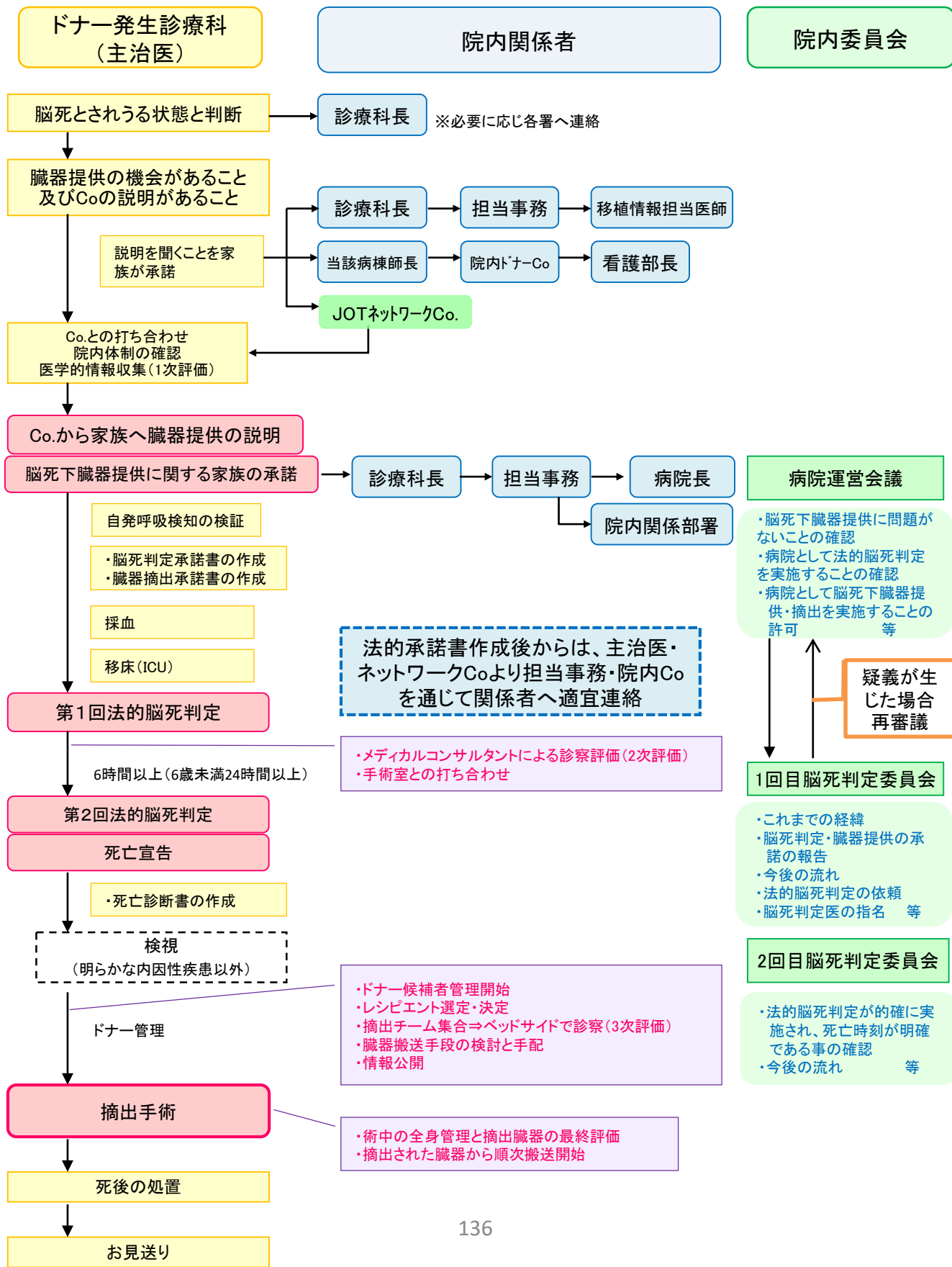


脳死判定

摘出手術

日本臓器移植ネットワーク

図3. 脳死下臓器提供フローチャートの一例



資料 1. ドナー家族のサポート体制案

・ドナーとなる患者は、搬送される重篤な患者の一部の症例に過ぎないが、結果的にドナー家族となる患者家族のサポートは来院時より開始することが望ましい。しかし、来院時にはドナー家族となるかは不明である。従って、本案において対象とする患者は、重篤な意識障害を呈する状態とする。

・対応時期のめやすとするため項目を来院～入院、入院後～約 1 週間、入院後約 1 週間以降等と記載しているが、患者の状態により対応する時期は前後することがある。

1. 来院～入院

・関わる職種：医師、外来・病棟看護師。

・脳死に陥る可能性のある症例は、搬送時、心肺停止や意識障害を呈している場合が多い。この時、医師は家族に十分な説明を行う時間はない。加えて、患者家族は患者の急変に動揺しているため、一度の説明で病態を理解することは困難である。さらに、身元が不明、単身、家族が未着のケースも想定される。従って、医師は医学的妥当性を基に自ら治療方針を決定することを想定しておかなければならない。

・来院時より積極的治療を行わない場合も想定されるが、そのケースが「人生の最終段階」^{注1}に該当するか否かは吟味する必要がある。

・救急疾患を診療する施設では、上記の症例は日常的に搬送されるので、施設の医療・ケアチームとしての方針をあらかじめ決めておくことが望ましい。

・入院後、医師が病状は重篤で意識の状態が極めて悪いことを説明する。患者家族の理解が良好であれば、「脳死とされうる状態」になる可能性が高いことを説明してもよい。

・患者家族は医師の説明を一度に理解することは容易ではないが、一般的に医師には質問しにくい心理状態にある。このため、看護師等が医師の説明が終わった後に、家族に対して「説明内容を理解できたか」、「質問はないか」等を再度確認することが望ましい。

^{注1}：「人生の最終段階」とは参考資料 1. で用いられている用語で、がんの末期、慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥っている場合、脳血管疾患の後遺症や老衰などでその後の予後が不良と考えられる場合を含む。救急・集中治療における「人生の最終段階」とは、治療を行っても結果的に資料 2 で定義される「終末期」に陥ると考えられる状態である。

2. 入院後～約 1 週間

関わる職種：医師、病棟看護師(臓器移植コーディネーターを含む)、MSW (メディカルソーシャルワーカー)、理学療法士、臨床心理士、精神保健福祉士、精神科リエゾンチーム等

・来院時における家族サポートは医師および看護師が中心となるが、入院後はそれ以外の多職種も含めた医療・ケアチームを構成することが望ましい。どの職種がチームに入るかは、マンパワーや施設で担当する業務が異なるため施設毎に人数やチーム構成を決める必要がある。

・患者家族に対する説明は、人によって説明内容が異なるようにすることが重要だが、一人の担当医や看護師ばかりに負担がかからないように説明もチームで担当することが望ましい。異なる職種が複数人で説明できればよいが、一人で説明せざるを得ない状況もある。説明内容は文書として残し、情報共有ができるようにする。また、説明の冊子等を用意しておくことで説明内容が統一される。

・患者家族の心のケアについては、資料3も参考にして開始する。心のケアの中心となる職種は、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士等が想定されるが、施設で担当する業務により決まる。

・この時期には、CT検査、脳波検査、脳幹反射等の評価により、来院時より詳細な病態が判明する。法的脳死判定で行う検査の内、無呼吸テストを除くすべての検査を行えば、「脳死とされうる状態」であるかを判定することができ、患者家族へより正確な説明ができる。

a. 「脳死とされうる状態」ではないと考えられる場合

・上記ガイドラインを参考に「人生の最終段階」であるか否かを医療・ケアチームで検討する。「人生の最終段階」でない場合には治療を継続する。人生の最終段階と考えられる場合には、医療・ケアチームと患者家族との間で話し合い治療方針を決定する（図1）。

b. 「脳死とされうる状態」と考えられる場合

・家族の病状の受け入れ状況を踏まえ、医師の方から病態の説明と臓器提供の選択肢提示を行う。選択肢提示は、施設により看護師が行う場合もある。

・家族が積極的な治療を希望した場合には一旦受け入れ、治療を継続する。

・家族が臓器提供を希望した場合、あるいは話を聞いてみたいと申し出があった場合には、日本臓器移植ネットワークコーディネーターもしくは地域のネットワークコーディネーターに連絡して説明をしてもらう。

3. 入院後約1週間以降

a. 「脳死とされうる状態」ではないと考えられる場合

関わる職種：医師、看護師、MSW、精神保健福祉士、臨床心理士、理学療法士、精神科リエゾンチーム、病院医療倫理委員会（医師、看護師、事務職、弁護士、等を含む）、等

「人生の最終段階」に該当する場合には、患者本人にとっての最善の医療・ケアの方針が決定するまで患者家族と医療・ケアチームで話し合いを続ける。また、方針が決定した後も、方針に対する同意が継続して得られているか確認を行う（図1）。

・患者家族および医療・ケアチームの話し合いによる同意が難しい場合には、病院の医療倫理委員会等に相談する。病院の医療倫理委員会が設置されていない場合には、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、方針等について検討および助言を行う。

b. 「脳死とされうる状態」と考えられる場合

①臓器提供を希望する場合

関わる職種：医師、病棟看護師、精神科リエゾンチーム、精神保健福祉士、臨床心理士、臓器移植コーディネーター、等

- ・脳死下臓器提供に向けた医療・ケアチームを組織し家族サポート体制を構築する（図 2）
- ・日本臓器移植コーディネーター（もしくは地域の臓器移植コーディネーター）が臓器提供について説明する場合、可能であれば医療・ケアチームのメンバーが同席し、家族が理解を得られているかをフォローする。

- ・臓器提供に対する同意が得られた場合には、施設のマニュアルに沿って臓器提供に進む（図 3）。

- ・医療・ケアチームが家族のサポートを続ける。（後述の臓器提供を同意した後の家族のサポート体制参照）

②臓器提供を希望しない場合

関わる職種：医師、病棟看護師、精神科リエゾンチーム、臨床心理士、精神保健福祉士、病院医療倫理委員会、等

- ・「人生の最終段階」に該当するため、患者本人にとっての最善の医療・ケアの方針が決定するまで患者家族と医療・ケアチームで話し合いを続ける。また、方針が決定した後も、方針に対する同意が継続して得られているか確認を行う。

- ・患者家族が積極的治療を希望した場合、可能な限り家族の気持ちに寄り添いつつ、病態についての正確な説明に努める。また、患者家族の病状に対する理解をふまえつつ、この状態での積極的治療の継続は患者の尊厳を損なう可能性があることも伝える場合がある（参考資料 2）。

- ・患者家族および医療・ケアチームの話し合いによる同意が難しい場合には、病院の医療倫理委員会に相談する。病院の医療倫理委員会が設置されていない場合には、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、方針等について検討および助言を行う。

4. 臓器提供に同意した後の家族のサポート体制

- ・家族の待機できる部屋を確保する。家族用の PHS を用意してもよい。

- ・家族は臓器提供に同意した後も気持ちが揺れ動くので、医療・ケアチームは引き続き家族の気持ちに寄り添う。撤回は手術開始まで可能であることを説明する。

- ・脳死判定時には、希望があれば家族を同席させる。家族の心情に配慮して声がけ等も行う。

- ・検視に際して警察が家族に話をする場合には、医療・ケアチームが同席する。

- ・レシピエントとドナー家族が会うことがないように動線に配慮する。

- ・臓器摘出後の寝衣は希望があれば家族に持参してもらう。
- ・家族が、搬出される臓器のお見送りを希望することがあるので声かけを行う。
- ・眼球や皮膚摘出を行った場合には、特に美観に配慮したケアを行う。開胸創はガーゼで覆い見えないようにする。
- ・献花用の花束を準備する。
- ・関わったスタッフに声をかけお焼香とお見送りをを行う。

スタッフのサポート体制

- ・主治医の負担を軽減するために、院内コーディネーターが中心となりチームで臓器提供の全過程を行う病院もある。また、院内コーディネーターの負担軽減のため、移植に特化した部署(移植医療部等)が院内体制・調整を担う場合もある。
- ・臓器摘出の場面に遭遇したり、家族との濃厚なやりとりによりストレスを感じるスタッフがいることを踏まえて、特定の一人に家族対応をさせないことが重要。また、対応する中でストレスを感じるスタッフがいた場合には、臨床心理士や精神科リエゾンチームが早めに介入する。

参考資料

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 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
2. 救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3 学会からの提言～
3. 集中治療領域における終末期患者家族のこころのケア指針 2011年5月 日本集中治療医学会

図表の説明

図1. 人生の最終段階の医療・ケア方針決定に至るフローチャートの一例

図 2. 家族サポート体制

Co:コーディネーター、Ns:看護師、MSW:メディカルソーシャルワーカー、TCT:臓器移植コーディネーターチーム、PSW:精神保健福祉士

パターン 1

病院規模 1000 床以上、救命救急センター救急医約 25 名、看護師約 50 名

特徴

家族サポートは、院内 Co(救命センター以外の Ns、MSW)、救命家族サポートチーム(救命センターNs)、および院内臨床心理士が行う。

院内 Co はドナーCo12 名、レシピエント Co5 名であり、ドナーCo の内訳は医師 5 名、看護師 6 名、MSW1 名。すべて兼任。

移植医療部があり、脳死判定関係の院内調整は院内 Co が行うが、手術室・その他事項は移植医療部が行う。

パターン 2

病院規模約 900 床、救命救急センター救急医約 15 名、看護師約 70 名

特徴

家族サポートは、支援に入った TCT メンバー看護師が行う。現在のところドナーは救命センターの患者のみであるために、救命センターの TCT メンバー看護師が日替わりで家族サポートを行う。

TCT のメンバーがアクションカードと TCT 進行表を元に院内調整をしている。

パターン 3

病院規模約 500 床、救命救急センター救急医約 15 名、看護師約 50 名

特徴

家族サポートは精神保健福祉士（専任）が中心となり、救命センター内外の Ns、日本臓器移植ネットワーク Co で対応する。

院内調整は、救命センター医師と精神保健福祉士がほぼすべて行っている。

図3. 脳死下臓器提供フローチャートの一例

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・ケア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】

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取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・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、ガイドライン策定から約10年の歳月を経た平成30年3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）から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) 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) 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、その場合に本人の意思を推定しうる者となる家族等の信頼できる者も含めて、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・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、本人・家族等の意見を繰り返し聞きながら、本人の尊厳を追求し、自分らしく最期まで生き、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・ケア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、また年齢や心身の状態にかかわらず、家族等との繰り返しの話し合いを通じて本人の意思を確認しておくことの重要性が、広く国民、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・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・ケア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・ケアにおいては、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・ケア行為の開始・不開始、医療・ケアの内容の変更、医療・ケア行為の中止等については、最も重要な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本人による意思決定（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・ケアの提供にあたって、医療・ケアチームは、本人の意思を尊重するため、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、本人の意思は変化しうるものであることや、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、本人が家族等の信頼できる者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) 本人の意思が明確でない場合には、家族等の役割がいっそう重要になります。特に、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、その者から十分な情報を得たうえで、本人が何を望むか、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) 本人、家族等、医療・ケアチームが合意に至るなら、それはその本人にとって最もよい人生の最終段階における医療・ケアだと考えられます。医療・ケアチームは、合意に基づく医療・ケアを実施しつつも、合意の根拠となった事実や状態の変化に応じて、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・ケアを継続すべきです。
- 7) 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・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・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。

*注1 よりよい人生の最終段階における医療・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・ケア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、医療機関等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・介護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、担当の医師と看護師のほか、本人の心身の状態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、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、本人の意思は、時間の経過や心身の状態の変化、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、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・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。

*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、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・ケア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・介護従事者の協力関係のあり方が変化し、医師以外の医療・介護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本人に対し医療・ケアを行う立場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、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、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。

*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、社会的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・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。

*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・介護従事者からの押しつけにならないように配慮し、医療・ケアについての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・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

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、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1 1 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、本人にとっての最善の医療・ケアの提供のためには重要です。

(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 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。

*注1 2 家族等とは、今後、単身世帯が増えることも想定し、本人が信頼を寄せ、人生の最終段階の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も使われている意味も同様です）。

*注1 3 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ますます重要になります。特に、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、その者を含めてこれまでの人生観や価値観、どのような生き方や医療・ケアを望むかを含め、日頃から繰り返し話し合っておくことにより、本人の意思が推定しやすくなります。その場合にも、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、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1 4 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・ケアの妥当性・適切性を判断して、その本人にとって最善の医療・ケアを実施する必要があります。なお家族等が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1 5 本人の意思が確認できない場合についても、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、本人にとっての最善の医療・ケア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。

*注16 別途設置される話し合いの場は、あくまでも、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・ケア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「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、本人の心身の状態や社会的背景に応じて、担当の医師や看護師以外の医療・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。

救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン

～3 学会からの提言～

I、基本的な考え方・方法

急性期の重症患者を対象に治療を行っている救急・集中治療においては、患者背景にかかわらず救命のために最善の治療や措置を行っている。しかし、そのような中で適切な治療を尽くしても救命の見込みがないと思われる状況に至ることがある。その際の医療スタッフの対応は、患者の意思に沿った選択をすること、患者の意思が不明な場合は患者にとって最善と考えられる選択を優先することが望ましいが、それらを考える道筋は明確に示されていない。

このような救急・集中治療における終末期医療に関する問題を解決するために、日本救急医学会、日本集中治療医学会、および日本循環器学会は、救急・集中治療における終末期の定義を示し、その定義を考慮したうえで患者、患者家族などや医療スタッフによるその後の対応についての判断を支援する必要があると考え、「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3 学会からの提言～」(以下、ガイドラインという)を作成した。

患者が救急・集中治療の終末期であるという判断やその後の対応は主治医個人ではなく、主治医を含む複数の医師(複数科であることが望ましい)と看護師らとからなる医療チーム(以下、「医療チーム」という)の総意であることが重要である。そして、悲嘆にくれる家族らの気持ちを汲み、終末期に対する家族らの理解が深まるように対応することが求められる。

一方、患者や家族らの意思は揺れ動くことがまれではないため、その変化に適切かつ真摯に対応することも求められる。医療チームで判断ができない場合には、施設倫理委員会(臨床倫理委員会など)にて、判断の妥当性を検討することも勧められる。

本ガイドラインは三学会の合意のもとに救急・集中治療における終末期の判断やその後の対応について、考える道筋を示したものである。したがって、本ガイドラインの使用を強制するものではなく、どのように使用するかは各施設の選択に委ねられている。

1. 救急・集中治療における終末期の定義とその判断

1) 終末期の定義

「救急・集中治療における終末期」とは、集中治療室等で治療されている急性重症患者に対し適切な治療を尽くしても救命の見込みがないと判断される時期である。

2) 終末期の判断

救急・集中治療における終末期には様々な状況があり、たとえば、医療チームが慎重かつ客観的に判断を行った結果として以下の(1)～(4)のいずれかに相当する場合などである。

- (1) 不可逆的な全脳機能不全(脳死診断後や脳血流停止の確認後などを含む)であると十分な時間をかけて診断された場合
- (2) 生命が人工的な装置に依存し、生命維持に必須な複数の臓器が不可逆的機能不全となり、移植などの代替手段もない場合
- (3) その時点で行われている治療に加えて、さらに行うべき治療方法がなく、現状の治療を継続しても近いうちに死亡することが予測される場合

- (4) 回復不可能な疾病の末期、例えば悪性腫瘍の末期であることが積極的治療の開始後に判明した場合

2. 延命措置への対応

1) 終末期と判断した後の対応

医療チームは患者、および患者の意思を良く理解している家族や関係者（以下、家族らという）に対して、患者の病状が絶対的に予後不良であり、治療を続けても救命の見込みが全くなく、これ以上の措置は患者にとって最善の治療とはならず、却って患者の尊厳を損なう可能性があることを説明し理解を得る。医療チームは患者、家族らの意思やその有無について以下のいずれであるかを判断する。

(1) 患者に意思決定能力がある、あるいは事前指示がある場合

患者が意思決定能力を有している場合や、本人の事前指示がある場合、それを尊重することを原則とする。この場合、医療チームは患者の意思決定能力の評価を慎重に評価する。その際、家族らに異論のないことを原則とするが、異論のある場合、医療チームは家族らの意思に配慮しつつ同意が得られるよう適切な支援を行う。

(2) 患者の意思は確認できないが推定意思がある場合

家族らが患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重することを原則とする。

(3) 患者の意思が確認できず推定意思も確認できない場合

患者の意思が確認できず、推定意思も確認できない場合には、家族らと十分に話し合い、患者にとって最善の治療方針をとることを基本とする。医療チームは、家族らに現在の状況を繰り返し説明し、意思の決定ができるように支援する。医療チームは家族らに総意としての意思を確認し対応する。

① 家族らが積極的な対応を希望している場合

家族らの意思が延命措置に積極的である場合、あらためて「患者の状態が極めて重篤で、現時点の医療水準にて行い得る最良の治療をもってしても救命が不可能であり、これ以上の延命措置は患者の尊厳を損なう可能性がある」旨を正確で平易な言葉で家族らに伝え、家族らの意思を再確認する。家族らの意思の再確認までの対応としては現在の措置を維持することを原則とする。再確認した家族らが、引き続き積極的な対応を希望する時には、医療チームは継続して状況の理解を得る努力をする。

② 家族らが延命措置の中止を希望する場合

家族らが延命措置の終了を希望する場合、患者にとって最善の対応をするという原則に従い家族らとの協議の結果、延命措置を減量、または終了する方法について選択する。

③ 家族らが医療チームに判断を委ねる場合

医療チームは、患者にとって最善の対応を検討し、家族らとともに合意の形成をはかる。

(4) 本人の意思が不明で、身元不詳などの理由により家族らと接触できない場合

延命措置中止の是非、時期や方法について、医療チームは患者にとって最善の対応となるように判断する。

2) 延命措置についての選択肢

一連の過程において、すでに装着した生命維持装置や投与中の薬剤などへの対応として、

- ①現在の治療を維持する（新たな治療は差し控える）、②現在の治療を減量する（すべて減量

する、または一部を減量あるいは終了する)、③現在の治療を終了する(全てを終了する)、④上記の何れかを条件付きで選択するなどが考えられる。延命措置を減量、または終了する場合の実際の対応としては、例えば以下のような選択肢がある。

(1) 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を終了する。

(注)このような方法は、短時間で心停止となることもあるため状況に応じて家族らの立会いの下に行う。

(2) 血液透析などの血液浄化を終了する。

(3) 人工呼吸器の設定や昇圧薬、輸液、血液製剤などの投与量など呼吸や循環の管理方法を変更する。

(4) 心停止時に心肺蘇生を行わない。

上記の何れを選択する場合も、患者や家族らに十分に説明し合意を得て進める。延命措置の差し控えや減量および終了等に関する患者や家族らの意向はいつでも変更できるが、状況により後戻りできない場合があることも十分に説明する。患者の苦痛を取るなどの緩和的な措置は継続する。筋弛緩薬投与などの手段により死期を早めることは行わない。

II、医療チームの役割

救急・集中治療に携わる医療チームは、その専門性にに基づき、医療倫理に関する知識や問題対応に関する方法の修得をすることが求められるが、それらの医療チームによって患者が終末期であると判断され、その事実を告げられた家族らは、激しい衝撃を受け動揺する。このような状況においても家族らが患者にとって最善となる意思決定ができ、患者がよりよい最期を迎えるように支援することが重要である。そのために医療チームは、家族らとの信頼関係を維持しながら、家族らが患者の状況を理解できるよう情報提供を行う必要がある。また、家族の一人を喪失することに対する悲嘆が十分に表出できるように支援する。終末期の家族ケアの詳細については「集中治療における終末期患者家族へのこころのケア指針」

(<http://www.jsicm.org/pdf/110606syumathu.pdf>)などを参考にする。

III、救急・集中治療における終末期医療に関する診療録記載について

1. 終末期における診療録記載の基本

担当する医師らは基本的事項について確認し、的確、明瞭に記載する。このことによって、終末期の診療における様々な問題を把握し、終末期における良質な医療を展開することが可能になる。

また、のちに検証を受けた際などにも、医療チームによる方針の決定、診療のプロセスなどが、医療倫理に則り妥当なものであったといえる記載に心がける。

以上の観点から、終末期における診療録記載に当たっては、以下の事項を含むことが求められる。

1) 医学的な検討とその説明

(1) 終末期であることを記載する

(2) 説明の対象となる家族らとその範囲などを記載する

(3) 上記(1)について家族らに説明した内容を記載する

(4) 上記(3)に際して家族らによる理解や受容の状況を記載する

2) 患者の意思について

- (1) 患者の意思、または事前意思の有無を記載する
- (2) 上記(1)がないか不明な場合は、家族らによる推定意思を記載する

3) 終末期への対応について

- (1) 患者の意思、または事前意思の内容を記載する
- (2) 家族らによる推定意思を記載する
- (3) 家族らの意思を記載する
- (4) 患者にとって、最善の選択肢についての検討事項を記載する
- (5) 医療チームのメンバーを記載する
- (6) 法律・ガイドライン・社会規範などについての検討事項を記載する

4) 状況の変化とその対応について

- (1) 上記1)の変更について記載する
- (2) 上記2)の変更について記載する
- (3) 上記3)の変更について記載する

5) 治療および方針決定のプロセスについて

- (1) いわゆる 5W1H(いつ、どこで、誰が、何故、何を、どのように)を記載する
- (2) 以上の結果について記載する

2. 死亡退院時の記録

1) 解剖の説明に関する記載

- (1) 剖検・解剖の種類について家族らへの説明を記載する
- (2) 家族らからの諾否について記載する
- (3) 解剖の結果などについての説明を記載する

2) 退院時要約の記載

- (1) 病院の運用手順に基づいて共通の書式で記載する
- (2) 主傷病名・副傷病名、手術名・処置名などに関するコード化について留意する
- (3) 症例登録、臨床評価指標などについて留意する

3) 退院時に必要な文書の記載

- (1) 死亡診断書または死体検案書、入院証明書、保険関連書類等を必要に応じて作成する。

平成 26 年 11 月 4 日

一般社団法人 日本集中治療医学会
一般社団法人 日本救急医学会
一般社団法人 日本循環器学会

I 本指針策定の目的

集中治療領域では、患者は生命の危機状態にあり、急激な変化で亡くなる場合もあれば、脳死などのように数時間後または数日中に亡くなるなど、懸命な医療を行っても死にいたることがある。そのような場合、突然、愛する家族を失うということを宣告された家族は、その事実を認めることができず、激しい衝撃を体験する。このような体験によって家族は、時間の経過とともに悲しみを背負いながらも通常の社会生活を送るようになるが、時には、その経過を辿れず、精神的問題を持つことで社会生活が送れない状況に陥ることもある。

また、患者自身の意識が低下、もしくは消失している状態では、患者は治療選択の意思決定ができず、家族が代理意思決定をしなければならない状況が存在する。人々の価値観が多様化している現在、治療選択の意味づけは、家族独自のものである。しかし、家族にとっては、生死にかかわる治療の代理意思決定自体が、大きな負担を強いられる深刻な問題となる。

このような状況において、患者の死を目前にした家族が、精神的に動揺しながらも、より多くの情報や詳細な説明を求めていることは想像に難くない。しかし、現実的には組織的な家族支援体制は存在せず、医師や看護師を中心とした自発的、個人的努力で家族の支援が行われている。常に、死と直面している患者をケアする集中治療領域において、こころのケアに関して専門教育を受けた医療者は少なく、家族への支援体制が十分でないという現状は、大きな課題である。

昨今、末期医療のあり方について社会の注目を浴びている中、本指針では、集中治療領域において終末期にある患者の家族にかかわる医療者が、患者とその家族がよりよい最期を迎え、家族の悲嘆を十分に表出すること、その家族らしい意思決定ができること、家族も満足のいく看取りができるようケアの方向性を示す。

注：家族とは、患者自身と血縁関係がなくても患者にとって重要他者である場合も含める。

II 終末期患者家族のこころのケア

集中治療領域における終末期患者家族へのこころのケアは、その基盤となる5つの中核的要素：core competency（家族の権利擁護・家族の苦痛緩和・家族との信頼関係の維持・家族が患者の状況が理解できる情報提供・家族のケア提供場面への参加）を基に、家族に直接ケアを実践する直接的アプローチと、家族へのケアに関連した管理・調整を主とした管理的アプローチの視点がある。

1. 家族の権利擁護

<直接的アプローチ>

- ・家族の代理意思決定を支援する。

患者が望んでいたことを家族が医療者に伝えることができるように支援する。

家族が希望や思いを表現でき、意思決定できるよう支援する。

<管理的アプローチ>

- ・社会資源などの情報を提供する

家族の身体的状態、精神的状態、家族を取り巻く環境アセスメントを行い、人的・物的資源などの情報提供や調整を行う。

- ・ 思いを表出できる環境を整える

家族の抱える複雑なニーズや苦痛、揺れ動く気持ちを表出することができる環境を提供する。

2. 家族の苦痛を緩和する

<直接的アプローチ>

- ・ 苦痛の緩和を図る

患者や家族の身体的・精神的・社会的な苦痛を知り、苦痛緩和につとめる。

- ・ 情緒的に安定が得られるように支援する

家族の感情表出を促し、情緒的な安定を図る。

- ・ 患者に主にかかわる家族への関わり

患者に主にかかわる家族を支える人に対して、身体的・精神的支援を行う。

<管理的アプローチ>

- ・ 個人的な時間と空間を確保する

家族がプライベートな時間が持てるような場を提供する。

3. 家族との信頼関係を維持する

<直接的アプローチ>

- ・ 医療者の姿勢

思いやりをもち、誠実に対応する。

- ・ 感情・意思の疎通を図る

医療者と家族の感情・意思の疎通を促進し、家族が価値観や望みを伝えることで、すれ違いや衝突が生まれないように調整する。

<管理的アプローチ>

- ・ チーム医療の提供

医療者と家族の橋渡しとなり、医療チーム全体でケアに取り組むよう調整する。

4. 家族に十分な情報を提供する

<直接的アプローチ>

- ・ 家族が患者の状況を理解できる情報提供を行う

家族に患者の病状や今後の見通しなどをわかりやすい言葉で伝える。

- ・ 状況に応じて家族も含めたカンファレンスを開催する

終末期ケアに対して、必要に応じて家族も含め、個別にカンファレンスを開催する。

<管理的アプローチ>

- ・ 多職種を含めたカンファレンスを開催する

終末期ケアに対して、関わる多職種とともに個別にカンファレンスを開催する。

5. 家族のケア提供場面への参加を促す

<直接的アプローチ>

- ・ ケアへの参加を促す

十分なケアが受けられていると安心できるよう日々のケアについて説明するのみではなく、場合によってはケアへの参加を促す。

<管理的アプローチ>

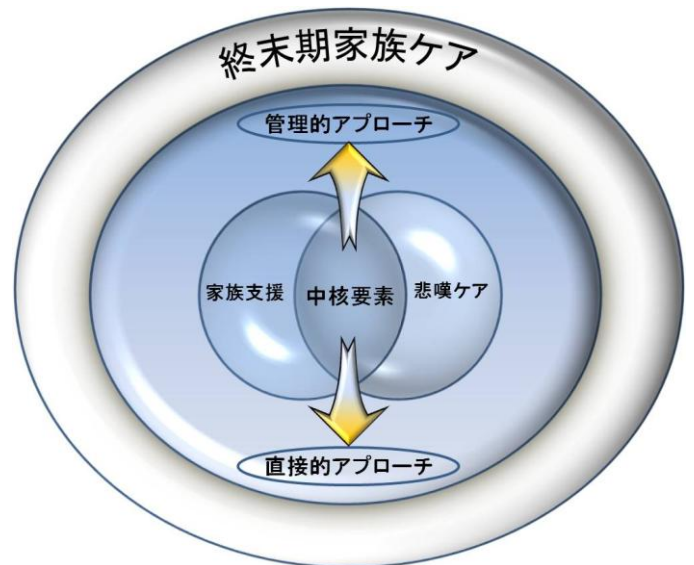
- ・環境を調整する
穏やかな最期を迎えられるよう環境を整える。

これらのケアの提供にあたっては、施設ごと、症例ごとの振り返りや教育体制を構築し、医療者の倫理的感性を高めるような取り組みがなされることが望ましい。

III 終末期家族のこころのケアの概念図

集中治療領域における終末期にある家族のケアには、家族の価値・信念・関心・望みを受け止め、それらを保証していく家族支援 (family support) と、家族の一人を失うという悲嘆に対して援助する悲嘆援助 (grief work facilitation) が存在する。この2つの看護援助は、こころのケアにおいては、5つの中核的要素 (core competency) : 家族の権利擁護、家族の苦痛緩和、家族との信頼関係の維持、家族が患者の状況が理解できる情報提供、家族のケア提供場面への参加を主軸としている。

集中治療領域における終末期にある家族へのこころのケアの具体的方略として、5つの中核的要素 (core competency) を主軸とした直接的アプローチ (direct approach)、管理的アプローチ (management approach) からなるアプローチを複合的に実践することが必要である。この実践は、患者がよりよい最期を迎え、その家族が、重要な家族の一人を喪失することに対する悲嘆を十分に表出すること、その家族らしい意思決定ができること、家族も満足いく看取りができることを目標としている。



終末期家族のこころのケア概念図



こころのケア中核要素

2011年5月26日 制定

日本集中治療医学会 倫理委員会
委員 杉澤 栄
山勢 博彰
看護部会 倫理ワーキンググループ
伊藤 聡子
宇都宮明美
明神 哲也

参考文献

- 1) 高野里美 .ICU(集中治療室)の終末期ケアを困難にする要因.死の臨床 2002;25(1):78-84.
- 2) 木下里美.終末期医療 なにをどこまでやるか.ICU と CCU 2007;31(3):223-8.
- 3) Calvin AO, Lindy CM, Clingon SL. The cardiovascular intensive care unit nurse's experience with end-of-life care : a qualitative descriptive study. Intensive Crit Care Nurs 2009;25:214-20.
- 4) Calvin AO, Kite-Powell DM, Hickey JV. The neuroscience ICU nurse's perceptions about end-of-life care. J Neurosci Nurs 2007;39:143-50.
- 5) Robichaux CM, Clark AP. Practice of expert critical care nurses in situations of prognostic conflict at the end of life. Am J Crit Care 2006;15:480-91.
- 6) Gris CJ, Randall Curtis J, Wall RJ, et al. Family member satisfaction with end-of-life decision making in the ICU. Chest 2008;133:704-12.
- 7) Westphal DM, Andrea McKee S. End-of-life decision making in the intensive care unit: physician and nurse perspectives. Am J Med Qual 2009;24:222-8.
- 8) Machare Delgado E, Callahan A, Paganelli G, et al. Multidisciplinary family meetings in the ICU facilitate end-of-life decision making. Am J Hosp Palliat Care 2009;26:295-302.
- 9) Latour JM, Fullbrook P, Albarran JW. EfCCNa survey : European intensive care nurses' attitudes and beliefs towards end-of-life care. Nurs Crit Care 2009;14:110-21.
- 10) Nelson JE, Angus DC, Weissfeld LA, et al. End-of-life care for the critically ill : a national intensive care unit survey. Crit Care Med 2006; 34:2547-53.
- 11) Liaschenko J, O'Conner-Von S, Peden-McAlpine C. The “ big picture” : communicating with families about end-of-life care in intensive care unit. Dimens f Crit Care Nurs 2009;28:224-31.
- 12) Wall RJ, Engelberg RA, Gries CJ, et al. Spiritual care of families in the intensive care unit. Crit Care Med 2007;35:1084-90.