

領域8:在宅医療の倫理的側面

在宅医療の最終目標は、①QOL（生命の質、生活の質、人生の質）の維持向上（最善化）と、②人間としての尊厳の重視、特に自律を尊重することである。この提示した二つの目標において、「人生の質の維持向上」と「人間としての尊厳の重視」はほぼ同じ理念であり、基本となるのは患者の「価値観」を認め尊重することである。

在宅医療の特徴は、暮らし（生活）および生き方（人生）に常に焦点をあてて支援を提供すること、そして、患者のニーズに沿ってケアプランが作成されることである。しかし、当然のこととして、提案される医療支援の内容は生命（こころとからだ）の質を重視した医療者の価値観に基づく治療やケアが主体となる傾向があり、また、介護職から提案される生活支援の内容は介護職の価値観に基づくものが多くなる。お互いの価値観が一致していれば多くの場合倫理的問題は生じないが、特に医療支援においては、お互いの価値観が一致しないことも少なくない。

このような場合に倫理的葛藤（問題）が出てくることとなり、在宅医療の現場では、また、特に病院医療から在宅医療に移行する時期には日常的に湧きあがる問題である。

したがって、在宅医療の実践者には日常診療において常に倫理的判断が求められていることを認識しなければならない。

基本的な態度として重要なことは、患者の価値観、ニーズ、希望を重視すること、問題の識別と解決にあたってはチームで対応すること、チームで対応できなければ他の専門職種に相談と助言を求めること、などである。また、倫理的問題には国が定めた法的、規制上の問題が含まれ、これをしっかり認識することも重要である。

さらに、在宅医療においては、病状の経過に於いて、生命や生活、人生に重大な影響を及ぼす決断を迫られる場面が多く、その際には患者や家族の価値観、ニーズ、希望に沿った様々な選択肢が出され、患者あるいは家族が意思決定を行う場面も多い。多くの場合、患者にとって、あるいは代理決定を行う家族にとって、辛い意思決定となるが、患者、そして最終的に家族ができるだけ後悔しないための支援（意思決定支援）が行われることが必要である。この意思決定支援において基本的に重要な項目は、現在の病状や今後の病状の推移予測に関するできるだけ正確な情報の提供、患者および家族の置かれている状況や意向、希望などについての情報の聴取、その上で、できるだけ幅広い選択肢を作るための十分な話し合いを持つことであるが、最も重視すべきことは患者の選択（自己決定）であり、人間としての尊厳を守ることである。そして、この話し合いを継続的に行之、時に事前指示の文章を記載するのは在宅医療チームの責務として認識すべきである。

鎮静については、在宅医療では、病院と異なり、実施されることは少ないものの、状況によっては必要となる場面もあり、その実施においては十分な倫理的検討をチームとして行う体制の構築が必要である。

【がん疾患における在宅医療の倫理的側面の留意点】

- ・患者に真実（病名、病状および病状経過等）が説明されていないことがしばしばある。
- ・アドバンス・ケア・プランニングにおいて患者の意思決定が困難なときがある（症状、認知機能、未告知など）。
- ・認知機能が低下しているとの判断で患者の意向が聴取されずに、家族等の意向が重視されるときがある。
- ・しばしば苦痛に対して、患者、家族、看護師などから積極的鎮静を求められることがある

【この領域で習得したい資質】

- 生命倫理および臨床倫理の内容を理解し、実践できる（知識、態度）。
- 患者の人権と尊厳、特に自律（自分のことは自分で決めること）は、どのような病状あるいは状況においても最大限に尊重されるべきであることを認識できる（態度）。
- 各専門職の行動規範内で、必要に応じて他の分野の専門職と協働して、倫理的、見識的且つ丁寧な対応ができる（態度）。

- 「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」の内容を理解し、実践できる（知識、態度）。
- 「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」の内容を理解し、実践できる（知識、態度）。
- 共同意思決定（Shared Decision Making）の内容とプロセスについて理解し、実践できる（知識、技能、態度）。
- 患者に意思決定に必要な医療情報を、理解度に応じて、真摯な態度で、わかりやすく、理解できているか確認しながら、説明することの大切さを理解できる（技能）。
- 患者の希望や意向を引き出すコミュニケーション力が必要であることを理解できる（技能）。（再掲：コミュニケーション）
- 患者の価値観を引き出すにはコミュニケーション力が必要であることを理解できる（技能）。（再掲：コミュニケーション）
- 患者のナラティブ（物語）に焦点をあてた医療・ケアを提供することの大切さを理解できる（態度）。（再掲：コミュニケーション）
- 患者の、これまでの生き方や暮らし方がどのようなものであったかを問わず、その物語に敬意を払い、真摯に対応することの大切さを理解できる（態度）。
- 患者の自律や選択を優先した意思決定支援が必要であることを理解できる（技能・態度）。
- 患者の意思と周囲の考えが異なる場合、患者の意思を擁護し、患者主体の意思決定を貫くことができるよう支援することの重要性を理解できる。（技能・態度）
- 適切な診療、意思表示と選択の支援を通じて、患者および家族との信頼関係を構築できることを認識できる（態度）。
- 医療や療養の選択における倫理的葛藤について、適切に対処することの必要性を理解できる（技能・態度）。
- 情報提供された上での選択および発生した状況に関連した意思決定による事前指示を尊重することができる（態度）。
- 情報を与えられた上で、さらなる治療を拒む決定を下すことが人間としての権利であることを認識することができる（態度）。
- アドバンス・ケア・プランニングの内容と意義について理解し、対象となる患者および家族と、適正な時期にケアに関する選択についての話し合いに取り組むことができる（知識、技能、態度）。
- アドバンス・ケア・プランニングの話し合いにおいて、コミュニケーションスキルが重要であることを理解することができる（技能、態度）。
- 在宅医療実践者の実務、（あるいは）役割として、患者およびその家族をケアする時に直面する倫理的問題（DNAR 治療の継続と差し控え、人工補水、人工栄養、持続的深い鎮静、安楽死の希望等）について、チームとして取り組むことができる（知識、態度）。
- 持続的深い鎮静を行う要件について十分理解し、実施前に検討すべき内容についても理解し、実施にあたって

は適切な方法で行うことの重要性を認識できる（医師：知識、技能、態度）。

【この領域で習得してほしい事柄】

- ・医療における4つの倫理原則の理解
- ・臨床倫理についての理解
- ・共有意思決定のプロセスについて理解
- ・ACPIについての理解
- ・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についての理解
- ・「安楽死」の内容についての理解
- ・鎮静の分類と定義についての理解
- ・持続的深い鎮静を行う際の留意点についての理解

領域8:在宅医療の倫理的側面

在宅医療の最終目標は、①QOL（生命の質、生活の質、人生の質）の維持向上（最善化）と、②人間としての尊厳の重視、特に自律を尊重することである。この提示した二つの目標において、「人生の質の維持向上」と「人間としての尊厳の重視」はほぼ同じ理念であり、基本となるのは患者の「価値観」を認め尊重することである。

在宅医療の特徴は、暮らし（生活）および生き方（人生）に常に焦点をあてて支援を提供すること、そして、患者のニーズに沿ってケアプランが作成されることである。しかし、当然のこととして、提案される医療支援の内容は生命（こころとからだ）の質を重視した医療者の価値観に基づく治療やケアが主体となる傾向があり、また、介護職から提案される生活支援の内容は介護職の価値観に基づくものが多くなる。お互いの価値観が一致していれば多くの場合倫理的問題は生じないが、特に医療支援においては、お互いの価値観が一致しないことも少なくない。

このような場合に倫理的葛藤（問題）が出てくることとなり、在宅医療の現場では、また、特に病院医療から在宅医療に移行する時期には日常的に湧きあがる問題である。

したがって、在宅医療の実践者には日常診療において常に倫理的判断が求められていることを認識しなければならない。

基本的な態度として重要なことは、患者の価値観、ニーズ、希望を重視すること、問題の識別と解決にあたってはチームで対応すること、チームで対応できなければ他の専門職種に相談と助言を求めること、などである。また、倫理的問題には国が定めた法的、規制上の問題が含まれ、これをしっかり認識することも重要である。

さらに、在宅医療においては、病状の経過に於いて、生命や生活、人生に重大な影響を及ぼす決断を迫られる場面が多く、その際には患者や家族の価値観、ニーズ、希望に沿った様々な選択肢が出され、患者あるいは家族が意思決定を行う場面も多い。多くの場合、患者にとって、あるいは代理決定を行う家族にとって、辛い意思決定となるが、患者、そして最終的に家族ができるだけ後悔しないための支援（意思決定支援）が行われることが必要である。この意思決定支援において基本的に重要な項目は、現在の病状や今後の病状の推移予測に関するできるだけ正確な情報の提供、患者および家族の置かれている状況や意向、希望などについての情報の聴取、その上で、できるだけ幅広い選択肢を作るための十分な話し合いを持つことであるが、最も重視すべきことは患者の選択（自己決定）であり、人間としての尊厳を守ることである。そして、この話し合いを継続的に行之、時に事前指示の文章を記載するのは在宅医療チームの責務として認識すべきである。

鎮静については、在宅医療では、病院と異なり、実施されることは少ないものの、状況によっては必要となる場面もあり、その実施においては十分な倫理的検討をチームとして行う体制の構築が必要である。

【がん疾患における在宅医療の倫理的側面の留意点】

- ・患者に真実（病名、病状および病状経過等）が説明されていないことがしばしばある。
- ・アドバンス・ケア・プランニングにおいて患者の意思決定が困難なときがある（症状、認知機能、未告知など）。
- ・認知機能が低下しているとの判断で患者の意向が聴取されずに、家族等の意向が重視されるときがある。
- ・しばしば苦痛に対して、患者、家族、看護師などから積極的鎮静を求められることがある

【この領域で習得したい資質】

- 生命倫理および臨床倫理の内容を理解し、実践できる（知識、態度）。
- 患者の人権と尊厳、特に自律（自分のことは自分で決めること）は、どのような病状あるいは状況においても最大限に尊重されるべきであることを認識できる（態度）。
- 各専門職の行動規範内で、必要に応じて他の分野の専門職と協働して、倫理的、見識的且つ丁寧な対応ができる（態度）。

- 「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」の内容を理解し、実践できる（知識、態度）。
- 「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」の内容を理解し、実践できる（知識、態度）。
- 共同意思決定（Shared Decision Making）の内容とプロセスについて理解し、実践できる（知識、技能、態度）。
- 患者に意思決定に必要な医療情報を、理解度に応じて、真摯な態度で、わかりやすく、理解できているか確認しながら、説明することの大切さを理解できる（技能）。
- 患者の希望や意向を引き出すコミュニケーション力が必要であることを理解できる（技能）。（再掲：コミュニケーション）
- 患者の価値観を引き出すにはコミュニケーション力が必要であることを理解できる（技能）。（再掲：コミュニケーション）
- 患者のナラティブ（物語）に焦点をあてた医療・ケアを提供することの大切さを理解できる（態度）。（再掲：コミュニケーション）
- 患者の、これまでの生き方や暮らし方がどのようなものであったかを問わず、その物語に敬意を払い、真摯に対応することの大切さを理解できる（態度）。
- 患者の自律や選択を優先した意思決定支援が必要であることを理解できる（技能・態度）。
- 患者の意思と周囲の考えが異なる場合、患者の意思を擁護し、患者主体の意思決定を貫くことができるよう支援することの重要性を理解できる。（技能・態度）
- 適切な診療、意思表示と選択の支援を通じて、患者および家族との信頼関係を構築できることを認識できる（態度）。
- 医療や療養の選択における倫理的葛藤について、適切に対処することの必要性を理解できる（技能・態度）。
- 情報提供された上での選択および発生した状況に関連した意思決定による事前指示を尊重することができる（態度）。
- 情報を与えられた上で、さらなる治療を拒む決定を下すことが人間としての権利であることを認識することができる（態度）。
- アドバンス・ケア・プランニングの内容と意義について理解し、対象となる患者および家族と、適正な時期にケアに関する選択についての話し合いに取り組むことができる（知識、技能、態度）。
- アドバンス・ケア・プランニングの話し合いにおいて、コミュニケーションスキルが重要であることを理解することができる（技能、態度）。
- 在宅医療実践者の実務、（あるいは）役割として、患者およびその家族をケアする時に直面する倫理的問題（DNAR 治療の継続と差し控え、人工補水、人工栄養、持続的深い鎮静、安楽死の希望等）について、チームとして取り組むことができる（知識、態度）。
- 持続的深い鎮静を行う要件について十分理解し、実施前に検討すべき内容についても理解し、実施にあたって

は適切な方法で行うことの重要性を認識できる（医師：知識、技能、態度）。

【この領域で習得してほしい事柄】

- ・医療における4つの倫理原則の理解
- ・臨床倫理についての理解
- ・共有意思決定のプロセスについて理解
- ・ACPIについての理解
- ・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についての理解
- ・「安楽死」の内容についての理解
- ・鎮静の分類と定義についての理解
- ・持続的深い鎮静を行う際の留意点についての理解

Module 8

領域8 在宅医療の倫理的側面

8-1 総論

領域8 在宅医療の倫理的側面

8-1 総論

在宅医療の倫理的法的側面（要点）1/4

■生命予後の限られた状況、あるいは生命を脅かす病気をもった状況にある人、家族および介護者をケアする時には複雑な倫理的問題が生じる。それらの問題を同定し、認知し、対応することが必要であることを理解する

■在宅医療の倫理的・法的問題とは、**患者の自己決定権等の人権侵害や医療的有益性と患者本人や家族の意向との乖離等であり、具体的には、治療の継続や差し控え、安楽死、医師の自殺ほう助、人工補水・人工栄養、積極的鎮静、などである**



【在宅医療の倫理的法的側面（要点）】

・この項目では、在宅医療の現場で遭遇する臨床倫理の問題について解説していく。

・在宅医療においては、患者およびその家族のニーズに沿って支援を提供するという点、不確実な要素が多いという点で、ケアはすべてが倫理的な問題をはらんでいると考えてもいいと思う。

・在宅医療の倫理的・法的問題とは、患者の自己決定権などの人権侵害や医療的有益性と本人や家族の意向との乖離などであり、治療の継続や差し控え、安楽死、医師の自殺ほう助、人工補水・人工栄養、積極的鎮静、などがあり、それらへの対応を学ぶ必要がある。

在宅医療の倫理的法的側面（要点）2/4

■在宅医療の倫理的・法的問題に対応するための基本的態度は

- 1) 本人および家族の価値観は在宅医療の関わる専門職の価値観と違うことを理解する
- 2) 患者本人のニーズ、希望、意向、価値観に基づく自己決定を尊重する
- 3) 本人、家族など、介護者が意思決定プロセスに関われるようにする
- 4) 家族等の意向が本人の意向と異なる場合は繰り返し話し合いを行い、合意を図ること



・在宅医療の倫理的・法的問題に対応するための基本的態度としては

- 1) 本人および家族の価値観と専門職の価値観は違うことを認識する
- 2) 患者本人のニーズ、希望、意向、価値観に基づく自己決定を尊重する
- 3) 本人、家族など、介護者が意思決定プロセスに関われるようにする
- 4) 家族などの意向が本人の意向と異なる場合は繰り返し話し合いを行い、合意を図る

在宅医療の倫理的法的側面（要点）3/4

■在宅医療の倫理的・法的問題に対応するための基本的態度は・・・

- 5) 情報を与えられた上で、さらなる治療を拒む決定を下すことは人間としての権利であることを認識する
- 6) 在宅医療の実践は、生命倫理の原則、各専門職の職能倫理（職業規範）、国の法律の範囲内で行われることを認識する
- 7) 必要に応じて、倫理あるいは法律の専門家のアドバイスを受ける



- 5) 情報を与えられた上で、さらなる治療を拒む決定を下すことは人間としての権利であることを認識する
 - 6) 在宅医療の実践は、生命倫理の原則、各専門職の職能倫理（職業規範）、国の法律の範囲内で行われることを認識する
 - 7) 必要に応じて、倫理あるいは法律の専門家のアドバイスを受ける
- などである。

在宅医療の倫理的法的側面（要点） 4/4

■最も適切な倫理的ケアは必ずしも本人の希望や意向と一致したものであるとは言えないことも念頭におく



・また、最も適切な倫理的ケアは、必ずしも本人の希望や意向と一致したものであるとは言えないことも念頭におくべき。

医療における4つの倫理原則 （ビーチャム&チルドレス）

1. Respect for autonomy
患者の自律を尊重せよ（**自律尊重**）
2. Non-maleficence
患者に害を与えるな（**無危害**）
3. Beneficence
患者の利益になるようにせよ（**与益の原則**）
4. Justice and/or equality
正義・公平を保て（**正義・公平**）

Beauchamp, Tom L., Childress, James F:
Principles of Biomedical Ethics, 5th ed. p454.
Oxford University Press, 2001



【医療における4つの倫理原則】

・医療には4つの倫理原則があることはご存じだと思う。

1. 自律尊重 2. 無危害 3. 与益の原則 4. 正義・公平
だが、この中では 特に自律が重要とされている。

終末期医療に関するモンテビデオ宣言（勧告） 1/3 世界医師会 2011年（抜粋）

2. 対話と同意：倫理と価値
- 2.1 治療担当チームが患者とその家族に情報を開示し話し合いをすることは、終末期の質の高いケアにとって、基本的な柱のひとつである
- 2.2 倫理的に適切な終末期のケアとは、常に患者の自律性を促し、患者とともに意思決定をおこない、そして患者とその家族の価値観を尊重することである
- 2.3 医師は、患者の要望について、患者または患者に代わって意思決定を行う人と、適切に、そして直接話し合うべきである。話し合いは早い時期に始め、すべての患者に対して行う。また、特に患者の症状が変化した場合には、それにとともに患者の希望も変わることがあるので、定期的に話し合いを設けて対応する必要がある（以下省略）



【終末期医療に関するモンテビデオ宣言】

・これは、世界医師会（2011年）の終末期医療に関するモンテビデオ宣言（勧告）の抜粋。この宣言はあまり知られていないが、意思決定支援の倫理的原則が網羅されている。

・治療担当チームが患者とその家族に情報を開示し話し合いをすることは、終末期の質の高いケアにとって、基本的な柱のひとつ。

・倫理的に適切な終末期のケアとは、常に患者の自律性を促し、患者とともに意思決定をおこない、そして患者とその家族の価値観を尊重することである。

・医師は、患者の要望について、患者または患者に代わって意思決定を行う人と、適切に、そして直接話し合うべきで、話し合いは早い時期からの開始する

・全ての患者に対して行うこと。

・また、症状が変化した場合には、それにとともに患者の希望も変わることがあるので、定期的に話し合いを設けて対応する必要がある。

終末期医療に関するモンテビデオ宣言（勧告） 2/3
世界医師会 2011年（抜粋）

2.4 患者が自分の意志で同意できる状態にあるなら、**患者の希望が医学的、倫理的、法的に正しいものである限り、患者の希望に沿ったケアを行うべきである**

患者の同意を得るためには十分な情報と話し合いが必要である。加えて、余計な身体的、精神的苦痛が意思決定プロセスの妨げとならないよう、**患者が同意する前に苦痛や不安に対する適切な治療を受けていると確認**することは、医師の義務である



・また、患者が自分の意志で同意できる状態にあるなら、患者の希望が医学的、倫理的、法的に正しいものである限り、患者の希望に沿ったケアを行うべきで、患者の同意を得るためには十分な情報と話し合いが必要。

・加えて、余計な身体的、精神的苦痛が意思決定プロセスの妨げとならないよう、患者が同意する前に苦痛や不安に対する適切な治療を受けていると確認することは、医師の義務である。

終末期医療に関するモンテビデオ宣言（勧告） 3/3
世界医師会 2011年（抜粋）

2.5 **患者が拒否しない限り、患者の親族や家族には、十分に情報を伝えて決定プロセスに参加してもらうべきである。患者が同意できない状態にあつて指示が得られない場合には、患者の指名した代理の意志決定者の意見を考慮しなければならない。**



・そして、患者かが拒否しない限り、患者の親族や家族には、十分に情報を伝えて決定プロセスに参加してもらうべきで、患者が同意できない状態にあつて指示が得られない場合には、患者の指名した代理の意志決定者の意見を考慮しなければいけない。

臨床倫理とは

臨床倫理とは、臨床の現場（医療、介護）に従事しているものが、いましている、また、これからしようとしている医療・ケアの行動や姿勢を倫理的視点から検討する営み

清水哲郎：岩手保健医療大学学長

日常診療の場において、医療を受ける患者、患者の関係者、医療者間の立場や考えの違いから生ずる様々な問題に気づき、分析してそれぞれの価値観を尊重しながら、関係者が納得できる最善の解決法を模索していくこと

故 白浜雅司

佐賀市立国民健康保険三瀬診療所所長



【臨床倫理の定義：清水】

「臨床倫理とは、臨床の現場（医療、介護）に従事しているものが、いましている、また、これからしようとしている医療・ケアの行動や姿勢を倫理的視点から検討する営みである」。

・これは哲学者の清水哲郎氏の定義である。

・また、日本に臨床倫理の4分割を導入した白浜雅司氏の定義は、

日常診療の場において、医療を受ける患者、患者の関係者、医療者間の立場や考えの違いから生ずる様々な問題に気づき、分析してそれぞれの価値観を尊重しながら、関係者が納得できる最善の解決法を模索していくこととしている。

臨床倫理の4分割チェックシート	
医学的適応 (チェックポイント) 1. 診断と予後 2. 治療目標の確認 3. 医学的効用とリスク 4. 無益性 (Futility)	患者の意向 (チェックポイント) 1. 患者の判断能力 2. インフォームドコンセント (コミュニケーションと信頼関係) 3. 治療の拒否 4. 事前の意思表示 (Living Will) 5. 代理決定 (代行判断、最善利益)
QOL (チェックポイント) 1. QOLの定義と評価 (身体、心理、社会、スピリチュアル) 2. 誰がどのように決定するのか ・ 偏見の危険 3. QOLに影響を及ぼす因子	周囲の状況 (チェックポイント) 1. 家族や利害関係者 2. 守秘義務 3. 経済的側面、公共の利益 4. 施設方針、診療形態、研究教育 5. 法律、慣習 6. 宗教 7. その他

副読本参照

故 白浜雅司 佐賀市立国民健康保険三瀬診療所所長

【臨床倫理の4項目チェックシート】

・「臨床倫理4分割法」とは、Jonsenらが1992年、著書『Clinical Ethics』にて示した倫理的な症例検討の考え方で、そのチェックシートである。

・4つの項目は、ビーチャムとチルドレスの臨床倫理の4原則にそれぞれ対応する。

・医学的適応は与益&無危害原則に関連し、患者の意向は自律尊重原則に関連し、QOLは与益&無危害および自律尊重原則に関連し、周囲の状況は公正原則に関連している。

チェック項目の具体的な内容については副読本参照。

・現在は、このチェックシートと、臨床倫理検討シートの研修会が開催されている。

倫理的問題への対応（基本姿勢）

- 本人および家族の価値観は在宅医療に関わる専門職の価値観と違うことを理解する
- 本人および家族のニーズ、希望、意向、価値観、および患者の自己決定を尊重する
- 適切な意思決定支援のプロセスを経る

倫理的問題への対応（基本姿勢）を示す。

・本人および家族の価値観は在宅医療に関わる専門職の価値観と違うことを理解する

・本人および家族のニーズ、希望、意向、価値観、および患者の自己決定を尊重する

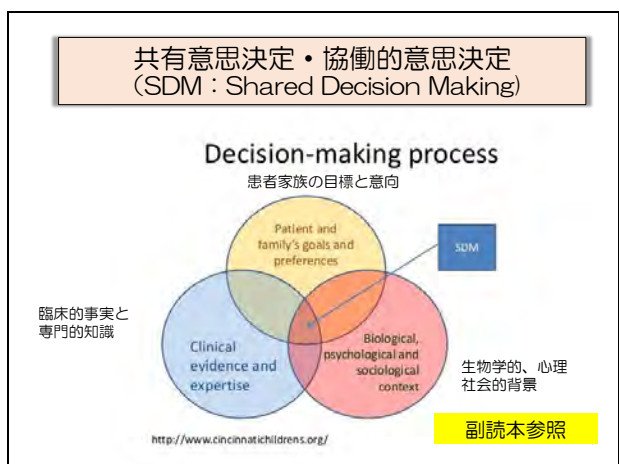
・適切な意思決定支援のプロセスを経る

がん疾患の在宅医療
人材育成事業（医療職用）

Module 8

領域8 在宅医療の倫理的側面
8-2 意思決定の在り方
（意思決定支援）

領域 8-2 意思決定の在り方（意思決定支援）



【共有意思決定・協働的意思決定 (Shared Decision Making)】

・適切な意思決定プロセスの基本的考え方は、共有意思決定・協働的意思決定 (Shared Decision Making) というモデルで、清水らが提唱してきた情報共有・合意モデルに相当する。

・患者家族の目標、臨床的事実と専門知識、生物学的、心理社会的背景を共有し、協働で意思決定を行う。

共有意思決定・協働的意思決定 (Shared Decision Making)

■SDMの必須4要素

1. 少なくとも医療者と患者が関与する
2. 両者が情報を共有する
3. 両者が希望の治療について、合意を形成するステップを踏む
4. 実施する治療についての合意に達する

コミュニケーションで共有するものは 情報、目標、責任

【SDMの必須4要素】

・共有意思決定あるいは協働的意思決定 (Shared Decision Making) というモデルは、現在米国の医療現場では標準的モデルとなっている。

・スライドはこのSDMで必要な4つの要素を示している。

少なくとも医療者と患者が関与する、両者が情報を共有する、両者が希望の治療について合意を形成するステップを踏む、実施する治療についての合意に達するの4つである。

・日本の医療現場ではインフォームド・コンセントが標準的に使われているが、その違いは、①患者側の情報は共有しない、②情報が医療側の一方的な情報となっており、正確性に欠ける（エビデンスに欠ける）、③情報が一方的であるために患者の希望の治療の選択肢があまりない、④選択の責任についてシェアしないことである。

・SDMで共有することは、情報、目標、そして責任である。

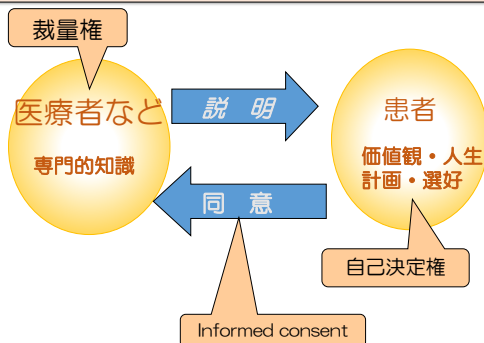
【意思決定のプロセス:説明-同意モデル】

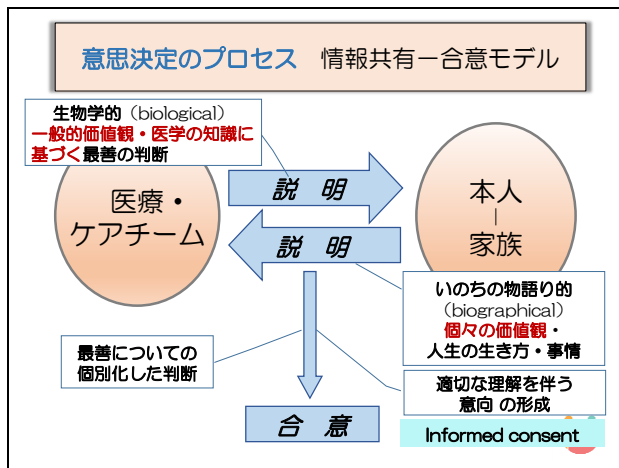
・「インフォームド・コンセント」informed consent は、本来は、医療方針の決定に際しては、患者が自分の状態や治療について「よく分かった上で」（つまり、「informed」＝情報を得ている＝ということ）、医療者に対してある治療を自分に加えることに「同意すること」（つまり、「consent」）という意味の用語だった。そして、医療者は、ある治療が本人にとって最善であると判断したからといって、勝手にそれを実行するのは不適切であって、本人の「よく分かった上での同意」を得た上でなければ、その治療を行ってはならない、という考えが、この用語に伴っていた。

・「説明と同意」と解説されることによって、日本の医療現場において、これが意思決定プロセスの構造を示すものであるかのように使われるようになった。つまり、治療方針決定という場で、医療側の役割は「候補となる選択肢について、(多くの場合、特定の選択肢の推奨を伴いつつ) 適正に説明する」ことであり、本人は「それを理解して、どうしたいか(家族と話し合うなどして) 決める」というようなプロセスが想定されるようになった。

・この場合、医療側は許容できる選択肢の範囲を決めている——本人はそこから希望するものを選び、その選んだことについて医療側に実行することの同意を与える。

意思決定のプロセス 説明-同意モデル





【意思決定のプロセス:情報共有－合意モデル】

・今では、両者の権限や権利の調停をするような発想は、もはや必ずしも支配的ではない。

・臨床現場では両者のコミュニケーションを重視し、治療方針の決定についてよりきめの細かい考え方がでてきている。

・医療従事者と本人・家族の間で信頼関係を大事にし、お互い納得づくで意思決定をしようとする、両者の間で情報が共通していることが大事になる。すでにみたように、人は、何かを選んだり、行ったりする際には、〈状況に向かう姿勢〉と〈状況についての把握〉の対によって、選ぶ結果が決まる。その人がもっている価値観は〈状況に向かう姿勢〉に含まれる。

・〈状況についての把握〉は、選ぶ際にその人がもち、使っている情報に他ならない。

・このような考え方をより具体的にしたもののが、ここに提示する〈情報共有から合意へ〉というプロセス把握である。

・これは、「説明と同意」に比していえば、まず、① 双方向の情報の流れが必要だと考える。こうして、情報共有を目指しつつ、これに基づいて、② 一方が他方に同意するというより、双方（当事者）が合意に至ることを目指す。

【意思決定の6つの基本姿勢】

・本人や家族の意思決定を支援する際の基本姿勢。

1. 医療者を含む周囲の支援者は、本人が意思決定できるように可能なかぎり、本人の能力を向上させるための支援を行う。

2. 本人の多様な価値観を尊重した支援を行う。周囲の支援者の価値観を押し付けない。

3. 本人が意思決定できる／できないの判断は、決定の必要場面ごとに確認する。

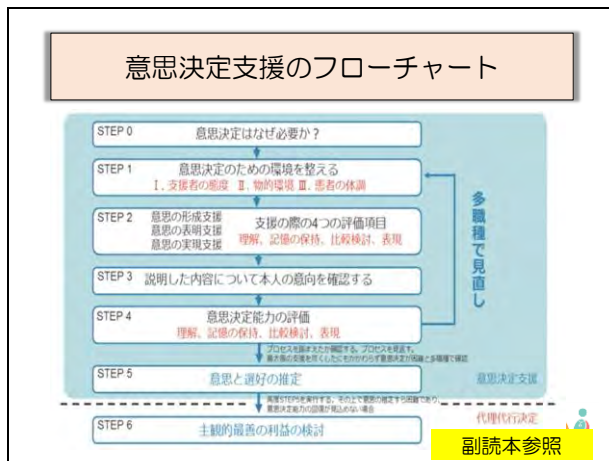
4. 確認するために、本人の理解した内容を本人の言葉で説明してもらう。

5. 認知症の診断や成年後見などが開始されていることだけをもって、意思決定能力を失っていると即断してはならない。

6. 意思決定が難しい時は、チームでの支援を検討する

意思決定の6つの基本姿勢

1. 医療者を含む周囲の支援者は、本人が意思決定できるように可能なかぎり、本人の能力を向上させるための支援を行う。
2. 本人の多様な価値観を尊重した支援を行う。周囲の支援者の価値観を押し付けない。
3. 本人が意思決定できる／できないの判断は、決定の必要場面ごとに確認する。
4. 確認するために、本人の理解した内容を本人の言葉で説明してもらう。
5. 認知症の診断や成年後見などが開始されていることだけをもって、意思決定能力を失っていると即断してはならない。
6. 意思決定が難しい時は、チームでの支援を検討する。



【意思決定支援のフローチャート】

- ・意思決定のためには、いくつかのプロセスがある。
- ・まず、意思決定が必要な状況があり、さらに本人が意思決定を円滑にできるための環境を整えることが必要。
- ・それには、支援者の態度、物理的環境、患者の体調といったことが含まれる。
- ・また、意思の決定のプロセスとして意思形成、意思表明、意思実現の支援が必要。その内容は以下の通り。

意思形成支援:適切な情報、認識、環境の下で意思が形成されることへの支援

意思表明支援:形成された意思を適切に表明・表出することへの支援

意思実現支援:本人の意思を日常生活・社会生活に反映することへの支援

- ・さらに決定された内容について本人の意向を確認し、かつ本人の理解、記憶といった意思決定能力の評価を行い、多職種で見直すという作業ののちに意思と選好の推定を行う。

- ・本人の意思推定が困難で、本人の意思決定能力の回復が困難な場合は本人の最善の利益を考え代行決定を行う。

がん疾患の在宅医療
人材育成事業（医療職用）

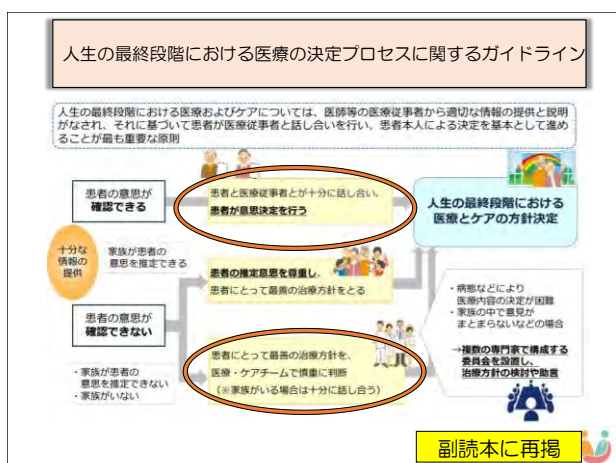
Module 8

領域8 在宅医療の倫理的側面

8-3 アドバンスケアプランニング
（人生会議）

領域 8-3

アドバンスケアプランニング（人生会議）



【人生の最終段階における医療・ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン（2018）】

- ・このガイドラインの概念図である。
- ・患者の意思が確認できる場合は十分な情報提供の上、患者と医療従事者が十分に話し合い、患者が意思決定を行う。
- ・患者の意思が確認できない場合、1) 家族が患者の意思を推定できる場合は、十分な情報提供の上、患者の推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとり、2) 患者の意思を推定できない場合、患者にとっての最善の治療方針を、医療・ケアチームで慎重に話し合い方針決定を行う。

人生の最終段階における医療の意思決定プロセスに関するガイドライン(2018)の要点

1 病院における延命治療への対応を想定した内容だけではなく、在宅医療・介護の現場で活用できるよう、次のような見直しを実施

- ・「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」に名称を変更
- ・医療/ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化

2 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むかなどを、日頃から繰り返し話し合うこと（＝ACPの取組）の重要性を強調



人生の最終段階における医療の意思決定プロセスに関するガイドライン(2018)の要点

3 本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載

4 今後、単身世帯が増えることを踏まえ、「3」の信頼できる者の対象を、家族から家族等（親しい友人等）に拡大

5 繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性について記載



人生の最終段階において意思決定が必要となる医療的事項

治療中止、継続、差し控え

延命措置の希望

希望する延命措置の内容

療養の場所



・特に問題となるのが本人の意思が確認できない場合であるが、その内容を参考資料として掲載する。

・図の丸で囲んだ部分がアドバンス・ケア・プランニングに相当する。

・このガイドライン(2018)の要点は5つあります。

・1つ目は、病院における延命治療への対応を想定した内容だけではなく、在宅医療・介護の現場で活用できるよう、次のような見直しを実施している。

「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ガイドライン」に名称を変更、医療/ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化している。

・2つ目は、心身の状態の変化などに応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むかなどを、日頃から繰り返し話し合うこと（＝ACPの取組）の重要性を強調している。

・3つ目は、本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族などの信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載している。

・4つ目は、今後、単身世帯が増えることを踏まえ、「3」の信頼できる者の対象を、家族から家族など（親しい友人など）に拡大していること。

・5つ目は、繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族などと医療・ケアチームで共有することの重要性について記載していることなどである。

【人生の最終段階において意思決定が必要となる医療的事項】

・人生の最終段階において意思決定が必要となる医療的事項として、治療中止・継続・差し控え、延命治療の希望、希望する延命治療の内容、療養の場所などがある。

・この意思決定を行うのは、本人だが、最終的な意思決定が必要な場面で、病状が進行して意識がはっきりせず自己決定ができない、認知症により自己決定ができないことが多いのが現状。

・このため、できるだけ早い時期から、自分自身の人生の最終段階で受たい医療のあり方を、家族は医療者と一緒に考え、医療者に指示しておこうというのがACPである。

アドバンス・ケア・プランニングの国際的な定義

Rietjens *Lancet Oncol.* 2017.

患者・家族・医療従事者の話し合いを通じて、患者の価値観を明らかにし、これからの治療・ケアの目標や選好を明確にするプロセスのこと

身体的なことにとどまらず、心理的、社会的、スピリチュアルな側面も含む

治療やケアの選好は定期的に見直されるべきである

医療代理人の選定や医療・ケアの選好を文書化してもよい

※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上は、「医療代理人」に関する記載はない。

令和2年度厚生労働省委託事業 人生の最終段階における医療体制整備事業
本人の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会 EFIELD資料より

日本老年医学会 ACP(Advance Care Planning)の定義

「ACP は将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセスである」

* ACP の実践のために、本人と家族等と医療・ケアチームは対話を通し、本人の価値観・意向・人生の目標などを共有し、理解した上で、意思決定のために協働することが求められる。ACPの実践によって、本人が人生の最終段階に至り意思決定が困難となった場合も、本人の意思をくみ取り、本人が望む医療・ケアを受けることができるようにする。



事前指示とは

言葉のもとは Advance Directiveの和訳

米国では、医療機関などの医療ケアを提供する機関に対して、文書で患者が望む医療に関する基本方針と実施方法とを確認し、維持される支援を法的に義務付けている。(米国 患者自己決定権法1991年施行)

「事故や重症疾患によって意思決定能力が失われた時にどのような医療を希望、または拒否するのかを、意識が清明なうちに表明しておく」

通常の事前指示書は1.と2. により構成される

1) リビング・ウィル

意思表示ができなくなった場合に備えて「尊厳死の権利を主張して、延命治療の打ち切りを希望する」などといった意思表示のこと。

2) 医療代理人の指名



事前指示書の問題点

- ・個別の医療行為に関する事前指示はすべての状況には対応不可
- ・詳細であればあるほど柔軟性が失われる
- ・意思は変化することが少なくない
- ・代理人の選択は本人意思と異なることが多い
- ・必要な時に見つからない

そして 法制化しても普及せず(15%~20%)

(Gillick, *N Engl J Med*, 2004)



【アドバンス・ケア・プランニング】

・アドバンス・ケア・プランニングは特別なことではない。

・いま、皆様にさせていただいたこれからの治療・ケアに関する話し合いがACPそのもの。

・ACPは国際的にこのように定義されている。

・なお、日本の「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」上は、ここにある「医療代理人」に関する記載はない。

注:この定義はデルファイ法を用いて作成された現在の国際標準とされるものである。

・これは、日本老年医学会のACP(Advance Care Planning)の定義。

・「ACP は将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセスである」

・そして、「ACP の実践のために、本人と家族などと医療・ケアチームは対話を通し、本人の価値観・意向・人生の目標などを共有し、理解した上で、意思決定のために協働することが求められる。ACPの実践によって、本人が人生の最終段階に至り意思決定が困難となった場合も、本人の意思をくみ取り、本人が望む医療・ケアを受けることができるようにする」と協働意思決定がより明確に打ち出されている。

【事前指定】

・事前指定という言葉があるが、言葉のもとは Advance Directiveである。

・これは、当初開始された事前指定の内容で、「事故や重症疾患によって意思決定能力が失われた時にどのような医療を希望、または拒否するのかを、意識が清明なうちに表明しておく」もの。

・通常の事前指示書は 1)リビング・ウィル、2) 医療代理人の指名で構成されている。

「事前指示書の問題点」

・この事前指示として策定された事前指示書の問題点が指摘され、ACPの形に変わった。

スライドは指摘された問題点を示す。

・個別の医療行為に関する事前指示はすべての状況には対応できない

・詳細であればあるほど柔軟性が失われる

・意思は変化することが少なくない

・代理人の選択は本人意思と異なることが多い

・必要な時に見つからない

・そして 法制化しても普及せず(普及率が15~20%)

といったことが指摘されている。

①意思決定のプロセスを改善すること、②患者のアウトカムを改善することを個別のゴールとしている。

ACPの効果 (事前に話し合いを持つことによる効果)

直面する困難に対する自己決定に関して理解が広がる
(人は死ぬ運命であることの理解が広がる)

本人の意向に沿った場所で亡くなる人が多くなる

病院での死亡が少なくなる
ERの受診・入院が少なくなる
在宅(自宅等)での死亡が増える

無用な苦痛・苦悩が避けられる

心肺蘇生を受ける人が少なくなる
抗がん剤治療を死の直前まで受ける人が少なくなる

本人のQOLが高くなる(遺族調査)

遺族の満足度が高くなる(遺族調査)

社会保障費が少なくなる



【事前に話し合いを持つことによる効果】

・ACPによるいくつかの効果が報告されている。

・本人の意向に沿った場所で亡くなる人が多くなり、結果として、病院での死亡が少なくなる、ERの受診・入院が少なくなる、在宅(自宅など)での死亡が増えるということが報告されている。

・また、無用な苦痛・苦悩が避けられる、具体的には、心肺蘇生を受ける人が少なくなる、抗がん剤治療を死の直前まで受ける人が少なくなるということも報告されている。

・遺族調査から、本人のQOLが高くなる、遺族の満足度が高くなることわかっている。

・社会保障費が少なくなるという効果もある。

ACPのゴール

アドバンス・ケア・プランニングのゴールは、その人が重篤な慢性疾患に罹患したときに、**その人の価値観、目標や治療選好に一致した医療が受けられることが確実になるようサポートすること**

多くの人にとってはそのプロセスには、**もはや自分では意思決定できない事態において、代わりに意思決定してくれる信頼できる人を選び、準備することが含まれる**

*Sudore RL, et al. Journal of Pain and Symptom Management
53:821-832, 2017*

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター在宅連携医療部長
& 在宅医療・地域連携診療部長 三浦久幸氏提供



【ACPのゴール】

・アドバンス・ケア・プランニングのゴールは、その人が重篤な慢性疾患に罹患したときに、「その人の価値観、目標や治療選好に一致した医療が受けられることが確実になるようサポートすること、そして、多くの人にとってはそのプロセスには、もはや自分では意思決定できない事態において、代わりに意思決定してくれる信頼できる人を選び、準備すること」が含まれるとされている。

ACPIは「話し合うプロセス」である ～なぜプロセスなのか～

・意思や選択は状況の変化に伴い変化することを前提に疾病過程などの変化に応じた継続的なプロセスが必要である

・話し合うプロセスにおいて、本人は自分の人生や生活に不可欠な人や大切なもの、生きがいなどについて振り返る機会を得る。そのなかで自分の望む生き方を自分自身で再確認し、その内容を自らの言葉で表明し、家族や医療者と共有することが可能となる

・本人の意見を家族や医療者が吟味することなくそのまま受け入れるのではなく、「本人の最善」についてそれぞれの立場で考え、互いの価値観を受け入れながら相互に理解していくプロセスが重要である

西川満則・長江弘子・横江由理子編 本人の意思を尊重する意思決定支援
(事例で学ぶアドバンス・ケア・プランニング) 南山堂 2016年12月



【ACPIは「話し合う」プロセスである:なぜプロセスなのか】

・定義でも触れたように、ACPはプロセスであることが強調されているが、なぜプロセスのかについて、ここでは3つの理由を掲げている。

・意思や選択は状況の変化に伴い変化することを前提に疾病過程などの変化に応じた継続的なプロセスが必要である

・話し合うプロセスにおいて、本人は自分の人生や生活に不可欠な人や大切なもの、生きがいなどについて振り返る機会を得る。そのなかで自分の望む生き方を自分自身で再確認し、その内容を自らの言葉で表明し、家族や医療者と共有することが可能となる

・本人の意見を家族や医療者が吟味することなくそのまま受け入れるのではなく、「本人の最善」についてそれぞれの立場で考え、互いの価値観を受け入れながら相互に理解していくプロセスが重要である

などである。。

ACPは「話し合うプロセス」である ～話し合う内容は～

【医療者】

- ・現在の病状（直面している状態、推定される状態）
- ・今後の病状経過の予測
- ・今後の見通しのもとで予測される治療・ケアの内容
- ・今後の見通しのもとでの療養方法、可能な生活様式

西川満則・長江弘子・横江由理子編 本人の意思を尊重する意思決定支援
（事例で学ぶアドバンス・ケア・プランニング） 南山堂 2016年12月

【話し合う内容】

- ・何を話し合うかということ、医療者からは、
- ・現在の病状（直面している状態、推定される状態）
- ・今後の病状経過の予測
- ・今後の見通しのもとで予測される治療・ケアの内容
- ・今後の見通しのもとでの療養方法、可能な生活様式
- などの内容となる。

ACPは「話し合うプロセス」である ～話し合う内容は～

【本人／家族】

ライフイベントとしての

人生の最終段階と死について

- ・気がかり
- ・価値観や希望
- ・どのように生きたいのか（人生や生活の意向）
- ・本人の死後に家族に望むこと

西川満則・長江弘子・横江由理子編 本人の意思を尊重する意思決定支援
（事例で学ぶアドバンス・ケア・プランニング） 南山堂 2016年12月

- ・本人／家族からはライフイベントとしての人生の最終段階と死について、具体的には、気がかりなこと、価値観や希望、どのように生きたいのか（人生や生活の意向）、本人の死後に家族に望むことなど多様である。

健康状態・病気のステージに応じたACPの類型

ACPの類型	主観的健康状態	病状のステージ	対象年齢 健康状態 課題	相談員
第一段階 死生観教育・人間観・人生観・倫理観の育成などの生涯教育：教育としてのALP	健康である	Healthy (No Frailty) 自律的な社会生活	小学～大学生、若い母親・父親・壮年期 より豊かに生きる・ライフイベントを生涯課題として対峙する	市町村の行政職員 保健師 教育者 職業訓練 職場の役職者・管理者、産業保健の医師・保健師
第二段階 慢性疾患や高齢者を対象とした地域医療連携におけるALPとACP	まあまあ健康である	Frailty 慢性疾患を1つないしは複数有し、治療初期から中期の者	壮年期・高齢期 治療継続 生活機能はほぼ自立（要介護2） 生活機能維持のため予防的な健康支援を必要とする	保健所・保健センター、地域包括ケア支援センター、退院支援部門、病院外来、診療所・訪問看護ステーション等の医師・看護師、保健師、ケアマネージャー、MSWなど
第三段階 急性期病院・終末期医療におけるACP	あまり健康でない	症状悪化 身体機能低下・障害（要介護） 入院加療中 施設入所中	急性期など病状が深刻な患者 治療の選択、開始や変更、中止、差し控えるなどの決断が必要となる	病院 救命救急、緩和ケア、特別養護老人施設の医師・看護師・MSWなど

ALP: Advance Life Planning ACP: Advance Care Plan

副読本参照

【健康状態・病気のステージに応じたACPの類型】

- ・この図は、ACPを行う時期について3つの段階を提示している。

- ・第一段階として死生観教育・人間観・人生観・倫理観の育成などの生涯教育：教育としてのALP（アドバンス・ライフ・プランニング）
- ・第二段階として慢性疾患や高齢者を対象とした地域医療連携におけるALPとACP
- ・第三段階として急性期病院・終末期医療におけるACP。

より早い段階でACPを行うことが重要で、保健医療として組み込むことが必要となる。

【ACPのバリア】

- ・ただし、ACPを普及させるためには多くの壁（課題）がある。

- ・地域住民の壁は、多くの人が死を迎えることを意識していない、死を否認する社会的状況がまだある
- ・医療者の壁は、患者の意向が分からない、話をすることに不安や辛さを感じる、コミュニケーションの技術がないため、どのように話をするのか分からないなど。だが、この壁は意識が作っている壁であり、強固なものではない。しかし、意識を変えることはなかなか難しいことであり、しっかりした戦略が必要。

ACPのバリア

- 地域住民
- ・多くの人が死を迎えることを意識していない
 - ・死を否認する社会的状況がまだある。死を忌避する文化
 - ・エンド・オブ・ライフケアや緩和ケアが、長く生きることを妨げる ものと認識している

- 医療者
- ・人々が説明を希望していないと思いこんでいる
 - ・話をすることに不安や辛さを感じる
 - ・患者の意向が分からない
 - ・できれば話をしたくないと思っている
コミュニケーションの技術がない
どのように話をするのか分からない、いつ話をするのか分からない

在宅医療における倫理的問題

- (1) 治療の継続／差し控え
- (2) 人工補水／人工栄養
- (例)
 - 認知症における胃瘻造設の是非
 - 臨終期における輸液の是非
- (3) 積極的鎮静
- (4) 安楽死・自殺ほう助（法的問題）



【在宅医療における倫理的問題】

・在宅医療における倫理的問題として挙げられている主な課題は、①治療の継続／差し控え、②人工補水／人工栄養、③積極的鎮静、④安楽死・自殺ほう助（法的問題）である。

がん疾患の在宅医療
人材育成事業（医療職用）

Module 8

領域8 在宅医療の倫理的側面

8-4 治療の継続／差し控え



領域8-4

治療の継続/差し控え

人生の最終段階の医療に関するガイドラインなど

終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン（日本）（厚生労働省2015年5月）
救急医療における終末期医療に関する提言（日本救急医学会2017年11月）
終末期医療に関するガイドライン（日本医師会2019年2月）
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2019年5月）
終末期医療のあり方について～重急性型の終末期について～（日本学術会議2019年2月）
重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン（日本小児科学会）
高齢者の意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心として（老年医学会2012年6月）
「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」日本老年医学会2012年1月）
維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言（日本透析医学会2019年5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（厚生労働省2018年3月）
成人肺炎診療ガイドライン（日本呼吸器学会2017年4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（厚生労働省2018年3月）
認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（2018年6月）



【人生の最終段階の医療に関するガイドラインなど】

・人生の最終段階における積極的治療の継続あるいは差し控えについては、これまで厚生労働省を含めていくつかの団体からガイドラインが出されている。
・最近出されたガイドラインは、「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）」で、これが今後の中核となるガイドラインである。

終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン

2007年5月 射水市民病院事件を契機に厚生労働省に「終末期医療の決定プロセスに関する検討会」設置。「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」公表

※射水市民病院事件：外科部長が複数の患者の人工呼吸器を外したとして警察の捜査対象となる。筋弛緩剤の投与を伴わない、純粹の延命治療中止事例。送検されたが不起訴処分となった



【人生の最終段階の医療に関するガイドラインなど】

・最初のガイドラインは、2007年5月射水市民病院事件を契機に厚生労働省に「終末期医療の決定プロセスに関する検討会」が設置され、終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」が公表された。

「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の骨子

1) 決定は、医療・ケアチームでの話し合いの上、行う

医師が1人で判断してはいけない

2) 本人の意思を最も尊重すること、それが不明なら

家族などと

本人の推定意思を確認する

本当にわからない場合は本人の最善の利益を考える



・このガイドラインの骨子は

1) 決定は、医療・ケアチームで話し合いの上、行う。

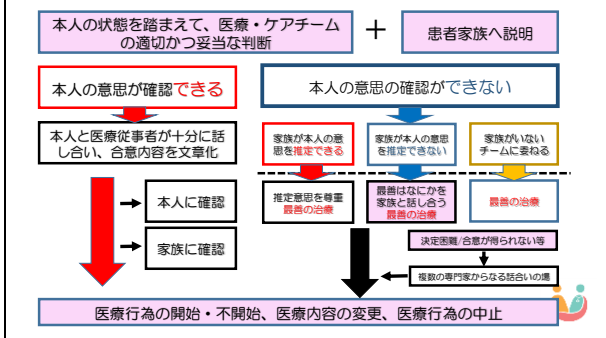
医師が1人で判断してはいけない

2) 本人の意思を最も尊重すること、それが不明なら家族などと本人の推定意思を確認する。本当にわからない場合は本人の最善の利益を考える

ということである。

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスアルゴリズム

副読本参照



【人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスアルゴリズム】

・意思確認ができる場合は、本人と医療従事者が十分に話し合い、合意内容を文章化し、本人及び家族などに確認し、医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止を行う。

・意思確認ができない場合は、

1) 家族が本人の意思を推定できる場合は推定意思を尊重し、最善の治療を行う。

2) 家族が本人の意思を推定できない場合は本人にとって最善は何かを家族などと話し合い、最善の治療を行う。

3) 家族がいない場合はチームに委ねられ、チームで話しあって最善の治療を行う。

・これらの場合、決定困難/合意が得られないなどでは、複数の専門家からなる話し合いの場を設けて、医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止を行う。

・本人と医療従事者が十分に話し合い、合意内容を文章化し、本人及び家族などに確認し、医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止を行う。

【認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン】

・認知症の人の意思決定支援ガイドラインも作成されている。

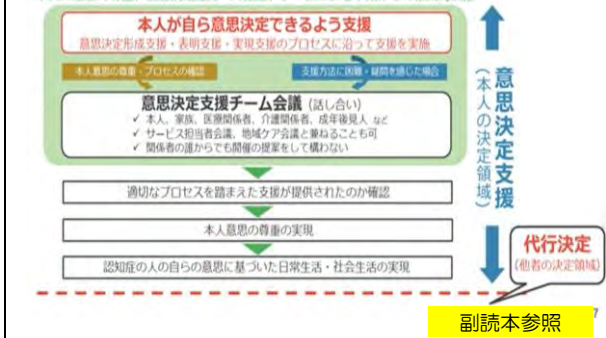
・認知症の人の意思決定のためには、いくつかのプロセスがある。

・まず、意思決定が必要な状況があり、さらに本人が意思決定を円滑にできるための環境を整えることが必要。

・その上で、意思決定支援チーム会議で話し合いを行い、適切なプロセスを踏まえた支援が提供されたか確認し、本人の意思の尊重を実現し、広くは認知症の人の自らの意思に基づいた日常生活・社会生活の実現を目指す。

認知症の人の日常生活・社会生活の意思決定支援ガイドラインの概念図

本人の意思の尊重、意思決定能力への配慮、チームによる早期からの継続的支援



副読本参照

人生最終段階の医療と法的問題

延命治療の差し控え・中止が、刑法上の犯罪（殺人罪、嘱託殺人罪）に当たるか否か・・・

→ ガイドラインにのっとり、ACPを行い、合意形成を行えば、訴追されることはない

1) 一人で決めず、本人、ご家族等、ケアチームで繰り返し話し合い、場合によっては第三者の専門家にも加わってもらい合意形成を行う

2) 数回にわたって意思確認を行う

3) 話し合いの過程を記録に残す

4) 一番大事なのは本人の意思であり、本人にとっての最善を考える



【人生最終段階の医療と法的問題】

・時々延命治療の差し控え・中止が、刑法上の犯罪（殺人罪、嘱託殺人罪）に当たるか否かに焦点が当てられることがあるが、これらのガイドラインにのっとり、ACPを行い、合意形成を行えば、訴追されることはない。

・以下のポイントを押さえると大丈夫。

1) 一人で決めず、本人、ご家族など、ケアチームで繰り返し話し合い、場合によっては第三者の専門家にも加わってもらい合意形成を行う。

2) 数回にわたって意思確認を行う。

3) 話し合いの過程を記録に残す。

4) 一番大事なのは本人の意思であり、本人にとっての最善を考える。

がん疾患の在宅医療
人材育成事業（医療職用）

Module 8

領域8 在宅医療の倫理的側面

8-5 安楽死



領域8-5 安楽死

安楽死 1/2

苦しい生ないし意味のない生から患者を解放するという目的のもとに、意図的に達成された死、ないしその目的を達成するために意図的に行われる「死なせる」行為。



1) 安楽死の定義

・安楽死の定義は「苦しい生ないし意味のない生から患者を解放するという目的のもとに、意図的に達成された死、ないしその目的を達成するために意図的に行われる『死なせる』行為」とされている。

安楽死 2/2

日本においては、自殺幫助もしくは囑託殺人とされ、認められていない

※尊厳死は苦痛のないように緩和ケアを行いつつ、延命措置を行わずに亡くなる自然死のこと

英語でいうと、Death with Dignity、海外では安楽死と尊厳死についてどちらもDeath with Dignityと呼ぶため、日本では安楽死と尊厳死の区別に関して混乱が見られる



・日本においては、自殺幫助もしくは囑託殺人とされ、認められていない。

・尊厳死は苦痛のないように緩和ケアを行いつつ、延命措置を行わずに亡くなる自然死のこと。

安楽死の区分 1/2

■行為の様態に関する区分

積極的安楽死 (active euthanasia) : 死なせる (殺す) こと killing

本人の自発的意志を前提として一定の条件を満たした場合、医師が自殺ほう助の行為を行うこと。

消極的安楽死 (passive euthanasia) : 死ぬに任せること allowing to die

治療行為の中断などによって、間接的に死期を早めること



【安楽死の区分】

・安楽死は、行為の様態に関する区分では、大きく積極的安楽死と消極的安楽死に区分される。

・積極的安楽死は、死なせる (殺す) こと killing で、本人の自発的意志を前提として一定の条件を満たした場合、自殺ほう助の行為を行うことである。

・消極的安楽死は、死ぬに任せること allowing to die で、治療行為の中断などによって、間接的に死期を早めることもあるが、延命措置を行わない自然死をもたらすものである。

安楽死の区分 2/2

■決定のプロセスに関する区分

自発的安楽死 (voluntary euthanasia) : 患者本人の意思による場合

非自発的安楽死 (non-voluntary euthanasia) : 患者本人に対応能力がない場合。

反自発的安楽死 (involuntary euthanasia) : 患者本人に対応能力があるにもかかわらず、意思を問わずに、あるいは意思に反して決定される場合。



・決定のプロセスに関する区分では、自発的安楽死、非自発的安楽死、反自発的安楽死に区分されている。

・反自発的安楽死は、殺人である。

他人による積極的安楽死を法律で認めている国

- スイス - 1942年
- アメリカ (オレゴン州)
- 1994年「尊厳死法 (Death with Dignity Act)」成立
- オランダ - 2001年「安楽死法」可決。
- ベルギー - 2002年「安楽死法」可決。
- ルクセンブルク - 2008年「安楽死法」可決。
- アメリカ (ワシントン州、モンタナ州) - 2009年
- アメリカ (バーモント州) - 2013年
- アメリカ (ニューメキシコ州) - 2014年
- アメリカ (カリフォルニア州) - 2015年[1]
- カナダ - 2016年
- オーストラリア ヴィクトリア州 2019年
- ニュージーランド 2021年予定



【他人による積極的安楽死を法律で認めている国】

・他人による積極的安楽死を法律で認めている国と地域は以下の通りで、年々少しずつ拡大している。

医師による積極的安楽死許容の四要件

東海大学安楽死事件横浜地方裁判所 1995年3月28日

- 1) 耐え難い肉体的苦痛があること
- 2) 死が避けられずその死期が迫っていること
- 3) 肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くし他に代替手段がないこと
- 4) 生命の短縮を承諾する患者の明示の意思表示があること



【医師による積極的安楽死の4要件】

・日本における医師による積極的安楽死の四要件

- 1) 耐え難い肉体的苦痛があること
- 2) 死が避けられずその死期が迫っていること
- 3) 肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くし他に代替手段がないこと
- 4) 生命の短縮を承諾する患者の明示の意思表示があること

逆説的にいうと、この4要件を満たせば、訴追されないということになるが、公にこの要件を満たして安楽死を行ったという報告はない。

安楽死と自殺ほう助

日本臨床倫理学会によると **自殺ほう助**とは「自殺の意図をもつものに、有形・無形の便宜(機会/処置)を提供することによって、その意図を実現させること」である。日本では、倫理的にも法的にも許容されていない。オランダやアメリカのオレゴン州では合法

安楽死が行為の主体として他人が関与 するのに対して、自殺ほう助は、その時点で意思能力がある患者本人が関与する。患者は、処方された薬物、毒物、あるいは他の行為によって自分の命を絶つ。



【安楽死と自殺ほう助】

・自殺ほう助とは「自殺の意図をもつものに、有形・無形の便宜(機会/処置)を提供することによって、その意図を実現させること」である。日本では、倫理的にも法的にも許容されていない。

安楽死と嘱託殺人

嘱託殺人とは刑法第202条に規定される罪「自殺関与・同意殺人罪」のうち同意殺人罪の1つで「被害者の積極的な依頼を受けてその人を殺すこと」をさす。

京都のALS患者の事件ではSNS上で知り合った医師が、神経難病である筋萎縮性側索硬化症(ALS)を患う女性に積極的な依頼を受けて薬物投与で殺したため、嘱託殺人という言葉が使われている。



・一方、嘱託殺人とは刑法第202条に規定される罪「自殺関与・同意殺人罪」のうち同意殺人罪の1つで「被害者の積極的な依頼を受けてその人を殺すこと」をさす。

Module 8

領域8 在宅医療の倫理的側面

8-6 在宅医療における鎮静



領域8 在宅医療の倫理的側面

8-6 在宅医療における鎮静

この領域におけるメッセージ

- ・在宅医療では持続的深い鎮静を行う機会は実際には少ない
- ・在宅で持続的深い鎮静を行う場合には、
 - ① 治療抵抗性の耐え難い苦痛があること
 - ② 患者の同意（希望）があること
 - ③ 可能であれば家族の合意があること
 - ④ 医療チームの合意があること
 - ⑤ 適切な薬剤を適切な方法を用いて行うことが必要である。

「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」

「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン2010年版」は「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」と改訂・改題され刊行された。

2018年に鎮静の考え方が変更された



【この領域におけるメッセージ】

- ・終末期がん患者に対する苦痛緩和の鎮静に関しては、そもそもの定義や安楽死との区別において混乱がみられた。
- ・特に「持続的深い鎮静」は、「安楽死」とどう違うのかという議論が多くあった。
- ・在宅医療では「持続的深い鎮静」を行う場面は病院に比べ少ないという実践者の意見も多く、それは療養の場の違いによる要素が多いと思われる。
- ・在宅は日常の場であり、周囲には心許せる家・人・物が溢れストレスのない空間である。それに対し、病院は非日常の場であり、正反対のストレスだらけの空間である。この差が、治療抵抗性の耐え難い苦痛を生む要因だと考える在宅医療実践者も多いことは事実である。
- ・しかし、遭遇することは少ないものの、「持続的深い鎮静」の知識は重要である。
- ・そして、遭遇した場合には①～⑤のポイントが大事になる。

【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】

- ・「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン2010年版」は、2018年に「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」と改訂・改題された。
- ・今回は、この手引きを中心に、さらに在宅医療の現場を想定して、お話しする。

改定のポイント

- ① ガイドラインではなく手引きとしたこと
- ② 鎮静の定義を変えたこと
- ③ 治療抵抗性の苦痛の判断に多くのページを割いたこと

淀川キリスト教病院の池永昌之先生談



【改定のポイント】

- ・「ガイドライン」から「手引き」に変更した理由は、第一に作成の基となる苦痛緩和のための鎮静に関するエビデンスが乏しいためガイドラインの体裁をとることが困難であったこと、第二に現場でより役に立つものにしたいと考えたと「手引き」として発刊することがより妥当と考えたこと、と説明されている。
- ・そして、苦痛緩和のための鎮静の実施にあたっては、鎮静の具体的な方法もさることながら、鎮静を必要とする治療抵抗性の苦痛であることの判断が最も重要であると考え、その考え方の手順を充実させている。

【鎮静にあたってメッセージ】

- ・この手引きの発行にあたっては、以下のメッセージが発信されている。
- ・終末期がん患者には、さまざまな症状マネジメントを行っても治療抵抗性の苦痛が出現することがある。
- ・他に手段がないときに鎮静薬を投与して苦痛緩和をはかろうとすることは、医学的、倫理的、法的に正しい行為である。
- ・鎮静の施行にあたっては、患者の意思の尊重、ならびにチームの意思決定が重要である。
- ・在宅医療の現場では、実際に鎮静を行う頻度は本当に少ないものの、必要と思われる場面もある。また、病院と違い、家族がそばでつきっきりで介護している場合が多く、鎮静を行う場合には、家族の心情、特に亡くなられたあとの悲嘆も考慮し、事前に本人の同意を得、チームメンバーで相談することは当然のこととして、家族の同意も得る必要があると考える。

鎮静にあたってメッセージ

- ① 終末期がん患者には、さまざまな症状マネジメントを行っても治療抵抗性の苦痛が出現することがある
- ② **他に手段がないときに**鎮静薬を投与して苦痛緩和をはかろうとすることは、医学的、倫理的、法的に正しい行為である
- ③ 鎮静の施行にあたっては、患者の意思の尊重、ならびにチームの意思決定が重要である

出典：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」改訂版

治療抵抗性の苦痛・耐えがたい苦痛の定義

治療抵抗性の苦痛 (refractory symptom)	患者が利用できる緩和ケアを十分に行っても患者の満足する程度に緩和することができないと考えられる苦痛
耐えがたい苦痛 (intolerable symptom)	患者が耐えられないと明確に表現する、または、患者が苦痛を適切に表現できない場合には患者の価値観や考えをふまえて耐えられないと想定される苦痛

出典：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」改訂版



【治療抵抗性の苦痛・耐えがたい苦痛の定義】

- ・この手引きで使われているいくつかの言葉の定義について
- ・治療抵抗性の苦痛とは、「患者が利用できる緩和ケアを十分に行っても患者の満足する程度に緩和することができないと考えられる苦痛」と定義している。
- ・耐えがたい苦痛とは、「患者が耐えられないと明確に表現する、または、患者が苦痛を適切に表現できない場合には患者の価値観や考えをふまえて耐えられないと想定される苦痛」と定義している。

鎮静と鎮静薬の定義	
苦痛緩和のための鎮静	治療抵抗性の苦痛を緩和することを目的として、鎮静薬を投与すること
鎮 静 薬	- 中枢神経系に作用し興奮を鎮静する薬物 - 本手引きでは、ミダゾラム（注射薬）、フルニトラゼパム（注射薬）、ジアゼパム（坐薬）、プロマゼパム（坐薬）、フェノバルビタール（注射薬・坐薬）を指す。 - オピオイドと抗精神病薬は含まない。

痛みや呼吸困難・せん妄の緩和のためにオピオイド・抗精神病薬を妥当な投与量に増量した結果患者の意識が低下した場合には鎮静とはみなされない。

出典：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」2019年度版

鎮静の分類と定義	
鎮静薬の投与方法により「間欠的鎮静」と「持続的鎮静」に大きく分けられ、持続的鎮静はさらに「調節的鎮静」と「持続的深い鎮静」に区別された。	
間欠的鎮静	鎮静薬によって一定期間（通常は数時間）意識の低下をもたらしたあとに鎮静薬を中止して、意識の低下しない時間を確保しようとする鎮静
持続的鎮静	苦痛に応じて少量から調節する鎮静（調節型鎮静）
	深い鎮静を導入して維持する鎮静（持続的深い鎮静）

出典：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」2019年度版

【鎮静と鎮静薬の定義】

- ・苦痛緩和のための鎮静とは「治療抵抗性の苦痛を緩和することを目的として、鎮静薬を投与すること」と定義している。
- ・「鎮静薬」とは、一般的には「中枢神経系に作用し興奮を鎮静する薬物」と定義され、鎮静薬の定義を広くすれば鎮静の範囲が広くなり、議論の焦点があいまいになることから、日本の実臨床で使用されている頻度の高い薬剤を鎮静薬と定義している。具体的にはベンゾジアゼピン系の麻酔導入薬ミダゾラム「ドルミカム®」、ベンゾジアゼピン系睡眠薬フルニトラゼパム「サイレース®」、ジアゼパム「ダイアップ®」、プロマゼパム「セニラン®」、バルビツール系睡眠薬フェノバルビタール「フェノバル®」「ワコピタール®」である。
- ・なお、オピオイドと抗精神病薬（ハロペリドール、クロルプロマジン、レボメプロマジン）は鎮静薬には含めない。
- ・したがって、痛みや呼吸困難・せん妄の緩和のためにオピオイド・抗精神病薬を妥当な投与量に増量した結果患者の意識が低下した場合には鎮静とはみなされない。
- ・これは、従来は「副次的鎮静」と呼ばれていたものだが、症状緩和と鎮静の境界があいまいになるため「副次的鎮静」という概念は用いないこととしている。

【鎮静の分類と定義】

- ・鎮静は、鎮静薬の投与方法によって、「間欠的鎮静」と「持続的鎮静」に大別される。更に、後者を「調節型鎮静」と「持続的深い鎮静」に区別している。
- ・患者の意識水準は苦痛を緩和しようと鎮静薬を投与した結果であるといえるため、鎮静水準による浅い鎮静／深い鎮静という分類は用いない。鎮静レベルを表現する必要がある場合は、RASSの定義に従う。
- ・「間欠的鎮静」とは「鎮静薬によって一定期間（通常は数時間）意識の低下をもたらしたあとに鎮静薬を中止して、意識の低下しない時間を確保しようとする鎮静」と定義された。具体的にはせん妄や呼吸困難、痛みなどの治療抵抗性の苦痛に対して、苦痛を緩和する鎮静薬を数時間投与し、就眠・鎮静を得たあとに鎮静薬を中止することを指す。
- ・なお、治療抵抗性の苦痛を伴わない不眠に対する夜間の睡眠薬の投与は鎮静には含まない。
- ・「調節型鎮静」とは「苦痛の強さに応じて苦痛が緩和されるように鎮静薬（主にはミダゾラム）を少量から調節して投与すること」と定義された。鎮静薬の投与量を調整する基準は患者の「苦痛の強さ」とあり、指標としてはSTASが1～2以下としている。
- ・「持続的深い鎮静」とは「中止する時期をあらかじめ定めずに、深い鎮静状態とするように鎮静薬を調節して投与すること」と定義された。鎮静薬の投与量を調整する基準は、患者の意識水準であり、RASSの－4（深い鎮静）から－5（覚醒不可能）の水準を指す。
- ・なお、これらすべての医療行為の最終的な目標は「苦痛の緩和」である。

持続的鎮静の2つの方法と メリットとデメリット

	メリット	デメリット
調節型鎮静	コミュニケーション できる可能性がある	苦痛緩和が十分に得ら れない可能性がある
持続的深い鎮静	確実な苦痛緩和が 得られる可能性が 高い	コミュニケーション できなくなる (意図されている)

出典：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(改訂版)」

鎮静と鎮静薬の定義

苦痛緩和のための鎮静	治療抵抗性の苦痛を緩和することを 目的として、鎮静薬を投与する こと
鎮 静 薬	- 中枢神経系に作用し興奮を鎮静する薬物 - 本手引きでは、ミダゾラム（注射薬）、フルニトラゼパム（注射薬）、ジアゼパム（坐薬）、プロマゼパム（坐薬）、フェノバルビタール（注射薬、坐薬）を指す。 - オピオイドと抗精神病薬は含まない。

痛みや呼吸困難・せん妄の緩和のためにオピオイド・抗精神病薬を適量な投与量に増量した結果患者の意識が低下した場合には鎮静とはみなされない。

出典：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(改訂版)」

治療抵抗性の苦痛と診断する前に行うべき 治療のチェックリスト（せん妄）

- ☐ 原因を探索し、治療可能性を検討した
- ☐ 環境調整を行った
- ☐ 薬剤の調節をした
- ☐ 疼痛など緩和されていない苦痛を探索し、治療を行った
- ☐ 残尿・便秘による不快の対応を行った
- ☐ 抗精神病薬を最大量まで投与した

出典：森田達也・木澤義之・梅田恵・久原幸編集「3ステップ実践緩和ケア」

【持続的鎮静のメリットとデメリット】

- ・持続性鎮静には調節型鎮静と持続的深い鎮静の2つがあり、そのメリットとデメリットを示す。
- ・「調節型鎮静」のメリットはコミュニケーションできる可能性があること、デメリットは苦痛緩和が十分得られない可能性があること。
- ・「持続的深い鎮静」のメリットは確実な苦痛緩和が得られる可能性が高いこと、デメリットはコミュニケーションができなくなる(意図されている)こと。
- ・原則的には「調節型鎮静」を優先して考慮し、持続的深い鎮静の使用は限定的となる。

【鎮静の対象となる治療抵抗性の苦痛】

- ・鎮静の主な対象となるのは、「せん妄」と「呼吸困難」である。「痛み」そのものは鎮静の対象症状としては頻度が高くないが、「難治性の痛み」に対してオピオイドを増量した結果生じた「せん妄」に対して鎮静が行われている可能性が否定できない。
- ・なお、鎮静の対象としている「せん妄」の背景に「難治性の痛み」がある可能性がある。
- ・「精神的苦痛」がしばしば鎮静の対象症状とされているが、治療抵抗性の身体的苦痛と併存して報告されているため「精神的苦痛」が単独で鎮静の対象症状となることは少ないと思われる。

【治療抵抗性の苦痛と診断する前に行うべき治療のチェックリスト】

- ・治療抵抗性の苦痛と診断する前に行うべき治療のチェックリスト。

せん妄の場合には

- ☐ 高カルシウム血症、低ナトリウム血症、脱水、血糖異常、感染症などの原因を探索し、治療可能性を検討したかどうか
- ☐ 家族の付き添い、慣れた環境の整備などの環境調整を行ったかどうか
- ☐ 薬剤の調節をしたかどうか
- ☐ 疼痛など緩和されていない苦痛を探索し、医療を行ったかどうか
- ☐ 残尿・便秘による不快の対応を行ったかどうか
- ☐ 抗精神病薬を最大量まで投与したかどうか

治療抵抗性の苦痛と診断する前に行うべき治療のチェックリスト（呼吸困難）

- ☐ 原因を探索し、治療可能性を検討した
- ☐ 酸素投与を行った
- ☐ 呼吸数 ≥ 10 回/分の範囲内でモルヒネを増量した
- ☐ 不安に対する対応を行った

出典：森田達也・木澤義之・梅田恵・久原幸編集「3ステップ実践緩和ケア」

治療抵抗性の苦痛と診断する前に行うべき治療のチェックリスト（疼痛）

- ☐ 原因を探索し、治療可能性を検討した
- ☐ 呼吸数 ≥ 10 回/分の範囲内でオピオイドを増量した
- ☐ 非オピオイド鎮痛薬、鎮痛補助薬を投与した
- ☐ 神経ブロック、放射線治療、外科的治療を検討した

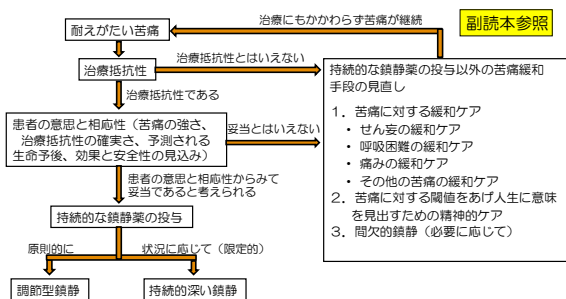
出典：森田達也・木澤義之・梅田恵・久原幸編集「3ステップ実践緩和ケア」

持続的深い鎮静を最初から選択しうる状況

- 苦痛の強さが著しい
- 治療抵抗性が確実である
- 予測される患者の生命予後が切迫している（日から時間の単位である）
- 持続的深い鎮静でなければ苦痛が緩和されないと見込まれる
- 副作用のリスクを許容しうる
- 患者の希望に沿っている

出典：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（改訂版）」

治療抵抗性の耐えがたい苦痛が疑われた場合の対応についての基本的な考え方のフローチャート



出典：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（改訂版）」

呼吸困難の場合には

- ☐ 胸水、上大静脈症候群、気道狭窄、肺炎、気胸、心不全、貧血、腹水などの原因を探索し、治療可能性を検討したかどうか
- ☐ 酸素投与を行ったかどうか
- ☐ 呼吸数 ≥ 10 回/分の範囲内でモルヒネを増量したかどうか
- ☐ 不安に対し、抗不安薬、精神的援助、リラクゼーションなどの対応を行ったかどうか

疼痛の場合には

- ☐ 原因を探索し、骨折に対する固定、膿瘍に対するドレナージや抗生物質、消化管穿孔に対する外科手術など治療可能性を検討したかどうか
- ☐ 呼吸数 ≥ 10 回/分の範囲内でオピオイドを増量したかどうか
- ☐ 非オピオイド鎮痛薬、鎮痛補助薬を投与したかどうか
- ☐ 神経ブロック、放射線治療、外科的治療を検討したかどうか

【持続的深い鎮静を最初から選択しうる状況】

- ・持続的深い鎮静を最初から選択しうる状況としてはスライドのような状況がある。

【基本的な考え方のフローチャート】

- ・基本的な考え方のフローチャートを示す。
- ・苦痛の原因の十分な評価、改善とケア、治療を行わずに安易に治療抵抗性であるとしてはいけない。
- ・苦痛の治療抵抗性が不明瞭の場合、期間を限定して苦痛緩和に有効な可能性のある治療（time-limited trial）を行うことを検討する。
- ・苦痛が治療抵抗性であることは、患者の診療にあたっているチーム全体で、かつ、経験のある専門家を含めて判断することが望ましいと考える。

持続的な鎮静薬の投与を行う要件	
副読本参照	
A 相応性	苦痛緩和を目指すいろいろな選択肢のなかで、鎮静が相対的に最善と判断される。すなわち、苦痛の強さ、治療抵抗性の確実さ、予測される患者の生命予後、効果と安全性の見込みから考えて、持続的な鎮静薬の投与は妥当な方法である。
B 医療者の意図	1) 医療チームが鎮静を行う意図が苦痛緩和であることを理解している 2) 鎮静を行う意図（苦痛緩和）からみて適切な薬剤、投与量、投与方法が選択されている
C 患者・家族の意思	1) 患者 ① 意思決定能力がある場合：必要な情報を提供されたうえで苦痛緩和に必要な鎮静を希望する意思表示がある ② 意思決定能力がないとみなされた場合：患者の価値観や以前の意思表示に照らして、患者が苦痛緩和に必要な鎮静を希望することが推測できる 2) 家族がいる場合には家族の同意があることが望ましい
D チームによる判断	1) 医療チームの合意がある。多職種が同席するカンファレンスを行うことが望ましい。 2) 意思決定能力、苦痛の治療抵抗性、および予測される患者の生命予後について判断が困難な場合には、適切な専門家（緩和医療医、精神科医、心療内科医、麻酔科医（パインクリニック医）、腫瘍医、専門看護師など）にコンサルテーションすることが望ましい。

出典：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解説」

【持続的な鎮静薬の投与を行う要件】

・持続的な鎮静薬の投与を行う4つの要件として、相応性、医療者の意図、患者・家族の意思、チームによる判断がある。

A相応性とは、苦痛緩和を目指すいろいろな選択肢のなかで、鎮静が相対的に最善と判断される場合。すなわち、苦痛の強さ、治療抵抗性の確実さ、予測される患者の生命予後、効果と安全性の見込みから考えて、持続的な鎮静薬の投与は妥当な方法であるとの判断である。

B医療者の意図とは、医療チームが鎮静を行う意図が苦痛緩和であることを理解し、そのための適切な薬剤、投与量、投与方法が選択されていることを示す。

C患者・家族の意思とは、患者の意思表示がある、あるいは推定されること、そして家族の同意です。これは「望ましい」となっているが、在宅医療だと家族がいることが多く、また、死後の悲嘆にも関係することなので、十分に話し合う必要があると思う。

Dそして、当然医師一人で決定しないこと、チームによる判断が重要。

【鎮静薬の持続投与にあたって説明を検討すべき情報】

- ・鎮静薬の持続投与にあたっては十分な説明が必要で、検討すべき情報を提示する。
- ・根治的治療法がないこと、予測される状態と生命予後などの全身状態についての情報。
- ・耐えがたく治療抵抗性の苦痛があること、その原因、これまで行われた治療、鎮静以外の方法で苦痛緩和が得られないと判断した根拠などの情報。
- ・鎮静の目的、鎮静の方法、鎮静が与える影響、鎮静後の治療やケア、そして、鎮静を行わなかった場合に予測される状態などの情報。

【診療記録に記載すべき内容】

- ・説明したことは、当然のこととして診療記録に記載する。ここではその内容を提示。
- ・目的、治療のプロセス、患者に伝えられた情報と意思表示、家族に伝えられた情報と意思表示など。

鎮静薬の持続投与にあたって説明を検討すべき情報	
項 目	具体的な内容
全身状態	身体状況についての一般的な説明（根治的な治療法がないこと、予測される状態と生命予後など）
苦 痛	耐えがたく治療抵抗性の苦痛の存在、苦痛の原因、これまで行われた治療、鎮静以外の方法で苦痛緩和が得られないと判断した根拠（専門家へのコンサルテーションの結果など）
鎮静の目的	苦痛の緩和であること。調節型鎮静では、苦痛の強さを指標として鎮静薬の投与量を調節するため、結果として患者の意識は低下することもしないこともありうる。持続的深い鎮静では、患者の意識そのものが深い鎮静状態になるように鎮静薬の投与量を調節する
鎮静の方法	鎮静薬を目的にあった投与方法で調節して使用すること
鎮静が与える影響	予測される意識低下の程度、精神活動・コミュニケーション・経口摂取・生命予後に与える影響、合併症の可能性
鎮静後の治療やケア	苦痛緩和のための治療やケアは継続されること、患者・家族の希望が反映されること、状況に応じて中止することができることなど
鎮静を行わなかった場合に予測される状態	他の選択肢、苦痛の程度、予測される生命予後

出典：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解説」

診療記録に記載すべき内容	
副読本参照	
1) 目的	鎮静薬の投与は苦痛の緩和を目的として行われていること
2) 治療のプロセス	① 苦痛が何か ② 苦痛が患者にとって耐えがたいと判断した理由 患者に確認した、患者が意思表示できない場合は一般的に耐えがたい苦痛と判断された、など ③ 苦痛を治療抵抗性と判断した根拠 ④ 予測される患者の生命予後とその医学的根拠 ⑤ 鎮静を実施するうえで相談した他職種や専門家がいる場合、その過程 ⑥ 患者の状態や苦痛を継続して評価した過程、特に鎮静薬の増量をした場合は増量した理由
3) 説明と同意	① 患者に伝えられた情報と意思表示 患者に説明した内容、それに対してどのような話し合いを行い、最終的に患者はどのような希望を表現したか。患者に意思決定能力がない場合には鎮静を希望することが推測された理由 ② 家族に伝えられた情報と意思表示

出典：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解説」

在宅での「間欠的鎮静」薬物療法

副読本参照

【治療目的】一定期間（通常数時間から一晚）患者が意識の低下により苦痛を体験せずに就眠できること

【指標】一定期間の就眠を指標に、間欠的に鎮静薬を投与する。一時的でも苦痛を感じない時間を確保することが患者の利益になる。

【対象】せん妄や呼吸困難、痛み（間欠的に苦痛が強い場合）。

出典：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明確化」



在宅での「間欠的鎮静」薬物療法

副読本参照

【治療目的】一定期間（通常数時間から一晚）患者が意識の低下により苦痛を体験せずに就眠できること

【指標】一定期間の就眠を指標に、間欠的に鎮静薬を投与する。一時的でも苦痛を感じない時間を確保することが患者の利益になる。

【対象】せん妄や呼吸困難、痛み（間欠的に苦痛が強い場合）。

出典：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明確化」



在宅での「調節型鎮静」薬物療法

副読本参照

・持続的鎮静のための薬剤は少量で緩徐に開始し目的が得られるまで投与量を漸増する。

・第一選択薬はミダゾラム（ドルミカム）

【治療目的】耐えられる程度になるまでの苦痛の緩和（結果として意識が低下する場合もしない場合もある）。

【指標】苦痛の程度は「STAS $\leq$ 2」を指標として、持続的に少量から開始する。できるだけコミュニケーションがとれる状態を確保し、苦痛を最大限緩和することが患者の利益になる。

出典：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明確化」



在宅での「調節型鎮静」薬物療法（続）

副読本参照

【対象】せん妄や呼吸困難、痛み（持続的に苦痛が強い場合）等

【導入】

- ・ミダゾラム（ドルミカム）を0.5～1mg/時で持続皮下・静注を開始する。
- ・15～30分で苦痛緩和を評価する。
- ・不十分の場合は持続投与量を30～50%程度増量する。

【維持】数時間毎に評価する。不十分の場合持続投与量を30～50%程度増量する。深くなりすぎた場合には減量、中止を行う。

出典：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明確化」



【在宅での「間欠的鎮静」薬物療法】

- ・在宅での具体的な薬物療法について説明する。
- ・間欠的鎮静では、
- ・治療目的として、一定期間（通常数時間から一晚）患者が意識の低下により苦痛を体験せずに就眠できることを目指す。
- ・このため一定期間の就眠を指標に、間欠的に鎮静薬を投与する。一時的でも苦痛を感じない時間を確保することが患者の利益となる。
- ・対象となる治療抵抗性の耐え難い苦痛は、せん妄や呼吸困難、痛み（間欠的に苦痛が強い場合）である。
- ・具体的な薬剤の種類と投与方法、投与量。
- ・プロマゼパム（セニラン[®]）坐薬、ジアゼパム（ダイアアップ[®]）坐薬、フェノバルビタール（ワコビタール[®]）坐薬、ミダゾラム（ドルミカム[®]）注射薬などを使う。

【在宅での「調節型鎮静」薬物療法】

- ・調節型鎮静のための薬剤は少量で緩徐に開始し目的が得られるまで投与量を漸増する。第一選択薬はミダゾラム（ドルミカム[®]）。
- ・治療目的は、耐えられる程度になるまでの苦痛の緩和（結果として意識が低下する場合もしない場合もある）。
- ・苦痛の程度は「STAS $\leq$ 2」を指標として、持続的に少量から開始します。できるだけコミュニケーションがとれる状態を確保し、苦痛を最大限緩和することが患者の利益になる。

- ・対象となる治療抵抗性の耐え難い苦痛は、せん妄や呼吸困難、痛み（持続的に苦痛が強い場合）。
- ・ミダゾラム（ドルミカム[®]）を0.5～1mg/時で持続皮下or静脈内投与を開始。15～30分で苦痛緩和を評価する。不十分の場合は持続投与量を30～50%程度増量する。
- ・数時間毎に効果を評価し、不十分の場合持続投与量を30～50%程度増量。深くなりすぎた場合には減量、中止する。

在宅での「持続的深い鎮静」薬物療法

持続的鎮静のための薬剤は少量で緩徐に開始し、目的が得られるまで投与量を漸増する。

第一選択薬はミダゾラム（ドルミカム）。

副読本参照

【治療目的】「持続的深い鎮静」でなければ苦痛が十分に緩和されないという見込みを前提としている。

【指標】意識水準は「RASS＝－4：深い鎮静」を指標として持続的に鎮静薬を投与する。コミュニケーションが取れなくなっても、苦痛を確実に取り除くことが患者の利益になる。

【対象】致死性の消化管穿孔・肝出血などによる鎮痛剤が無効な非常に強い痛み、窒息・気道出血などによる非常に強い呼吸困難、すでに間欠的鎮静や調節型鎮静が試みられたが十分に緩和しないまたは緩和しないことが予想される非常に強いせん妄、呼吸困難。

出典：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声明書」

【在宅での「持続的深い鎮静」薬物療法】

- ・持続的鎮静のための薬剤は少量で緩徐に開始し目的が得られるまで投与量を漸増する。
- ・第一選択薬はミダゾラム（ドルミカム®）。
- ・「持続的深い鎮静」でなければ苦痛が十分に緩和されないという見込みを前提として行う。
- ・意識水準は「RASS＝－4：深い鎮静」を指標として持続的に鎮静薬を投与する。コミュニケーションが取れなくなっても、苦痛を確実に取り除くことが患者の利益になる。
- ・実際に対象となる病態は、致死性の消化管穿孔・肝出血などによる鎮痛剤が無効な非常に強い痛み、窒息・気道出血などによる非常に強い呼吸困難、すでに間欠的鎮静や調節型鎮静が試みられたが十分に緩和しないまたは緩和しないことが予想される非常に強いせん妄・呼吸困難など。
- ・具体的な投与方法を示す。

- ・ミダゾラム（ドルミカム®）を3～5mg/時で持続皮下・静脈内投与を開始。15～30分で苦痛緩和を評価、不十分の場合は持続投与量を30～50%程度増量する。患者の状況によっては5mg/時まで増量する。目的の鎮静レベルに達したら持続投与量を1/2～1/3に減量して維持する。
- ・効果を数時間毎に評価し、不十分の場合持続投与量を30～50%程度増量する。深くなりすぎた場合には減量、中止する。
- ・鎮静薬を調整する過程で十分な苦痛緩和が得られた場合には、目的を調節型鎮静に変更することを検討する。

【ミダゾラム以外の薬剤を持続的鎮静に用いる場合】

- ・持続的鎮静に用いるミダゾラム以外の薬剤の種類、方法を一覧にした。
- ・薬剤として、フェノバルビタール（フェノバル®）の持続皮下注や坐薬、ジアゼパム（ダイアップ®）坐薬、プロマゼパム（セニラン®）坐薬などがある。

在宅での「持続的深い鎮静」薬物療法（続）

副読本参照

【導入】

- ・ミダゾラム（ドルミカム）を3～5mg/時で持続皮下・静注を開始する。
- ・15～30分で苦痛緩和を評価、不十分の場合は持続投与量を30～50%程度増量する。
- ・患者の状況によっては5mg/時まで増量する。
- ・目的の鎮静レベルに達したら持続投与量を1/2～1/3に減量して維持する。

【維持】数時間毎に評価する。不十分の場合持続投与量を30～50%程度増量する。

- ・深くなりすぎた場合には減量、中止を行う。鎮静薬を調整する過程で十分な苦痛緩和が得られた場合には、目的を調節型鎮静に変更することを検討する。

出典：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声明書」

ミダゾラム以外の薬剤を持続的鎮静に用いる場合

副読本再掲

薬剤名	投与経路	製剤規格	使用例
注射薬 フェノバルビタール （フェノバル）	皮下	100mg/1ml	25mg/時間で投与する。開始時に50～100mgの皮下注射を行ってもよい（持続量は通常15～50mg/時間）
坐薬 フェノバルビタール （ワコビタール）	経直腸	15mg, 30mg, 50mg, 100mg	50～200mg/回を患者の状態をみながら定期的に1日2～3回投与する
坐薬 ジアゼパム （ダイアップ）	経直腸	4mg, 6mg, 10mg	4～6mg/回を患者の状態をみながら定期的に1日2～3回投与する
坐薬 プロマゼパム （セニラン）	経直腸	3mg	1.5～3mg/回を患者の状態をみながら定期的に1日2～3回投与する

出典：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声明書」

鎮静の時に使用される評価尺度（苦痛の程度を評価） Support Team Assessment Schedule (STAS) 日本語版 症状版

症状が患者に及ぼす影響		副読本参照
0	なし	
1	時折、断続的。患者は今以上の治療を必要としない。 （現在の治療に満足している、介入不要）	
2	中等度。時に悪い日もあり、日常生活動作に支障を来すことがある。 （薬の調節や何らかの処置が必要だが、ひどい症状ではない）	
3	しばしばひどい症状があり、日常生活動作や集中力に著しく支障を来す。（重度、しばしば）	
4	ひどい症状が持続的にある。（重度、持続的）	

出典：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解説」

鎮静の時に使用される評価尺度（意識の水準を評価） Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) 日本語版

スコア	用語	説明	副読本参照
+4	好戦的	明らかに好戦的、暴力的で、スタッフが危険に迫っている	
+3	非常に興奮している	チューブやカテーテルを引っ張ったり抜く：攻撃的	
+2	興奮している	鎮静に目的のない動きがある	
+1	落ち着きがない	不安そうだが、動きは攻撃的でも活発でもない 完全に意識清明ではない患者で、鎮静に動き、攻撃的でない	
0	意識清明で落ち着いている		
-1	傾眠	完全に意識清明ではないが、呼びかけに覚醒状態 （開眼・アイコンタクト）が続く（≧10秒）	
-2	浅い鎮静	呼びかけに短時間覚醒し、アイコンタクトがある（＜10秒）	
-3	中等度鎮静	呼びかけに動きか開眼で反応するが、アイコンタクトはない	
-4	深い鎮静	呼びかけに反応はないが、身体刺激に動きか開眼がある	
-5	覚醒不可能	呼びかけにも身体刺激にも反応がない	

出典：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解説」

実質的違法論からみた鎮静の違法性阻却の根拠の検討

仮に、鎮静が自殺幇助罪（承諾殺人罪）と殺人罪の構成要件に該当したと考えると、以下の理由が備えられている限り、違法性が阻却される（法的には正当業務行為に該当する。）と考えられる。

- ① 目的：鎮静を行う目的は苦痛緩和である。生命の短縮は目的とされない。
- ② 対象となる患者：持続的深い鎮静の対象となるのは死期が迫っている患者、生命予後が時間から日の単位と考えられる患者を前提としている。
- ③ 侵害される益の程度を最小とすること：鎮静は苦痛が緩和されるだけの最小限の鎮静薬を評価しながら使用して実施する。
- ④ 必要性・緊急性：鎮静の対象となる苦痛は、治療抵抗性の苦痛（主にせん妄と呼吸困難）である。
- ⑤ 患者への説明と患者の意思
- ⑥ チームによる判断

出典：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」

【鎮静の時に使用される評価尺度】

- ・鎮静の時に使用される評価尺度としては苦痛の程度を評価するものとしてSupport Team Assessment Schedule (STAS) 日本語版・症状版がある。

- ・意識の水準を評価するものとして、Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) 日本語版がある。

【実質的違法論からみた鎮静の違法性阻却の根拠の検討】

- ・仮に、鎮静が自殺幇助罪（承諾殺人罪）と殺人罪の構成要件に該当したと考えると、以下の理由が備えられている限り、違法性が阻却される（法的には正当業務行為に該当する。）と考えられている。

- ① 目的：患者の苦痛緩和を目的としている。生命の短縮は目的とされない。
- ② 対象となる患者：持続的深い鎮静の対象となるのは死期が迫っている患者、生命予後が時間から日の単位と考えられる患者を前提としている。
- ③ 侵害される益の程度を最小とすること：鎮静は苦痛が緩和されるだけの最小限の鎮静薬を評価しながら使用して実施する。
- ④ 必要性・緊急性：鎮静の対象となる苦痛は、治療抵抗性の苦痛（主にせん妄と呼吸困難）である。
- ⑤ 患者への説明と患者の意思：患者の意思決定能力がある場合には、必要な情報が提供されたうえで、苦痛緩和に必要な鎮静を希望する意思表示があること、あるいは、患者の意思決定能力がない場合には、患者の価値観や以前の意思表示に照らして、患者が苦痛緩和に必要な鎮静を希望することが推定できること。
- ⑥ チームによる判断：多職種によるカンファレンスでのチームの合意や専門家へのコンサルテーションが勧められる。

検討された結論

「終末期患者の治療抵抗性の苦痛に対して継続した評価を行いながら鎮静薬を投与することは、苦痛緩和を目的として、医学的に相当な手段で患者の意思を反映して実施された場合、仮に生命予後の短縮を引き起こすことが想定されたとしても、刑法上、自殺幇助罪や殺人罪として違法であると評価されることはないと考えられる」

しかも、そもそも、鎮静が医学的に生命予後の短縮を伴わなければ違法性を議論する必要はない。問題が生じるとすれば、精神的苦痛に対する持続的で深い鎮静などで、**死期がまだ迫っていないと考えられる場合**である

出典：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解説」

【検討された結論】

- ・「終末期患者の治療抵抗性の苦痛に対して継続した評価を行いながら鎮静薬を投与することは、苦痛緩和を目的として、医学的に相当な手段で患者の意思を反映して実施された場合、仮に生命予後の短縮を引き起こすことが想定されたとしても、刑法上、自殺幇助罪や殺人罪として違法であると評価されることはないと考えられる。」
- ・しかも、そもそも、鎮静が医学的に生命予後の短縮を伴わなければ違法性を議論する必要はない。問題が生じるとすれば、精神的苦痛に対する持続的で深い鎮静などで、死期がまだ迫っていないと考えられる場合である。

持続的深い鎮静を始める際のチェックポイント

副読本参照

- ☐ 疼痛緩和が適切に行われていないために患者が苦痛から鎮静を希望していないか？
 1. 麻薬の持続皮下注射や硬膜外ブロック等を試みたか？
 2. 自分の能力に限界があるときに専門医に相談したか？
- ☐ 本人の希望か？

患者ではなく家族の要請に従って鎮静をしようとしていないか？
- ☐ 関係するスタッフとの話し合いを行ったか？
- ☐ 患者の苦痛を引き起こしている心理的、スピリチュアルな、社会的側面の評価が不十分ではないか？
- ☐ 患者・家族へのケア（説明を含めて）が不十分ではないか？
- ☐ 効果を得られる必要最小量を決めるための段階的増量をせずに急いで増量していないか？
- ☐ 表面上は症状を緩和するためとしながら暗に死を早めることを意図して持続的深い鎮静を行っていないか？（これは安楽死であり適切ではない）

【持続的深い鎮静を始める際のチェックポイント】

- ・最後に、在宅医療の現場で持続的深い鎮静を始める時には、スライドのチェック項目を再度確かめていただきたい。