

人生の最終段階における適切な 意思決定支援に関する指針

独立行政法人国立病院機構東佐賀病院

令和 2 年 6 月

「地域包括ケア病棟における
意思決定支援に関する指針」作成

令和 7 年 4 月

「人生の最終段階における適切な
意思決定支援に関する指針」に改正

目次

I はじめに

II 基本的な考え方

III 人生の最終段階の定義

IV 人生の最終段階のける医療・ケアの在り方および方針の決定手続き

V 小児科領域における意志決定困難な方の意思決定・方針決定の進め方

VI 支援体制

VII 支援の記録

I はじめに

人生の最終段階における治療の実施・不実施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は重要な課題であった。誰もが迎える人生の最終段階ではあるものの、その態様や患者を取り巻く環境にはさまざまなものがあることから医療の内容について一律の定めを示すのは困難とも考えられてきた。しかしながら、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しガイドラインとして提示されることが、人生の最終段階におけるよりよき医療の実現に資するとして、厚生労働省において 2007 年に初めてガイドラインが策定された。

ガイドラインは、2018 年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改定された。そこでは、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も目的とされ、次の 1) から 3) の概念が強調された。

- 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。
- 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代弁しう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。
- 3) 病院だけでなく介護施設・在宅の現場も想定すること。

これらの流れを踏まえ当院においても、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医療従事者が活用するものとして、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」に基づき、「人生の最終段階における適切な意思決定支援に関する指針（東佐賀病院版）」を作成した。

II 基本的な考え方

- 1) 定義 この指針は、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指針である。
- 2) チーム そのためには担当の医師ばかりでなく、多職種から構成される医療・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ある。
- 3) 本人の意思① 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・精神的な苦痛等を緩和するためのケアが行われなければならない。緩和が十分に行われた上で、医療・ケア行為の実施・不実施、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る。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）が大切であり、担当医師の説明を十分に理解して納得してもらうことが重要である。
- 4) 本人の意思② 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、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ある。本人・家族と医療・ケアチーム間の意思の疎通がスムーズに行われるような関係性を常日頃から築いておくことが望ましく、また、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を、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ある。

- 5) 本人の意思③ 意思決定能力の評価にあたっては、年齢、病名、外見、社会背景、認知機能の低下や精神疾患の既往だけで意思決定能力の欠如を判定しないことが重要である。
- 6) 家族の役割 本人の意思が明確でない場合には、家族等の役割がいつそう重要になる。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代弁でき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、本人が何を望むのか、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る。
- 7) 合意形成① 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・ケアだと考えられる。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ある。
- 8) 合意形成② 本人、家族等、医療・ケアチームの間で、話し合いを繰り返した場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ある。
- 9) 記録 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ある。

Ⅲ 人生の最終段階の定義

(1) 人生の最終段階とは

- ①本人の状態を踏まえて医師をはじめとする医療・ケアチームが、「その時点で行われている治療に加えて、更に行うべき治療法がなく病気の回復が期待できない」と判断される状態。
- ②本人が意識や判断を失った場合を除き、本人・家族・医師・看護師等の医療・ケア関係者が「人生の最終段階」であると納得できる状態。
- ③不可逆的な全脳機能不全状態。
- ④新たに開始された人工的な装置に生命が依存し、生命維持に必要な臓器の機能不全が不可逆であり、移植などの代替手段もない場合。

(2) 対応指針の対象者

今後悪化が見込まれる、もしくは、回復する見込みがない、意志決定能力が低下する可能性が高い慢性疾患・悪性疾患患者

(3) Advance Care Planning (ACP) とは

将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、本人を主体に、その家族等及び医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、本人の意志決定を支援するプロセス。

(4) Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) とは

患者本人または患者の利益にかかわる代理者の意思決定をうけて、心肺停止状態となった際、心肺蘇生法をおこなわないこと。

(5) その他

- ①本人・家族・医師・看護師等の医療・ケア関係者が本人の死を予測して対応を考えること。

- ②悪性疾患や回復不可能な疾患の末期であることが、積極的な治療の開始後に判明した場合の終末期の判断は、主治医と主治医以外の複数の医師により客観的に判断すること。

IV 人生の最終段階における医療・ケアの在り方および方針の決定手続

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、本指針では対象としない。

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、代理人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、第三者委員会（佐賀県障害福祉課、佐賀県社会福祉士会相談役、特別支援学校校長など）からなる話し合いの場の設置

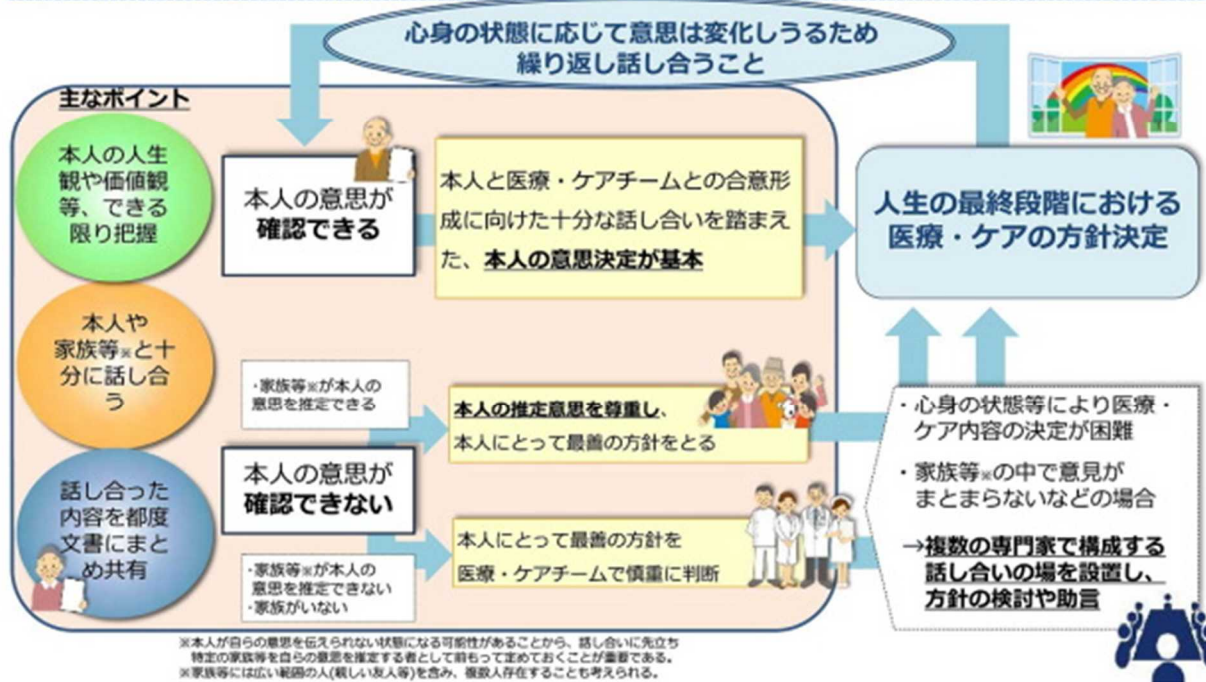
上記（1）及び（2）の場合において、方針の決定に際し、

- ・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

「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」 意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



V. 小児領域における意思決定困難な方の意思決定・方針決定の進め方

本人(本児)、家族と話し合う前に、担当医は今後の予測される経過や予後について医学的見地から医学的、客観的な判断を行う。その情報をもとに、複数の医師、看護師、ソーシャルワーカー、保育士(療育指導員)などで、医療やケアに関する情報を共有する。

在宅医療や訪問看護を受けている場合は、訪問診療医、訪問看護師、相談支援員、施設職員等、本人(本児)に関わる院外のスタッフも話し合いに参加して、協働してACPを行うことが望ましい。

また、事前の医療者間での打ち合わせ内容、話し合いの経過は、その都度、文書にまとめておく。

(1) 本人(本児)の意思決定が確認でき、かつ十分な意思決定能力を有すると考えられる場合

本人(本児)と医療従事者による協働意思決定がACPの基本となる。法的な保護者(被虐待児である場合を除く)がいる場合は、本人(本児)の説明を行う適切なタイミングや表現、説明方法などについて、事前に協議し、その意見を参考にする。

本人(本児)へは、医療従事者から本人(本児)の状態や理解度に応じた適切な方法で情報を提供し説明する。本人(本児)の意思を最大限に尊重し、家族および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。ACP の場に家族が同席したほうがよいかどうかは患者本人の希望を踏まえ、医療・ケアチームとして総合的に判断する。話し合った内容はその都度、文書にまとめておく。

(2) 本人の意思が確認できるが、意思決定能力が不十分と考えられる場合

年齢が高くなっても、本人に十分な判断能力が認められない場合や中学生未満、意思決定能力が不十分と考えられる場合には、代理意思決定者(法的な保護者を指す。(2) 本人(本児)の意思が確認できるが、意思決定能力が不十分と考えられる場合

年齢が高くなっても、本人(本児)に十分な判断能力が認められない場合や中学生未満、意思決定能力が不十分と考えられる場合には、代理意思決定者(法的な保護者を指す。被虐待児の場合を除く。)と医療従事者が中心となり協働意思決定を行っていく。この時も、本人(本児)が意思表示を行いやすい雰囲気、環境で本人(本児)の発達段階や理解度に応じたわかりやすい方法で説明を行い、保護者(家族)の許諾と本人(本児)の同意を軸とした、最善の意思決定となるように努める。

なお、本人(本児)への説明前に、事前の医療者間での打ち合わせ内容、話し合い経過に基づき、それらを、いつ、どんな表現で、どこまで本人(本児)に説明するかどうか、代理意思決定者と十分に協議し、代理意思決定者と協働で、本人(本児)への説明および意思決定を行う。話し合った内容はその都度、文書にまとめておく。

(3) 本人の意思が全く確認できない場合

代理意思決定者の役割が重要となり、十分かつ正確な情報を伝える必要がある。(3) 本人(本児)の意思が全く確認できない場合

代理意思決定者の役割が重要となり、十分かつ正確な情報を伝える必要がある。代理意思決定者が保護者の場合は、原則、同席がよい。患者にとっての「最善の利益」と、患者自身が受ける「不利益・苦痛」の全てを、対等な立場で伝え、十分な話し合いを経て合意に至る。

代理意思決定者が本人の意思を推定できる場合；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。代理意思決定者が本人(本児)の意思を推定できる場合；その推定意思を尊重し、本人(本児)にとっての最善の方針をとることを基本とする。

代理意思決定者が本人の意思を推定できない場合；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代理意思決定者と十分に話し合い、本人にとって最善の方針をとることを基本とする。代理意思決定者が本人(本児)の意思を推定できない場合；本人(本児)にとって何が最善であるかについて、本人(本児)に代わる者として代理意思決定者と十分に話し合い、本人(本児)にとって最善の方針をとることを基本とする。

時間の経過、心身の状態変化、医学的評価の変更などに応じて、この過程を繰り返す。

代理意思決定者が判断を医療・ケアチームに委ねる場合；本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。代理意思決定者が判断を医療・ケアチームに委ねる場合；本人(本児)にとっての最善の方針をとることを基本とする。話し合った内容、打ち合わせ経過などはその都度、文書にまとめておく。

(4) 家族、代理人等が全く不在の場合

担当医は今後の予測される経過や予後について医学 的見地から医学的、客観的な判断を行う。その情報をもとに、複数の医師、看護師、ソーシャルワーカー、保育士(療育指導員)など、医療やケアに関する情報を共有。外部の第三者委員（弁護士を含む）を含む倫理委員会を開催。本人（本児）にとっての最善の方針をとることを基本とする。話し合った内容、打ち合わせ経過などはその都度、文書にまとめておく。

最終の方針を院長と担当医で決定する。

VI 支援体制

(1) 医療・ケアチーム（担当医・担当看護師を中心としたプライマリケアチーム）

本人の意思を丁寧にくみ取り、関係者と共有する取組をおこなう。本人の意思は、時間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。本人の意思の尊重につなげるため、本人・家族等と繰り返し話し合いを行いながら、適切な医療・ケアの検討をする。

(2) 患者の最善の利益を考えた多専門職種アプローチ

人生の最終段階にある患者・家族が、医療を受けながらその人らしく生活を営んでいくためには、医師、看護師の他にも、リハビリテーションスタッフや薬剤師、医療ソーシャルワーカーなどの多職種チームが連携して行うトータルケアが必要とされる。多専門職種で構成されたチームが同じ土俵に立ち、常に患者・家族が中心にあることを念頭におきながら、どのような介入が患者の最善の利益となるのかを話し合い、協働で意思決定するプロセスを辿っていく。話し合いのプロセスには患者・家族が参加することが重要である。

多専門職種チームアプローチにおけるケアモデルのメンバー

メンバー	役割
医師	治療方針の提案、身体的苦痛などの症状緩和に取り組む
看護師	患者・家族の直接的なケアを行うとともに、患者・家族に関わるメンバーの共通理解を図る
薬剤師	薬剤の説明、服用方法、管理方法についての指導
リハビリテーションスタッフ	障害の悪化の予防や身体機能の維持・向上を図る。環境調整などの提案、指導を行う。
医療ソーシャルワーカー	治療および療養全般における幅広い相談を行う。 他機関との連携、必要に応じた社会資源の紹介やサポートを行う
患者・家族	最終的な意思決定を行う

その他、必要に応じて様々な職種が専門性を活かして参加する。

(3) チームによる早期からの意思決定の継続的支援

患者自らが意思決定できる早期の段階で、今後、患者の生活がどのように変わっていくかを見通しを、

患者・家族と話し合い、今後起こり得ることについてあらかじめ決めておくなど、先を見通した意思決定の支援が繰り返し行われることが重要である。

意思決定支援にあたっては、患者の意思を踏まえて、身近な信頼できる家族・親族、福祉、医療、介護、地域近隣の関係者などがチームとなって日常的に関わり、患者の意思や状況を継続的に把握し必要な支援を行う体制が必要である。特に患者本人の意思決定能力に疑義があり、本人の意思決定に困難がある場合は、チームで情報共有を図り、再度本人の意思決定支援の方法について話し合う。

意思決定支援においては、特に日常生活で患者に接するなど患者をよく知る人から情報を収集し、患者を理解し、支援していくことが重要である。

意思決定支援に関して、患者の意思を繰り返し確認することも必要である。患者の意思を理解したと判断しても、その過程や判断が適切であったかどうかを確認し、支援の質の向上を図ることが必要である。患者のその後の生活に影響を与えるような意思決定を行った場合には、その都度、記録を残しておくことが必要である。

(4) 地域社会での生活（在宅療養）におけるチームアプローチ

どのように生きるか、どのように過ごすかについて話し合う際に、その時間をどこで過ごすか（在宅、病院、施設など）、患者・家族の思いを確認し、決定することが重要になる。患者・家族が在宅療養を決定した場合、在宅ケアシステムを構築し、生活環境を整えることが必要となる。病院だけでなく、在宅ケアに関わるすべての専門職がチームとなり、連携を図り、在宅生活に向けた支援を行っていく。

主な在宅サービス

サービス種類	役割
訪問診療	計画的な医療サービス（診療、治療、処方、療養相談・指導など）
訪問看護	医療的支援、療養生活支援
ホームヘルパー	生活支援、介護支援
ケアマネジャー	介護サービス全体のマネジメント、ケアプラン作成、患者・家族の精神的支援
訪問リハビリテーション	身体機能の維持・向上、生活環境に関する助言・指導
福祉用具業者	生活環境の調整、助言、物品の手配
短期入所施設、通所サービス	健康状態の確認や、運動機会の確保、入浴介助など。他者との交流などの社会的な活動の確保。また、家族のレスパイトケアの側面も持つ

在宅生活移行のタイミングについては、病状や家族の状況に応じて異なってくる。以降後、家での看取りを希望するか、家と病院を行き来するか、病状が悪化し苦痛が強くなった時に入院を希望するか、患者・家族の意向に添う。

関わる専門職や機関が多くなると、共通の認識が得られず、意見が異なることで混乱を招く恐れもある。患者・家族の希望に添った生活ができるように、患者・家族と関係者間で連携を密にし、情報共有や支援の方向性、生活の場の選択等について話し合い、共通認識を深めていくことが必要である。

Ⅶ 支援の記録

(1) 診療録

主治医が患者・家族等に意思決定支援に関する説明をおこない、その内容について診療録に記録する。また、説明に同席した看護師等も同様に、診療録にその内容を記載する。

(2) 包括ケア病棟に入院する患者で、本指針「Ⅲ. 人生の最終段階の定義 (1) および (2)」に該当する患者に対して支援をおこなう場合は、診療録に記録するとともに様式1を用いることとする。また、原本は患者控とし写を病院保管とする。

<引用・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

厚生労働省 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

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 平成 30 年 3 月

○人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドラインリーフレット

厚生労働省 平成 27 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」における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成 30 年版）

○一般社団法人日本救急医学会 医学用語解説集