

意思決定支援に関する指針

令和7年1月(第2版)

独立行政法人国立病院機構盛岡医療センター

I はじめに

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いる。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、平成 19 年にガイドラインが策定され、平成 30 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、地域包括ケアシステムの構築、アドバンス・ケア・プランニング（Advanced care planning: ACP）の概念を盛り込み、医療・介護の現場における普及を図る目的で改訂されている。

このような社会的な流れを受け、新たに ACP の概念をもとに終末期ケアの原則的なあり方を整理し、当院における「意思決定支援に関する指針」として策定した。

II 基本方針

人生の最終段階を迎える患者とその家族が、医療・ケアチームとの話し合いのもと、患者の意思と権利が尊重され、心安らかな終末期医療を迎えられるよう努める。本対応指針は、厚生労働省の「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（厚生労働省、2018）³⁾」を規範とし策定した。

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上で人生の最終段階における医療・ケアを進める。
2. 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を医療・ケアチームで行い、本人との話し合いを繰り返し行う。
3. 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、本人との話し合いを繰り返し行う。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進する者（代理意思決定者）として前もって定めておく。
4. 人生の最終段階における医療・ケアについて、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。
5. 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。
6. 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は行わない。
7. 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。

III 人生の最終段階に関わる用語の定義

・人生の最終段階の定義

- (1) 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
- (2) 慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合

- (3) 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
なお、どのような状態が人生の最終段階かは患者の状態を踏まえて、多職種にて構成される医療・ケアチームにて判断するものとする。

(引用： 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 2018 年)

・ 終末期の定義

終末期とは、以下の 3 つの条件を満たす場合をいう。

- (1) 複数の医師が客観的な情報をもとに、治療により病気の快復が期待できないと判断すること
- (2) 患者や意識や判断力を失った場合を除き、患者・家族・医師・看護師等の関係者が納得すること
- (3) 患者・家族・医師・看護師等の関係者が死を予測し対応を考えること

(引用： 全日本病院協会： 2016 年)

・ DNAR (Do Not Attempt Resuscitation)

終末期医療において心肺停止状態になった時に、二次心肺蘇生措置を行わないこと。その他の通常の医療・看護・ケアには影響を与えない。

・ 心肺蘇生術

心肺停止時に行う蘇生行為（心臓マッサージ・気管挿管・人工呼吸器・電気的除細動）のこと。

心肺停止時とは、心臓または肺機能のいずれか、もしくは両方が停止している状態。

・ ACP (Advance Care Planning)

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、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援する取り組みのこと

(厚生労働省)

患者自身が自分の価値観を認識し、今後の人生についてどう生きたいかを、患者が主体となって、その家族や近しい人、医療・福祉・ケアの担い手と共に考えるプロセスのこと

(引用：看護職のための ACP 支援マニュアル 2020 年)

IV 当院の意思決定支援の体制

人生の最終段階における過程では、個々の死生観により死の受け入れ方が異なることを踏まえ、患者自身又は看取る家族、代理意思決定者の思いも錯綜し、変化していくものであることを前提に、支援体制を整える。

1. 支援体制

- 1) 医療・ケアチーム（主治医、看護師、MSW 他）
 - ・医療・ケアチームが終末期の状態であるのか、本人が意思を示せる状態なのか判断し、人生の最終段階における医療について話し合いを行う。必要に応じて主治医が他職種の参加を促す。
 - 2) 倫理委員会（診療部長、院長指名医師、看護部長、事務部長）
 - ・医療・ケアチームから相談を受け、人生の最終段階の医療の内容等について、倫理的課題の整理と助言を行う。
2. 医療・ケアチームの意思決定支援の流れ
- 1) 本人、家族、医療者から病棟師長への申し出

本人・家族等の希望や医療・ケアチームが意思決定の支援が必要と考えた患者について、主治医・病棟師長が把握する。
 - 2) 医療・ケアチームによる方針相談

主治医もしくは病棟師長は、医療・ケアチームで方針の話し合いの場を設定する。同時に主治医の病状説明に病棟師長もしくは担当看護師が同席し、病状や今後の見通しを共有する。
 - 3) 本人、家族の同意のもと意志決定支援開始

病棟師長もしくは担当看護師は、本人・家族等の病状の理解の促進や病状認識を確認しながら、本人・家族の意思決定支援を行う。具体的な支援の進め方については下表参照。
 - 4) 繰り返し相談、診療録に相談内容を記載し共有

一度の相談で合意形成は困難であり、信頼関係を構築しつつ、時間をかけた丁寧な関りが必要である。
 - 5) 地域へ本人の思いをつなぐ

療養場所が変更される場合、本人の思いをつなぐ目的で地域との連携を図る。

<意思決定支援の進め方（人生の最終段階を自分のこととして考えられる時期）>

段階	言葉かけの例
①「もしもの時」について話し心構えができているかを確認する	もしこの薬が効かなくなったらどうしようと考えたことがありますか。
②病状の認識を確かめる	病状についてどのように説明を受けていらっしゃいますか
③話し合いを導入する	もしもの時のことについて、これから相談していきたいと思うのですがよろしいでしょうか
④代理決定者を選定する	万が一体調が悪くなった場合、ご自分の意向を医療従事者に伝えることができなくなることがあります。そのような場合に〇〇さんが大切にしていることが良く分かっていて、〇〇さんになりかわって治療などの判断ができる方はどなたになりますか。

⑤療養や生活での不安・疑問を尋ねる	病気や治療のことで分からないことや不安なことはありますか。そのことについて先生に相談したことはありますか。
⑥療養や生活で大切にしたいことを尋ねる	生活や療養の上で一番大切にしていることはどんなことですか。そのことについて代理意思決定者にお話したことはありますか。
⑦治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する	自分の考えを伝えることができないうらい病状が悪化し、改善の見込みがない場合、どのような治療を望みますか。
⑧代理決定者の裁量の余地について尋ねる	〇〇さんは、たとえ〇〇さんがいま希望している治療方針と違う結果になろうとも、代理決定者である××さんが医師と相談したうえで、あなたにとって最善と考えられる治療を選択してもよいとお考えですか。

V 人生の最終段階における医療の方針決定について

1. 人生の最終段階であることの説明

医療・ケアチームが人生の最終段階であると判断した場合、患者・家族等に説明し、患者が終末期の状態にあることについて理解と納得を得る。その際、患者は意思を明確に示せる状態（成人の方で判断能力があり意思表示が可能）であるかどうか、チームで判断する。

2. 患者等の意思確認及び方針決定の方法

1) 患者の意思が確認できる場合

- ・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を行う。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、医療・ケアチームとして方針の決定を行う。
- ・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を行う。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を繰り返し行う。
- ・このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、記録残す。

2) 患者の意思が確認できない場合

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に判断する。

- ・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。
- ・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。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。
- ・家族等がいない場合およ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。

- ・このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度に記録を残す。

3) 認知症などで自らが意思決定することが困難な場合

障害者や認知症等で自らが意思決定することが困難な場合は、厚生労働省作成の「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」を参考に、できる限り本人の意思を尊重し反映しながら意思決定を支援する。

4) 身寄りがない人の場合

身寄りが無い人における医療・ケアの方針についての決定プロセスは、本人の判断能力の程度や人員、費用などの資力の有無、信頼できる関係者の有無などに状況が異なる。介護・福祉サービスや行政の関わりなどを利用して、本人の意思を尊重し、厚生労働省の「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」を参照し支援する。

5) 倫理委員会による話し合いの場の設置

上記1)～4)の場合において、方針の決定に際し、以下のような場合においては、医療・ケアチームから、倫理委員会による話し合いの場を別途設定し、方針等についての検討、助言等を行う。

- ・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
- ・心身の状態等により医療・ケアチームの中で医療・ケアの内容の決定が困難な場合

VI 支援の記録

1) 診療録

主治医が患者・家族等に終末期の状態であることを説明し、意思確認書を作成した際には、以下のないようについて診療録に記録する。また、説明時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) 治療方針確認書

人生の最終段階と判断された場合、主治医と患者・家族の話し合いのもと、今後の医療行為における患者の希望についての治療方針確認書を可能な限り作成する。

3) 人生の最終段階における医療・ケアの検討申請書

医療・ケアチームの話し合いで解決がされず倫理委員会に相談する場合は、主治医が人生の最終段階における医療・ケアの検討申請書 1.2 を作成し、倫理委員会事務局（企画課（医事担当））へ書類を提出する。

VII 教育

教育内容

- 1) 当院における対応指針の内容の理解
- 2) 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）の理解
- 3) ACPの概念の理解
- 4) その他倫理に関わる内容

VIII おわりに

どのような段階であるにせよ、人間的な配慮と尊厳を重視した対応を行う必要がある。その上で、多職種で患者・家族の意思決定を支え、細やかな配慮をもってそれを受け止め支え続けることが大切である。また、本人の意思決定を尊重した医療及びケアを提供し、尊厳ある生き方を実現するためにも、本人が意思を明らかにできるときから、家族等及び医療・ケアチームと繰り返し話し合いを行い、その意思を共有しておくことが重要である。

<参考文献>

- 1) 全日本病院協会：終末期医療に関するガイドライン、2016
- 2) 日本医師会：終末期医療に関するガイドライン（改定案）、2019
- 3) 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、2018
- 4) 厚生労働省：身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン、2019
- 5) 厚生労働省：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、2019
- 6) 大阪府看護協会：看護職のための ACP 支援マニュアル、2020