

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

はじめに

自分の人生そして人生の終焉を、自ら意思決定しながら、どのように生きるかは一人ひとりの大きな課題である。厚生労働省は、2007年「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定、2015年には「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」へガイドラインの名称を変更した。そして、近年の超高齢多死社会の進行にともなう在宅や施設における療養や看取りの需要増大を背景とした地域包括ケアシステムの構築が進められている現状を鑑み、アドバンス・ケア・プランニング（以下：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ことを目的とし、厚生労働省は、2018年に「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」に名称を変更し内容を改訂、また、ACPの愛称を「人生会議」とし、毎年11月30日を「人生会議の日」に制定、現在ACPの普及に努めている。

そして、近年、本人の意思を尊重した医療の提供や最期の迎え方を考えることの重要性が認識され、本人の意思を尊重するための重要なアプローチとしてACPが注目され、人生の最終段階の医療を中心に展開されている。そこで、当院では、人生の最終段階における患者さんおよびご家族の意思を尊重するとともに、適切な意思決定ができるように、既存の指針を見直し、新たに「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」を策定する。

I 当院における人生の最終段階における医療・ケアの基本方針

人生の最終段階を迎えた患者・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・ケアを作り上げていくため、患者・家族等に対し適切な説明と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本とし、医療・ケアを進めるものとする。

なお、意思決定における対応指針は、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対応指針」を規範とし策定する。

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（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。
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。
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。
4. 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る。判断が難しい場合は、病院の倫理委員会の検討に委ねる。

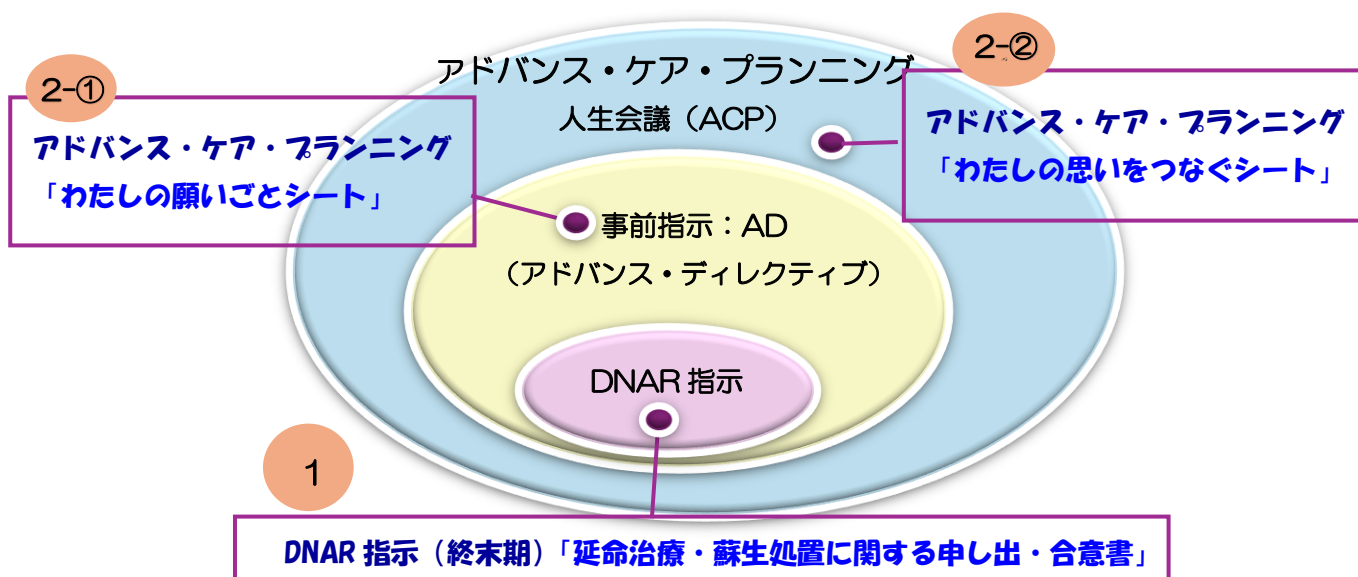
5. 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行う。
また、苦痛緩和が困難な場合は緩和ケアチームの助言を求め苦痛の緩和につとめる。
6. この対応指針のプロセスにおいて、話し合った内容はその都度文書にまとめておく。
7. 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は本規定の対象とはならない。

II 当院における人生の最終段階における医療・ケアの意思決定：考え方

1. DNAR 指示（終末期）「延命治療・蘇生処置に関する申し出・合意書」
2. ①アドバンス・ケア・プランニング（ACP）「わたしの願いごとシート」
②アドバンス・ケア・プランニング（ACP）「わたしの思いをつなぐシート」

【イメージ図】

人生の最終段階における医療・ケア



書類シートの名称	対象	記入のタイミング	備考
1. DNAR 指示（終末期） 「延命治療・蘇生処置に関する申し出・合意書」	入院している患者	医療・ケアチームが終末期と判断したとき IC 時に記入	診療録に保存（必須）
2-① ACP 「わたしの願いごとシート」	すべての患者 （外来・入院）	もしもに備えて いつでも （希望者のみ）	医療者への提示は 患者の希望による 法的効力はない
2-② ACP 「わたしの思いをつなぐシート」	すべての患者 （外来・入院）	もしもに備えて、 いつでも （希望者のみ）	家族間での共有等に 活用する

Ⅲ 人生の最終段階に関わる用語の説明

・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)

※ ただし、日本において統一された「終末期」の定義はない

・DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) の略

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

・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・電氣的除細動)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。

・アドバンス・ケア・プランニング (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：看護師のためのACP支援マニュアル 2020年)

・人生会議

アドバンス・ケア・プランニング (ACP) の愛称

2018年、厚生労働省が広く国民に啓発・普及を目的に選定した ACP の愛称で、同時に 11 月 30 日を「人生会議の日」と制定した

・事前指示：アドバンス・ディレクティブ（AD：Advance Directive）

ある患者や健常な人が、将来自らが判断能力を失った際に、自分に行われる医療行為に対する意向を前もって意思表示することで、その文書を事前指示書という。

事前指示書は、何回でも書き直すことができるが、事前指示書の内容と家族の意見が異なる場合、基本的には事前指示書に記載されている本人の意思が最優先となる。

しかし、日本においては、法的な拘束力はない。

IV 当院における意思決定支援の体制

患者・家族が、医療・ケアチーム（専門職で構成された医師・看護師・医療ソーシャルワーカーなど）や場合によって、緩和ケアチーム・倫理委員会との話し合いのもと、患者の意思と権利が尊重され、自分らしい生活が送れるように支援する。

1. 支援体制

（1）医療・ケアチーム（プライマリーチーム）

医療・ケアチームが終末期状態であるのか、本人が意思表示できる状態なのかを判断し、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したり、緩和ケアチームへのコンサルテーションを検討する。

（2）倫理委員会

医療・ケアチームからの相談を受け、人生の最終段階の医療の内容について、倫理的課題の整理と助言を行う。

2. 医療・ケアの方針の決定手続きについて

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をする。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支援

する。その際に、本人が自らの意思を伝えられない状態になった場合には、家族等も含めて話し合いを繰り返し行う。

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

(2) 本人の意思の確認ができない場合

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。

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り、また、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し支援する

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

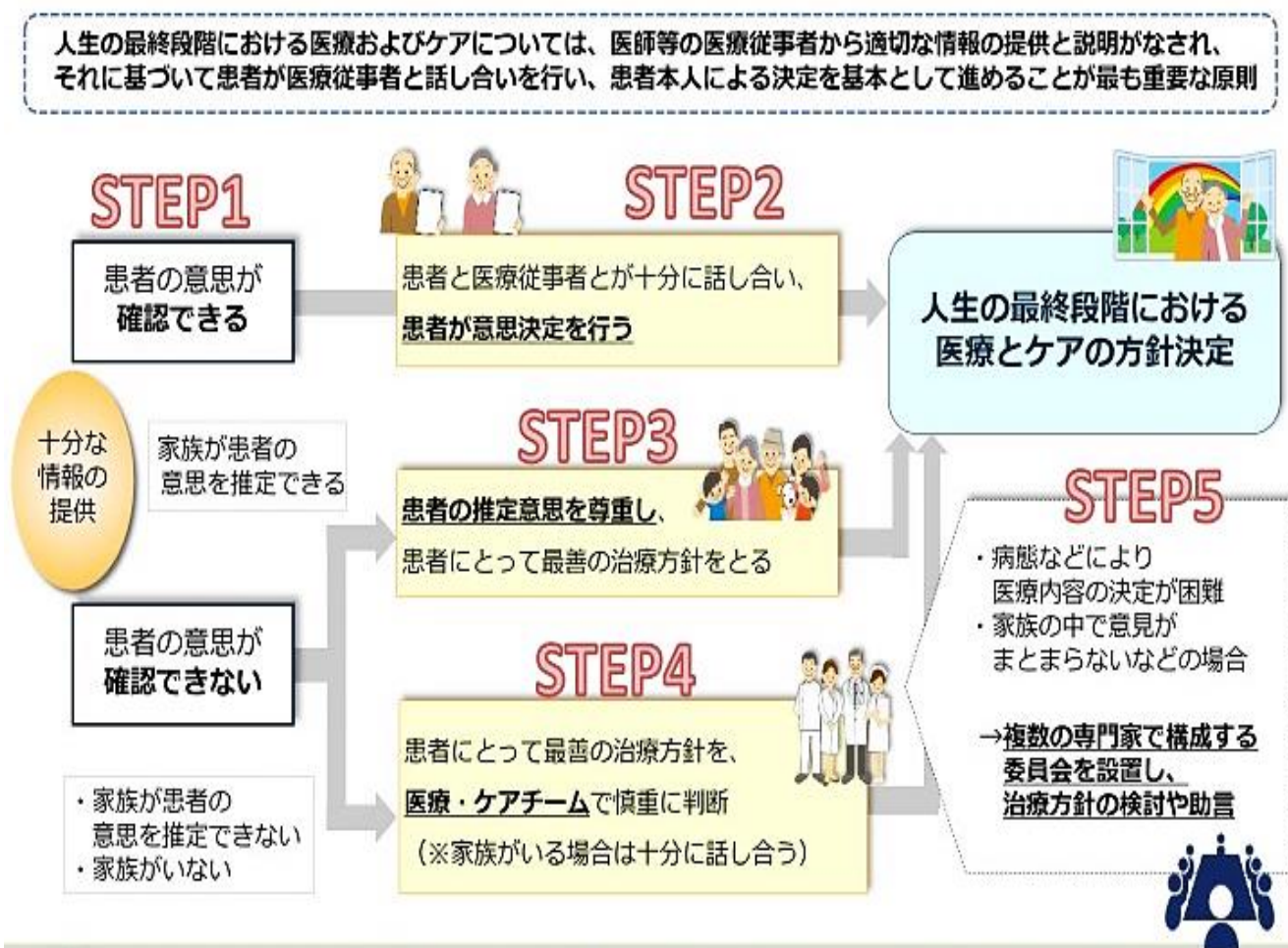
(3) 複数の専門家からなる話し合いの場の設置

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、倫理委員会や緩和ケアチーム・(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)等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する。

【図2：意思決定支援や方針決定の流れ】厚生労働省の資料より



おわりに

人生の最終段階における意思決定支援の対象は、患者さんだけではなく、健康な人も、年代や病状も問わず、すべての人が対象となるため、人としての尊厳を重視して関与することが重要となる。そして、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のかを含め、できる限り把握することが必要である。そのため、策定したマニュアルを活用し、本人が意思を明らかにできる時から、もしもの時に備えて、家族等および医療・ケアチームと繰り返し話し合うプロセスを踏まえて、その意思を共有しておくことが重要である。

<参考文献>

- 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

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

身寄りがない人の入院およ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年

- 終末期医療に関するガイドライン：全日本病院協会 2016

- 終末期医療に関するガイドライン：日本医師会 2019

- 看護師のための ACP 支援マニュアル：大阪府看護協会編 2020年

2020年4月「適切な意思決定支援に関する指針」策定

2024年6月5日「人生の最終段階における適切な意思決定支援の指針」に指針更新