

# 意思決定支援に関する指針

## 1. ACPの基本方針

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を行い、患者本人の意思決定を尊重し、医療・ケアを提供することに努める。

指針策定にあたり、厚生労働省：「人生の採取段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を規範とする。

## 2. 「人生の最終段階」の定義

人生の最終段階とは、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。回復の見込みのない疾患のため「死」が避けられない状態。

## 3. 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・ケアを受ける患者が多職種医療・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、患者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。

また、患者の意思は変化しうるものであることを踏まえ、患者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、患者との話し合いが繰り返し行われるようにする。

さらに、患者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ものも含めて、患者との話し合いが繰り返し行われるように努める。この話し合いに先立ち、患者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ようにすることが望ましい。

- 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る。
- ③ 医療・ケアチームより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、患者・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うように努める。
- ④ 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。

## 4. 人生の最終段階における医療・ケアの決定手続き

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) 患者の意思が確認できる場合

- ① 方針の決定は、患者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。

その上で、患者を医療・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患者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・ケアチームとしての方針の決定を行う。

- 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患者の意思が変化す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、患者が自らの意思をその都度示し、伝える事ができるような支援が行えるよう努める。この際、患者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ようにする。
- 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) 患者の意思確認が出来ない場合

患者の意思確認が出来ない場合には、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を行う。

- ① 家族等が患者の意思を推定できる場合には、その推定意を尊重し、患者にとって最善の方針をとることを基本とする。
- ② 家族等が患者の意思を推定できない場合には患者にとって何が最善であるかについて、患者に変わる者として家族等と十分に話し合い、患者にとっての最善の方針を取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、患者にとって最善の方針を取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・ケアチームとの話し合い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。
- ・患者と医療・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。

(4) 方針決定の内容は、可能な限り看護記録に残しスタッフ間での共有を行う。

#### 1. はじめに

日進月歩の医学・医療によって多くの患者の命が救われるとともに、その医療の在りかたについて多くの申告な問題を生じさせることとなった。回復の見込みがなく、緩慢に、あるいは急激に死へと向かいつつある患者に対する延命措置の在り方もそのうちの一つである。

人生の最終段階においては、本人の意思が一番重要であり、その意思を推定した医療・ケアを提供する中で、尊厳ある生き方を実現していかなければならない。そのため、いたずらに延命を試みるよりも、QOL (quality of life、生活の質) や QOD (quality of death、死に向かう医療・ケアの質) をより重視し、場合によっては延命措置の差し控えや変更及び中止も、本人の医療・ケアとして考慮すべきことである。その際、薬物投与、人工呼吸器装着、栄養補給などの措置が問題となる事もあるが、それらの措置の差し控え・中止は死につながる場合があるだけに、その決定には慎重さが求められる。本人にとってどのような措置が過剰な負担であり、無益であるかの判断は必ずしも容易ではない。そのためその判断に当たっては、医学的妥当性だけではなく、ACP の実践に智止めることによって、本人の人生観・価値観を含めその意思を十分に尊重し、本人の最善の利益が確保されるように行わなければならない。担当医・かかりつけ医一人だけで行うのではなく、他の医師や医療・介護関係者等から構成される医療・ケアチームの意見を十分に聞いた上で行うべきである。

超高齢化社会の進展を見据えた地域包括ケアシステムを構築していく中で、その要の役割を担う、かかりつけ医を中心に多職種が協働し、地域で患者を支えていくという視点も重要である。

延命措置の差し控えや中止については、それを求める本人の意思がその時点で認められる事が重要であると考えられる。

本人の意思については、本人の口頭又は文書による意思表示のほかに、本人が正常な判断が出来ないあるいは本人が意思を明らかに出来ないような状態では、本人の文書等による事前の意思表示を確認する事が重要である。

また、患者本人の直接的な意思表示がない場合、家族等の話から本人の意思を推定できることがある。しかし、本人の意思は可能な限り確認されることが重要であることから、近年では本人の意思決定を支援する方策として、ACP の考え方が普及しつつある。

ACP とは、もしもの時に備え、将来の医療・ケアについて本人を主体に、その家族及び医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行う、本人の意思決定を支援するプロセスの事である。本人の意思は変化し得るものであることから、医療関係者により適切な情報提供を説明がなされた上で、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思を共有しておくことが重要である。ACPはその都度の話し合いを記録し、それを繰り返すプロセスであり、そのことによって最大限本人の意思の実現を図るための手段である。

## 2. 人生の最終段階における医療・ケアのあり方

- (1) 本人が自らの意思を明らかにできる時から、家族等及び医療・ケアチームと繰り返し話し合いを行い、その意思を共有する中で、本人の意思を尊重した医療・ケアを提供する事が基本的な考え方である。
- (2) 担当医・かかりつけ医は、いざという場合、本人が自らの意思を明らかに出来ない状態になる可能性があることから、特定の家族等を自ら意思を推定する者としてあらかじめ定めておくよう本人に勧めることが望ましい。同時に、本人が意思表示をできる間に、人生の最終段階における医療・ケアに関する本人の意思や希望を繰り返し確認するACPの実践をすることも重要である。
- (3) 本人の生命予後に関する医学的判断は、医師を中心とする複数の専門職種の医療従事者から構成される、医療・ケアチームによって行われる。
- (4) 延命措置の開始・差し替え・変更及び中止等は、医学的な妥当性を基にしつつも、本人の意思を基本として行う。それはACPなど、本人の意思決定の支援を経て、医療・ケアチームによって慎重に判断する。
- (5) 可能な限り疼痛やそのほかの不快感を緩和し、本人・家族等への精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行う。
- (6) 家族等に対するグリーフケアに配慮する。
- (7) 積極的安楽死や自殺幫助等の行為は行わない。

## 3. 人生の最終段階における医療・ケアの方針決定の基本的手続き

延命措置の開始・差し控え・及び中止等、特に差し控え・中止に際してはその行為が本人の死に結びつく場合がある。したがって、医師は本人の意思決定支援におけるACPの重要性を認識するとともに、人生の最終段階における医療・ケアの方針決定を行う際に、特に慎重でなければいけない。その上で、延命措置の開始・差し替え・変更及び中止等に際しての基本的な手続きとして、以下の事があげられる。

- (1) 本人の意思が確認できる場合には、担当医・かかりつけ医等の医療従事者による適切な情報提供と説明に基づく本人の意思を基本とし、それを尊重したうえで医療・ケアチームによって決定する。その際、医師等は押し付けにならないように配慮しながら本人、家族等と十分な話し合いを行う。
- (2) 本人の意思は変化し得ることから、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更等に応じてその都度説明し、その意思を再確認する。この説明に当たっては家族等も含めた十分な話し合いを行うことが重要である。家族等が話し合いに参加で

きない場合はその都度文書等に記録し、本人の意思を共有しておくことは、延命措置が問題となる場面でも、本人の意思を尊重した医療・ケアを提供するために重要である。

- (3) 本人の意思の確認が不可能な状況下にあっても、本人の文書等による事前の意思表示がある場合には、それが本人の意思表示としてなお有効であることを家族等に確認してから、それを基本として医療・ケアチームが判断する。また、本人の意思表示はないが、家族等が本人の意思を確認できなくなるまでの本人及び医療・ケアチームとの十分な話し合い、つまり ACP が実践されている場合もある。その場合には、これらの繰り返しの話し合いにより、本人の意思を推定できるため、原則としてその推定意思を尊重した措置をとることとする。その場合にも家族等の承諾を改めて得る。

なお、突然、意識不明の重篤な患者が運びこまれるような救急時においては、原則として救命措置を図るべきではあるが、その後、例えば家族等の到着により病状の経過が明らかになって本人の意思も推定できるようであれば、本人の意思を基本とした医療に立ち返るべきである。

本人の医師が不明で家族等によってもそれが推定できない場合には、家族等と十分な話し合いを行い、本人にとって最善の措置を講ずることとする。

同様に、家族等が存在しない場合や家族等との連絡が取れない場合、又は家族等が判断を示さない場合、家族等の中で意見がまとまらない場合には、本人にとって最善の利益を確保する観点から、医療・ケアチームで判断する。家族等がその場にいるときは、この判断に関して了承を得ることとする。

上記のいずれの場合でも、決定の場に家族等がいる場合には、家族等による確認・承諾・了承は文書によることが基本となる。

- (4) 医療・ケアチームの中で医療内容の決定が困難な場合、あるいは本人とその家族等及び医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当な医療内容についての合意が得られない場合等には、複数の専門化からなる委員会を可能であれば別途設置し、または第三者である専門家の助言を得て合意の形成を進めることとする。

#### 4. おわりに

以上、人生の最終段階における ACP の重要性と延命措置の開始・差し控え・変更及び中止等に関して、基本的な考え方及び手続き等を述べた。

患者が延命措置を望まない場合、または本人の意思が確認できない状況下で ACP 等のプロセスを通じて本人の意思を推定できる家族等がその意思を尊重して延命措置を望まない場合には、このガイドラインが示した手続きに則って延命措置を取りやめることができる。それについて、民事上及び刑事上の責任が問われるべきではない。

本人の意思決定を尊重した医療・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出来る奥から、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になると考える。

#### 附則

この指針は、令和2年4月1日から施行する。

この指針は、令和6年9月1日から施行する。