

# 人生の最終段階における医療・ケア意思決定支援に関する指針 第2版

緩和ケア運営委員会

## 1. 目的

本人の意思を確認し、その人が「大事にしてきたこと、大切にしたいこと」を重視した医療を提供し、希望する生活を可能な限り支えるため、生きる力を引き出し、最期まで本人らしい人生を支えることを目的とする。

### ●意思決定支援の定義：

本人の意思決定をプロセスとして支援するもので、通常、そのプロセスは、本人が意思を形成することの支援と、本人が意思を表明することの支援を中心とし、本人が意思を実現するための支援を含む。

### ●人生の最終段階を迎える患者に対する意思決定支援における基本方針：

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従事者等が、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。

## 2. 意思決定支援に求められる理念

- 1) 疾患や障害の軌跡を踏まえ、さまざまな状態に応じた支援とそれらの移行期の支援について、外来・入院・在宅医療を通じて対応する。
- 2) 病状の変化に迅速に対応しつつ、複雑な病状と障害、からだやこころの辛さへの総合的な医療・ケアを提供する。
- 3) 医療、ケアと生活支援の統合的アプローチを行い、身体・心理・社会的問題およびスピリチュアルな問題への包括的アプローチを行う。
- 4) 本人と家族等が主体のチームアプローチを推進する。
- 5) 本人と家族等のこれまでの生き方を踏まえ、これからの生き方を支える。

## 3. 意思決定支援における留意点

医療・ケアの希望の合意内容は、その背景や理由に加え、人生観や価値観（大事にしてきたこと、大切にしたいこと）に関する情報も含めて、診療録に記録する。必要に応じ、また救急搬送されるような場合に備えて、内容が確認できるように家族等と共有する。

### 1) 意思決定支援の前提

- (1) 日常の診療の中でコミュニケーションを図り、意思決定の前提となる様々な情報を収集する。
- (2) 医師と本人の信頼関係を構築するために、日常から誠意ある診療を行う
- (3) アドバンスケアプランニングの基本通り、本人を主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームで繰り返し話し合いを行うプロセスを尊重する。

## 2) 意思決定支援に際して

- (1) 意思形成の為に必要かつ十分情報提供を行い、本人の大事にしてきたこと、大切と思うことを理解したうえで、本人の決定を優先した医療を提供する。
- (2) 本人のこれまでの人生に敬意を払い、相互の信頼を得るための努力を怠らない。
- (3) 本人が考えたくない、話したくないということも含めて、本人の意思を尊重する。
- (4) 病状の変化に迅速に対応するために、病状変化に応じた適切な医療とケアを提供する。また、本人の意思も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される。
- (5) 暮らしのニーズの変化をアセスメントし、継続的な共同意思決定を行う。

## 3) 人生の最終段階\*において

- (1) 話し合いに基づく本人による意思決定を実現するため、多職種で協働しながら人生の最終段階における医療を提供する。
- (2) 人生の最終段階における医療行為の選択、医療内容の変更、医療行為の中止等は、本人の大事にしてきたこと、大切と思うことを尊重しつつ、多職種の専門性を有した医療従事者から構成される医療・ケアチームにより、医学的妥当性を基に慎重に判断する。なお、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り、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ことも必要である。
- (3) 医療・ケアチームにより、可能な限り苦痛や不安、その他不快な症状を十分に緩和し、本人ならびに家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行う。
- (4) 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、対象としない。

### \*「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か月と予測ができる場合
- (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カ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

## 4. 本人の意思決定支援をしたうえでの本人の意思確認

本人の意思決定能力は個々により違いがある。私たちが支援することで、その能力を高めることが可能な場合もある。意思決定能力に疑いがあっても、私たちがまず可能な意思決定支援を行う。

### 1) 本人の意思の確認ができる場合

- (1) 専門的な医学的検討を踏まえ、説明と同意（インフォームド・コンセント）に基づく本人の意思決定を基本とし、専門職種で構成される医療・ケアチームとして意思決定支援を行う。
- (2) 治療方針の決定に際し、本人と医療・ケアチームが十分な話し合いを行い、本人が意思決定を行う。
- (3) 時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて、また本人の意思が変化するものである

ことに留意して、その都度説明して本人の意思の再確認を行う。  
(4) このプロセスは、本人の意向を汲み、家族等にも情報を共有する。

## 2) 本人の意思の確認ができない場合

本人の意思について、指標などを用いて、意思決定能力が不十分と判断されたとしても、代理代行決定プロセスと並行して、以下の意思決定支援のプロセスと継続して行う。

- (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治療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家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- (3) 家族等がない場合及び家族などが判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、医学的妥当性に基づき、本人にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- (4) 身寄りがない人、家族の支援が得られない人、および家族や親類に連絡が取れない場合でも、一人の個人としてその意思が尊重され、医療が必要なときは安心して医療を受けることができるようにしていく。

## 3) 複数の専門家からなる「話し合いの場」の設置：

治療方針の決定に際し、下記の場合には複数の専門家からなる「話し合いの場」を倫理問題検討委員会、もしくは倫理コンサルテーションチームとして、別途設置している。専門家は医療・ケアチーム以外の者を加え、示された検討結果及び助言に従って療養の方向性を決定する。

- (1) 医療・ケアチームの中で、本人の病態等により医療・ケア内容の決定が困難な場合
- (2) 本人・家族等との話し合いの中で、妥当な医療・ケア内容の合意が得られない場合
- (3) 家族等の中で意見がまとまらない場合や、医療従事者との話し合いで、妥当な医療・ケア内容の合意が得られない場合

## 5. まとめ

意思決定支援においては、正解はなく、各人の多様な意思を尊重しながら支援していくことに留意しなければならない。医療・ケアチームの価値観を押し付けることはせず、本人の意思を尊重しながら、対等な立場で共同して意思決定を合成し、その人が「大事にしてきたこと、大切にしたいこと」を重視した医療を提供し、希望する生活を可能な限り支えるため、生きる力を引き出すこと、そして、誰しものが迎える「死」を少しでも納得できるものに近づけるよう、努める。

## 6. 参考資料

- ・ 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおけるガイドライン 厚生労働省  
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>
- ・ 適切な意思決定支援の指針 一般社団法人全国在宅療養支援医協会作成 モデル指針 2022  
<http://www.zaitakuiryo.or.jp/img/info/sisin.pdf>
- ・ (医療機関名) における医療・ケア意思決定支援の指針 (見本) 長崎県保険医協会新点数検討説明会

<https://www.vidro.gr.jp/wp-content/uploads/2022/03/iryous-care-ishikettei.pdf>

- ・ 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 厚生労働省

<https://www.mhlw.go.jp/content/12602000/000307503.pdf>

- ・ 「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」

<https://www.mhlw.go.jp/content/000516181.pdf>

- ・ 日本版アドバンス・ケア・プランニングの定義と行動指針

<https://acp-japan.org>

2024年5月から施行する。