

適切な意思決定支援に関する指針

1. 人生の最終段階における医療・ケアの対応 基本方針

人生の最終段階を迎える患者とその家族が、患者の意思と権利を尊重され、最期まで心安らかな尊厳ある生き方を実現できるように、医療・ケアチームでの話し合いのもと、医療・ケアを提供する。

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」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 時間の経過、心身の状態変化などで、本人の意思は変化しうるものであることを考慮し、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・ケアチームにより行い、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定する者(代理意思決定者)として前もって定めておくことも重要である。
- 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。
- 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、本指針の対象としない。

2. 「人生の最終段階(終末期)」の定義

2007年に厚生労働省が、「人生の最終段階における医療のあり方について」基本的な点についてまとめ、また、よりよき人生の最終段階における医療の実現に資するとして、初めてガイドラインを策定した。2015年には、最期まで本人の生き方(=人生)を尊重し、医療・ケアの提供について検討することが重要であることから、「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」へ名称の変更を行なった。

公益社団法人 全日本病院協会が作成した「終末期医療に関するガイドライン ～よりよい終末期を迎えるために～」(2016年)において、終末期は次のように定義されている。

「終末期」とは、以下の三つの条件を満たす場合を言う(*1)。

- ①複数の医師が客観的な情報を基に、治療により病気の回復が期待できないと判断すること
- ②患者が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

*1:救命救急の場では発症から数日以内の短い期間で終末期と判断されることも多いが、癌や難病の末期などでは1~2ヶ月ということもある。また、重い脳卒中後遺症などでは、数年前からいずれ死が訪れることが予測されることがあるものの、間近な死を予測することが出来るのは容態が悪化してからとなる。したがって終末期を期間で決めることは必ずしも容易ではなく、また適当ではない。

3.人生の最終段階における医療・ケアの対応 法的手続き

1)「アドバンスケアプランニング(ACP)」の定義

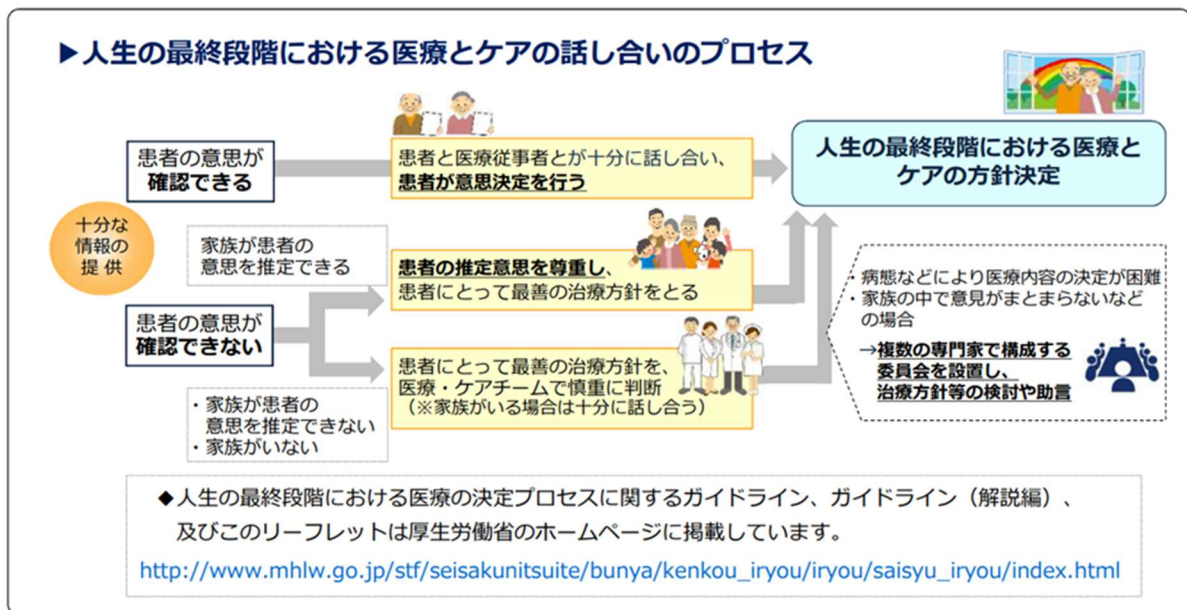
ACP(Advance Care Planning)とは、将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、本人を主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援する取り組みのこと

2)人生の最終段階における意思決定支援

「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(厚生労働省 H30年3月改訂)」に基づく意思決定支援を規範とする。

人生の最終段階における医療やケアの在り方として、医師等の医療者による適切な情報の提供と、患者本人による意思決定を基本とすることが最も重要な原則とされている。

専門的な医学的検討を踏まえたうえでインフォームド・コンセントに基づく患者の意思決定を基本とし、多専門職種 of 医療従事者から構成される医療・ケアチーム(*3)として行う。



(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、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、診療録に記載する。

(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、診療録に記載する。

(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

以上等については、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。

【別紙①】

3) 認知症等で、自らが意思決定をすることが困難な場合の意思決定支援

認知症の人であっても、その能力を最大限活かして、日常生活や社会生活に関して自らの意思に基づいた生活を送ることができるようにするため、意思決定支援者による本人支援が必要である。

厚生労働省が作成した「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定ガイドライン」を参考にして支援を行う。このガイドラインでいう意思決定支援とは、認知症の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。

4) 身寄りがない人への意思決定支援

身寄りがない人への意思決定支援については、本人の判断能力の程度や入院費用等の資力の有無、信頼できる家族等の有無等に応じて、様々な支援が考えられる。

厚生労働省が作成した「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」を参考にして支援を行う。このガイドラインが対象とする「医療に係る意思決定が困難な人」への支援においても、まずは本人の意思の尊重に基づき行う。この場合、意思決定能力を固定的に考えず、病状や状況、行為内容によって変化するものととらえ、その時点の意思決定能力の状況に応じて支援をする。

【別紙②】「支援シート」

5) アドバンスケアプランニング(ACP)に際しての心構え

患者の意思が尊重されるために、当事者である患者はもちろんのこと、家族も含めて、現在の病状や今後の経過、予測される医療やケアに問題点について話し合いが行われ、意向が明らかになっていく、その過程を大切にします。

- ①患者の今までの人生、生活、価値観などについて共有し、治療やケアのゴールを明確にし、「これからどのように過ごしていきたいか」を話し合い、患者にとっての最善の選択をとともに探索する。
- ②病気の早期から一貫して、患者の最善を期待し、患者が現在大切にしていることや希望が最大限達成できるような支援やコミュニケーションを行う一方で、最悪の事態を想定し、「もしものときはどうするか」について、患者の考えや価値観、具体的な選択肢を話し合う、「最善を期待し、最悪に備える」コミュニケーションを心がけることが重要となる。
- ③あなたのことを心配している、支援したいと考えていることを直接伝える
- ④事前に代理意思決定者を患者に選定してもらい、その人とともに、ACPのプロセスを進めていくことが望ましい。
- ⑤「もしもの」のときについて話し合いを始める—経験を尋ね、探索する。
- ⑥「大切にしていること」「してほしいこと」「してほしくないこと」、そしてその理由を尋ねる。選択の背景にある「価値」を意思決定者と医療者間で共有すると、複雑な臨床現場で起こる意思決定において貴重な道しるべとなる。
- ⑦自分だけで抱え込まず、他の看護師やソーシャルワーカーなどのメディカルスタッフや緩和ケア認定看護師に相談する

6) 多職種医療・ケアチームによるアプローチ

患者と家族のQOLをよりよくするケアや意思決定支援には、一人ひとりの患者や家族に応じた検討が必要であり、個々の患者ごとの話し合いが非常に重要である。そのためには、他職種のチーム(*3)によるアプローチが不可欠となる。

*3: 当院においては、緩和ケア認定看護師を中核とする緩和ケア検討委員が、入院・外来・訪問等の場を超えて情報を共有し、他職種でのチーム活動を担っている。

メンバー: 医師 緩和ケア認定看護師 各病棟看護師 外来看護師 透析室看護師
訪問看護師 地域連携室看護師

必要に応じ、他部門からの参加を依頼する

医療安全管理看護師 MSW リハビリ療法士 管理栄養士 等

緩和ケア検討委員会にて、院内での意思決定支援の媒体として「これからの医療・ケアに

ついでに意思表示書」と、それにかかわる文書を作成し、毎年改訂している。

【別紙③】

(参考・引用文献)

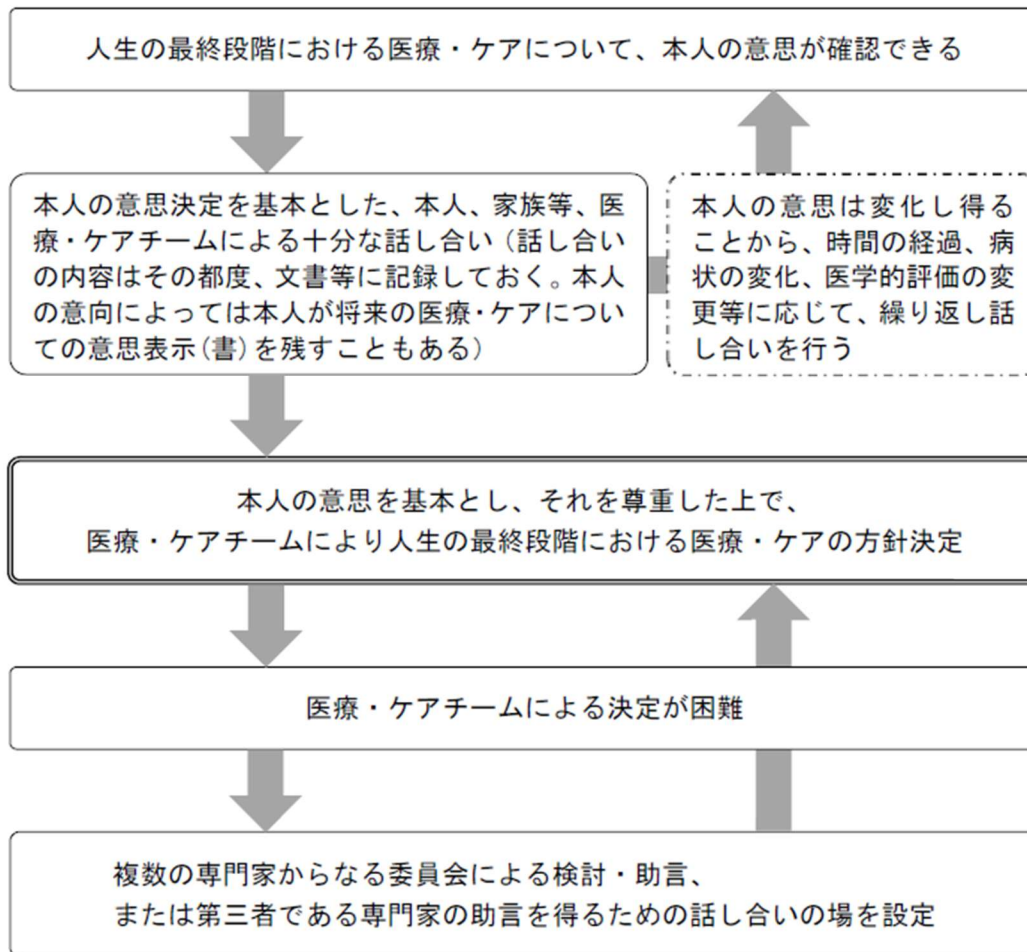
- ・厚生労働省: 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン (H30年3月改訂)
- ・全日本病院協会: 終末期医療に関するガイドライン ～よりよい終末期を迎えるために～ (2016年)
- ・日本医師会: 人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドライン (2020年)
- ・厚生労働省: 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン (2018年6月)
- ・厚生労働省: 身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン (2019年)
- ・日本看護協会出版会: 一般病棟でもできるがん患者の看取りのケア. 2015
- ・日本医師会: 新版がん緩和ケアガイドブック. 2017

2024年9月作成
2025年10月確認
2026年4月改訂
JCHO 松浦中央病院

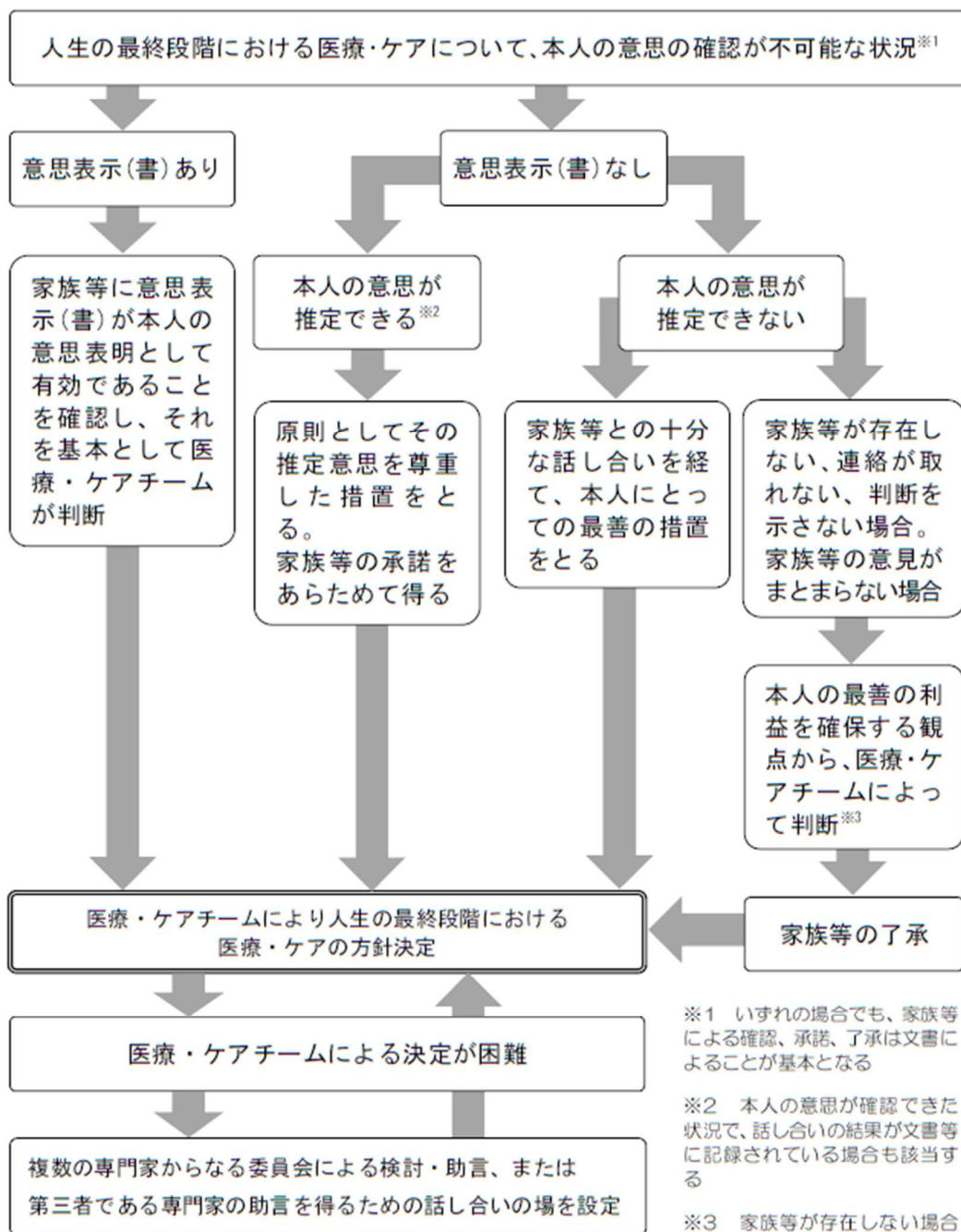
【別紙①】

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定に至る手続き

1. 本人の意思が確認できる場合



2. 本人の意思の確認が不可能な状況の場合



【別紙②】

I D _____

氏名 _____ 様の

支援シート

役割項目	氏名・団体名・病院の担当部署など	患者との関係	連絡先 (電話番号)	備考
緊急の連絡先に関する事				
入院中に必要な物品の準備に関する事				
入院費等に関する事				
退院支援に関する事				
(死亡時の)遺体・遺品の引き取り・葬儀等に関する事				

【支援シートの使用について】

- ・身寄りがないか、他者が担いきれない人に使用するシートです。
- ・ガイドライン6ページの「身元保証・身元引受等」に求められている役割について、関係者で分担を記載します。
- ・入院時にチェックするために使用するか、又は入院中に少しずつ記載をして退院時に転院先などに伝えるためのシートとしても使用することができます。
- ・連絡先を外部機関等に提供する際には、医療機関のプライバシーポリシーに添って使用をお願いいたします。

(ガイドライン6ページより抜粋)

*ガイドラインにおける「身元保証・身元引受等」に求める機能・役割

- ①緊急の連絡先に関する事
- ②入院計画書に関する事
- ③入院中に必要な物品の準備に関する事
- ④入院費等に関する事
- ⑤退院支援に関する事
- ⑥(死亡時の)遺体・遺品の引き取り・葬儀等に関する事

【別紙③】

D: _____

これからの医療・ケアについての意思表示書

これは、()さんの、今後の治療・ケアについて、ご本人が意思表示するものです。ご本人・家族と医療従事者が話し合った結果を記述し、共有します。また、病状の進行などにより本人が、自分の考えを伝えられなくなった場合に、ご本人に代わって代理意思決定者等が判断するための重要な助けとなります。今、決められないこと、決めたくないことについては、未記入のままで構いません。

*代筆する方は、患者ご本人の考えを記載して下さい

あなたの基本的な希望

1. 病名や余命の告知 どちらも知りたい 病名のみ知りたい
どちらも知りたくない 家族に任せる
2. 痛みなどの苦痛 我慢できない苦痛の際は眠らせて欲しい(鎮静剤使用可)
意識を保てる範囲で苦痛を抑えて欲しい(鎮静剤使用不可)
3. 終末期の治療やケアを受ける場所 (過ごしたい場所)
病院 自宅 施設 その他緩和ケア病院など ()
4. 口から食べられなくなったとき
胃瘻による栄養補給 して欲しい して欲しくない
胃チューブによる栄養補給 して欲しい して欲しくない
5. 代理意思決定者 () 続柄 ()

もし、あなたが病状の悪化などにより意識や判断能力を失った場合、どのような医療・ケアを望まれますか？

1. 心臓マッサージなどの心肺蘇生 して欲しい して欲しくない
2. 延命のための人工呼吸器 つけて欲しい つけて欲しくない
(以下、病状に応じて)
3. 点滴による水分の補給 して欲しい して欲しくない
4. その他 (個別の治療・ケア：輸血、強力な抗生剤、昇圧剤など)
して欲しい して欲しくない

その他のご希望 (自由にご記載ください)

____年 ____月 ____日
本人署名(自筆) _____

家族署名(自筆) _____ 続柄 _____

説明医師 _____

同席者看護師 _____

この意思表示はいつでも修正・撤回できます。



「これからの医療・ケアについての意思表示書」医療用語解説

【基本的な希望について】

2. 痛みなどの苦痛

苦しさ(痛み、息苦しさ、吐き気、強い倦怠感など)に対して、症状を和らげる薬を使用します。麻薬系鎮痛剤を使っても我慢できない痛みが続く、身の置き所がない状態が強いといった場合には、鎮静剤を使用して眠ることで、強い苦痛を感じないようにすることができます。一方で、痛みを許容してでも、自分の意識は保ったままで過ごしたいという場合には、鎮静剤は使用しないという選択もあります。本人の身体状態によっては、麻薬系鎮痛薬等によって意識が低下することもあります。また、呼吸が抑制されることがあります。

3. 終末期の治療やケアを受ける場所(過ごしたい場所)

ご希望の場所によって、対応を検討いたします。例えば、「自宅で迎えたい」という希望がある場合、医療(訪問看護等)と介護(※場合によっては介護保険申請が必要)の専門職が連携し、在宅での看取りをサポートいたします。

4. 口から食べられなくなったとき

胃ろうによる栄養補給

局所麻酔をかけ、おなかの皮膚に小さな穴をあけ、胃に通したチューブを通じ、水分・流動食を入れる方法です。胃チューブ(下記)に比べて不快感が少なく、長期間の水分・栄養補給が可能になります。胃ろうを作る際、まれに出血や感染等のリスクを伴います。

胃チューブ(胃管)による栄養補給

鼻腔から胃に向かってチューブを挿入し、水分・流動食を入れる方法です。装着、管理が比較的簡便ですが、チューブが入っている鼻やのどに違和感や不快感を生じ、本人の状態によっては自己抜管を引き起こすことがあります。

※胃ろうも胃チューブも、新陳代謝ができるうちは生命維持に十分な量の水分・栄養を補給できます。しかし、終末期に向かうにつれ、水分や栄養をうまく利用できなくなっていくので、徐々に低栄養になります。また、栄養剤が食道から口に逆流して誤嚥性肺炎を合併することがあります。

※参考:点滴による高カロリー輸液

普通の点滴に使用する静脈よりも太い静脈(中心静脈)にカテーテルを入れて、生命維持に十分な水分・栄養を補給する治療です。新陳代謝が衰えている場合、水分・栄養の量が多すぎると本人の負担になります。カテーテル挿入に伴う出血や感染のリスクを伴います。

5. 代理意思決定者

自分で自分の意思決定を下す能力を失った場合には、ほかの人が意思決定を行うこととなります。こうした役割を担う人を一般に代理意思決定者といいます。「どのような治療やケアを受けるか」「どこで治療やケアを受けるか」などについて医療者等と相談し、「本人ならどうしたいだろう」ということを軸に考えて話し合っていきます。

(裏に続きます)

【終末期の医療・ケアについて】

1. 心臓マッサージなどの心肺蘇生

心臓マッサージとは、心肺停止した場合に胸骨の圧迫を繰り返し、血液の循環を促し、心拍を再開させようとする方法です。その他、気管挿管、機器による補助呼吸、人工呼吸器の装着（下記）、電気ショック、昇圧剤投与等を伴います。

※心拍の再開に成功したとしても、一時的なものであったり、脳死状態で終わる可能性もあります。

2. 延命のための人工呼吸器

心肺蘇生において口や鼻から気管まで管を挿入（気管挿管）して、機器による補助呼吸を行います。自発呼吸の回復が不十分な場合には人工呼吸器を装着し、これによって人工的に呼吸を補助します。装着に伴う苦痛を和らげる目的で鎮静剤（深く眠る薬）を使用するため、意識疎通が困難な状態になります。

※一度開始すると、呼吸状態が改善するまで器械を外すことは容易ではありません。呼吸状態が改善しないまま全身状態が悪化し、人工呼吸器を外せないまま最期を迎える可能性もあります。

3. 点滴による水分補給

脱水によるつらい症状が出たときには、水分補給で身体が楽になることがあります。しかし、水分補給だけでの長期間の生命維持は困難です。新陳代謝が衰えると、むくみなどの副作用が出る場合があります。静脈からの点滴のほか、持続皮下注射という方法もあります。

※病状が進んでくると、徐々に食事や水分をとる量が少なくなってきます。これは病気そのものに伴う症状で、「食事がとれないから病気がすすむ」「食べる気持ちはないから」ではありません。新陳代謝がよいうちは、高カロリー輸液や経管栄養・胃ろうによる水分・栄養補給で長期間（時には年単位）の生存が可能です。しかし、終末期に向かうにつれ新陳代謝が衰えると、点滴などで水分や栄養を入れたとしても、うまく利用できなくなっていくので、身体の回復にはつながりません。逆に、胸やお腹に水がたまり、息苦しくなったりお腹が張って苦しくなるなどの副作用が出る場合があります。

4. その他（ご本人の状態ごとに）

輸血

血液中の赤血球などの血液成分が少なくなった時に、それらの欠乏による症状の改善を図るために血液製剤を投与します。しかし、終末期の場合にはメリットよりも蕁麻疹や発熱、呼吸困難や血圧の変動などの副作用が多いこともあります。

抗生物質の強力な使用

感染症の合併があり、通常の抗生物質治療で改善しない場合に、さらに強力な抗生物質を使用した治療を続けることです。がんなどの疾患の末期状態や老衰の過程などの終末期にある方では、全身状態の回復が難しく、苦痛を伴うこともあります。

昇圧剤の使用

血液の低下が起こった際に、血圧をあげる薬剤の投与で心肺機能を維持します。しかし回復の見込みがない状態では多くの場合効果は一時的なものになります。

わからないことや詳しく聞きたいことがあれば、遠慮なくお尋ねください

