

人生の最終段階に向けた適切な意思決定支援に関する指針（淀川キリスト教病院）

ACP 普及推進チーム、臨床倫理委員会

<はじめに>

淀川キリスト教病院は創立よりキリスト教精神に基づいた「全人医療」を理念としている。急性期医療・高齢者介護を提供する我々医療・介護スタッフは、神によって創造された患者一人ひとりのいのちの尊厳を守り、訪れる患者・利用者の価値観や大切にしていることを共に大事にすることに努めている。その上で、高度な医療と暖かなケア通して「全人医療・全人介護」を提供することを使命としてとらえている。

この指針では、患者が人生の最終段階に直面する場合に向けて多職種が連携することで、信仰（または宗教観）を含めた価値観を尊重した最善の医療・介護を提供するために、人生の最終段階に向けた適切な意思決定支援に関する考え方と取り組みについて示す。

<人生の最終段階における医療・ケアの基本方針>

医師などの医療スタッフから適切な情報提供がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多職種で構成される医療・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・ケアを進めることが最も重要な基本原則である。また、本人の意思は変化し得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、伝えることができ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なければならない。さらに、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、家族などの信頼できる者も含めて、本人との話し合いが行われなければならない。この話し合いに先立ち、本人は特定の家族など（戸籍上の家族だけに限らない）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重要である。

あくまで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、変更、中止などは、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べきである。また、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・家族などの精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアが行われることも必要である。なお、生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死、医師による自殺ほう助は、神によって創造されたいのちを尊重する立場から、本指針では対象とはしない。

<適切な意思決定支援の考え方（用語の定義）>

（１） 人生の最終段階とは

人生の最終段階には、がんの末期のように予後が数日から長くとも２－３ヶ月と予測ができる場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や認知症、老衰など数ヶ月から数年にかけ死を迎える場合がある。どのような状態が人生の最終段階かは、本人の状態を踏まえて、医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断による必要がある。また、チームを形成する時間のない緊急時には、生命の尊重を基本として、医師が医学的妥当性と適切性を基に判断するが、その後、医療・ケアチームによって改めてそれ以後の適切な医療・ケアの検討を行う。

（２） ACP とは

厚生労働省は、ACP（アドバンス・ケア・プランニング：Advance Care Planning）を「もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取組のこと」と説明している。また、ACPの愛称を「人生会議」とし、国民への普及・啓発に取り組んでいる。

（３） ACP のタイミング

ACPを行うタイミングは、本人やその家族などの心の準備状態によっても異なるため、一定ではない。また、疾患自体の病状進行の特徴によっても変わってくる。一般的には本人が１年以内に亡くなったとしても医療者が驚かないと判断される時期（サプライズクエスション）が有用と報告されている。しかし、現実的には入院時や病状告知時、積極的治療を終了する時期や介護保険の利用を開始する時期などが挙げられるが、個々の状況を見ながら総合的に判断する。

（４） 家族とは

今後、独居の高齢者が増えることも想定し、本人が信頼を寄せ、人生の最終段階の本人を支える存在であることを意味する。法的な意味での親族関係のみを指すのではなく、より広い範囲の人（内縁関係者、同居人、親しい友人など）を含むとする。また、複数人存在することも考えられる。

（５） 意思決定能力とは

意思決定能力は、理解、認識、論理的思考、表明で構成されると考えられており、それぞれ個別の能力を評価し、総合的に判断する必要がある。また、意思決定能力は病状の変化によって、時間的経過とともに目まぐるしく変化するものであり、繰り返し再評価することも重要である。

1. 意思決定能力の評価

1) 医学的情報を理解することができるか

☐ 病気の内容（病名、病状、病期など）を述べることができるか。

☐ 提案された治療と代替案の内容を述べることができるか。

☐ それらの利益・不利益を述べることができるか。

2) 医学的情報を自分事として認識できるか

☐ 病気や症状の存在を自覚し、治療や意思決定の必要性を自分のこととしてとらえることができるか。（「他人に委ねること」も含め、「自分が決める」と認識できているか）

☐ 提案された治療方針が自分の健康に利益をもたらすことを理解しているか。

3) 今後の医療・ケアについて論理的思考ができるか

☐ 選択肢が自分に与える利益、不利益のバランスを考慮しながら、自己評価しているか。

☐ 選択肢が日常生活に与える影響について検討しているか。

☐ 選択の内容は一貫しているか。

☐ 選択は本人自身の推論に基づいているか。

4) 自分の希望、選択を他者に表明できるか

☐ 提示された選択肢の中から特定のものを選ぶことができているか、あるいは、他者に選択を依頼しているか。

☐ 「分からない」「選べない」も含めて自分の考えを伝えることができるか。

2. 意思決定能力評価の注意点

意思決定能力は有無で評価できるものではなく、その能力に応じた意思決定支援を行うために総合的に評価するものである。また、その能力は絶えず変化するものでもあり、繰り返し再評価しつつ、意思決定支援を再検討することが重要である。

また、本人の意向を尊重しつつも、本人の思考の論理性に乏しく、極端に好ましくない結果が好ましい結果を上回る場合や不利益であることが明らかで、危険な結果から保護する必要がある場合には、本人の意思の推定や最善の方針に関する検討を、家族などの代理決定者とともに行う場合も考えられる。また、意思決定能力の評価が困難な場合には、精神科リエゾンチームや認知症ケアチームなども活用する。

<人生の最終段階に向けた医療・ケアの適切な意思決定支援について>

(1) 本人の意思が確認できる場合

治療方針の決定は、本人の状態に応じた専門的な医学的検討を経て、医師などの医療スタッフから適切な情報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。

しかし、時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更などに応じて本人の意思は変化しうるものであることから、医療・ケアチームにより追加で適切な情報の提供と説明

がなされ、本人が自分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。このとき、今後、本人が自分の意思を伝えられない状態になる可能性もあることから、家族なども含めた話し合いが繰り返し行われることも必要である。

また、この過程において話し合った内容は、その都度、診療録などにまとめておくものとする。

（２）本人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な判断を行う必要がある。① 家族など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 家族など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などと十分に話し合い、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、医学的評価の変更などに応じて、この過程を繰り返す。③ 家族などがい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、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。

また、この過程において話し合った内容は、その都度、診療録にまとめておくものとする。

（３）方針決定が困難な場合（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」などにおいては、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。

ここでの複数の専門家とは、臨床倫理を専門とする者や法律家、担当のケアマネージャーや地域包括支援センターの相談員、地域の保健師やケースワーカー、民生委員など、医療職以外の専門家や病院外で地域住民へのサービスを提供する者も含む。

（４）認知症等で自らが意思決定することが困難な患者への意思決定支援

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支援ガイドライン」を参考に、家族及び関係者、医療・ケアチームが関与しながら、出来る限り本人の意思を尊重し反映した意思決定を支援する。特に、認知症患者に対する情報提供においては、専門用語は使用せず、視覚的な資料・説明方法を活用したり、記憶に残りやすいように書面に残し繰り返し見返すこ

とができるように配慮するなど、短期記憶障害や自分事として捉えにくい認知機能に配慮した説明を、日々の意識状態を考慮し繰り返し説明することが重要である。また、かかりつけ医や訪問看護師、担当のケアマネージャーや地域包括支援センターの相談員、地域の保健師やケースワーカー、民生委員など、病院外で本人への介護・福祉サービスを提供する担当者からも情報を得て、これまでの発言や人生の歴史、大切にしてきたことなどからその人の価値観や人生観を明らかにし、本人の意思を推定することが大切である。

（５）身寄りがない患者への意思決定支援

身寄りがない患者における医療・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入院費用等の資力の有無、信頼できる関係者の有無等により状況が異なるため、本人の意思を尊重しつつ厚生労働省の「身寄りの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、介護・福祉サービスや行政の関わりなどを利用して、意思決定を支援する。特に、意思決定能力が低下している場合には、かかりつけ医や訪問看護師、担当のケアマネージャーや地域包括支援センターの相談員、地域の保健師やケースワーカー、民生委員など、病院外で本人への介護・福祉サービスを提供する担当者からも情報を得て、これまでの発言や人生の歴史、大切にしてきたことなどからその人の価値観や人生観を明らかにし、本人の意思を推定することが大切である。

（６）人生の最終段階について考えたくない患者への意思決定支援

人生の最終段階の希望について考えることは、患者によっては心理的な負担を増すことになり、考えないことを希望する患者も存在する。この場合は、無理に人生の最終段階のことを考えるのを強要するのではなく、これまでの人生における様々な苦難や試練の時に、それらをどのように捉え、どのように対処してきたなどを振り返ることによって、自分の価値観や大切にしてきたことを考え、周囲の者に伝えることを援助することも意思決定支援においては重要になると考えられる。

<適切な意思決定支援のための取り組み>

（１）意思決定能力を高める支援

不足している情報や関わりを明らかにし、適宜、追加することを意識する。部分的な誤認識については、医学的用語はできるだけわかりやすい一般用語に置き換えて、繰り返しの説明や視覚資料などで補うことによって、理解しやすいように説明を行う。また、出来るだけ本人の自発的な意思の言語化を促し、本人のペースで決断できるように支援することも重要である。

（２）意思決定能力の再評価

意思決定能力は本人の病状、意識レベル、認知機能障害によってたえず変化する。一時的な病状の悪化により意思決定能力がないと判断するのではなく、絶えず意思決定能力を

再評価し、意思決定支援を行う必要がある。

（３） 意思決定の支援体制

治療方針の決定に際し、下記のような場合については、複数の専門職からなる臨床倫理コンサルテーションチームや臨床倫理委員会に相談を行う。また、本人の認知機能や心理状況に合わせた情報提供や説明、意思確認を行う際に、認知症ケアチームや、精神科リエゾンチームの助言を得るようにする。

・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合意が得られない場合

・家族など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

（４） 意思決定のための具体的な話し合いの手順

- ① 意思決定のための話し合いを行う理由・目的について共有する。
- ② 現在の自分の病気・病状をどのように捉えているか、また今後の気がかりについて語ってもらう。
- ③ 今後の自分の病気・病状の変化の見通し、余命についてどのように捉えているか語ってもらう。
- ④ 病気・病状に関する今後の変化の見通し、余命について、どこまで知りたいか、知りたくないかについて確認する。
- ⑤ 医学的に考えられる現在の病気・病状の変化の見通し、予測される余命、その可能性の高さについて、本人の希望・感情状態に配慮しながら共有する。
- ⑥ 今後の生活の上で大切にしたいこと、価値観・人生観、こうありたくない・こうしてほしくない願い、代理意思決定者を誰にするか、急変時の医療・ケアについての思いや意向について語ってもらう。
- ⑦ これからの治療の計画と目標について、共有する。
- ⑧ 語られた内容、共有した情報、今後の計画を整理し、話し合いをまとめる。

※特に⑥については、普段の日常診療・ケアの中で得られた情報をその都度診療録に記録し、意思決定支援の参考にすることも重要であると考えられる。

（５） 意思決定支援の記録（診療録への記載・文書同意の必要性）

主治医・担当医が本人やその家族などに人生の最終段階の状態であることを説明し、以下の内容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などの医療スタッフも同様に、診療録にその内容を記載する。そして、必要時には本人への確認のもと、それらの情報・記録を地域医療機関と共有する。

- ①人生の最終段階に向かっていること：本人に人生の最終段階に向かっているであること、

家族などに説明した内容、説明を受けた者の理解・状況

②本人の意思または推定意思とその根拠：本人の意思、代理意思決定者による推定意思、意思の推定に関わった医療・ケアチームメンバー名

③今後の医療・ケアの方針：考えられる選択肢とそれらの利益・不利益、本人にとっての最善の治療方針についての検討事項、検討メンバー名

また本指針では、人生の最終段階における医療・ケアの方針についての決定事項については、必ずしも文書同意が必要とは考えない。文書同意を得るよりも重要なことは、以下のような本人や家族などへの対応を、細やかに診療録に記載しておくことが最も重要であるとする。

- ・人生の最終段階における医療・ケアに関する情報について、どのような説明を行ったのか

- ・その治療に関して本人にはどのような益・不利益があり、どのように説明を行ったのか

- ・本人やその家族などからどのような質問や依頼があり、それに対してどのような情報を追加したのか

- ・本人や家族などからどのような不安や心配ごとが語られ、それらにどのように対応したのか

- ・最終的にどのような医療・ケアを行うことになったのか

- ・どのような状況において、再度、提供する医療・ケアに再検討し、本人・家族などと話し合いを行うのか

- ・最終的な同意が得られない場合にはとりあえず当面、どのような医療・ケアを提供するのか

（６） 教育体制（内容・方法）について

以下の内容について、定期的に職員に対して、年に１回程度、適切な意思決定支援のためのセミナーなどの普及教育を検討・実施する。担当部署は、ACP 普及推進チーム、および臨床倫理委員会とする。

- ・当院における「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」について

- ・「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（厚生労働省作成）」について

- ・Advance Care Planning（ACP、人生会議）とは

- ・人生の最終段階における具体的な医療・ケアについて

- ・その他の臨床倫理に関すること

（７） 指針の見直し

これら指針については、社会情勢を鑑みて定期的に見直されるものとする。管理者たる病院長の責任の下、当院においては ACP 普及推進チーム、および臨床倫理委員会がその任を負う。また、今後、腎疾患、心疾患、呼吸器疾患、救急医療・集中治療領域、老人保健施設、新生児・小児や AYA 世代など、個別の疾患や治療場所、年齢における特性について検討し、それぞれの病状における適切な意思決定支援のあり方について、指針に盛り込んでいくものとする。

<おわりに（地域連携の推進）>

適切な意思決定支援は、疾患を問わず重要な医療・ケアの一部である。また、本人を主体とした ACP を含む人生の最終段階に向けた適切な意思決定支援は病院内だけにとどまらず、連携施設や介護施設、在宅においても、最期までその人らしい人生を全うできるよう、継続的な対応が求められる。また、地域医療・介護の現場で得られた情報も、当院での本人にとっての最善の治療方針の決定に活用していく必要もある。当院を訪れる患者とその家族などの意向が尊重され、住み慣れた地域・自宅で適正な医療・ケアを受けながら、安心して生活ができるよう、また療養場所が変わっても、ACP に関する情報が医療・ケアチーム間で共有され適切な意思決定支援が継続されるよう、地域連携に力を入れていく必要がある。

【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関するガイドライン」 厚生労働省 改訂 平成 30 年 3 月
- ・「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」 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会 改訂 平成 30 年 3 月
- ・「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 平成 30 年 6 月
- ・「身寄りの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」 平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「医療現場における成年後見制度への理解及び病院が身元保証人に求める役割等の実態把握に関する研究」班