

横浜掖済会病院における 適切な意思決定支援に関する指針



横浜掖済会病院

2020年9月29日

I はじめに

終末期医療に関して医療・ケアのあり方の問題は、従来から医療現場で重要な課題となっている。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」策定から10年の歳月を経た平成30年3月には、近年の高齢多死社会の進展に伴い、地域包括ケアの構築に対応する必要があることや、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の概念を踏まえた研究・取り組みが普及してきていることなどを踏まえ、ガイドラインの改訂が行われた。

横浜市では、令和元年に「人生の最終段階」での医療やケアについて、自分の考えを残しておくために、元気なうちから考えるきっかけとなることを目的として「もしも手帳」を発行し、啓発活動を行っている。

このような社会的な流れを受け、当院においては令和2年1月「DNARガイドライン」を策定し、また地域包括ケア病床開床にあたり「横浜掖済会病院における適切な意思決定支援に関する指針」を策定した。対象は健康人から疾病を持つ患者とし、適切な意思決定支援を行っていくことが必要となる。

II 基本方針

患者・家族等と医療・ケアチームとの話し合いのもと、患者の意思と権利が尊重され、最善の医療・ケアを進めるものとする。

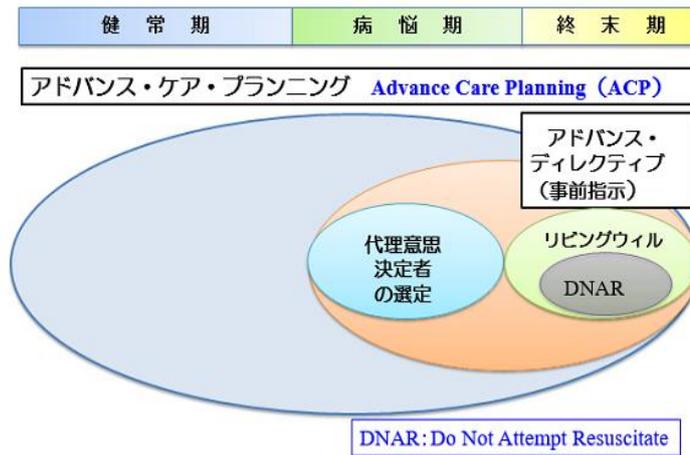
策定に当たり、厚生労働省：「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成30年3月改訂）、「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」（令和元年5月策定）、「障害福祉サービスの利用等にあたっての意思決定支援ガイドライン」（平成29年3月策定）、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」（平成30年6月策定）を規範とする。

- 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（医師・看護師）の医療・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。また、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。
- 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、本指針の対象とはしない。
- 7 このプロセスにおいて、話し合った内容は、その都度、文章にまとめておく。

III 意思決定支援の対象

健康人から疾病を持つ患者および家族等（外来・入院）

IV 意思決定に関する枠組みの実施時期



V 意思決定支援の方法について

1 患者の意思確認及び医療・ケアの方針決定方法

(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行い、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する。

*「私の希望書～“もしも”の時の医療について～」の有無の確認

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、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を行う。

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、家族等も含めて話し合いを繰り返し行うものとする。

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。

(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。*「私の希望書～“もしも”の時の医療について～」の有無を確認

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と思われる方針をとる。

③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。

④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、医療・ケアチームが本人にとって最善と思われる方針をとる。

⑤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) インフォームド・コンセント委員会での話し合いの場の設置

上記(1)及び(2)の場合における方針の決定に際し、

①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

②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

③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ついては、インフォームド・コンセント委員会にて方針等についての検討及び助言を行う。

2 意思決定支援の流れ

*別紙の「横浜掖済会病院における適切な意思決定支援フローチャート」参照

(1) 健康な人（地域・外来患者やその家族等）へのACP

- 地域：ともえ会等を通じ講演会等でACP（＝人生会議）を普及していく。（担当は地域連携部）
- 外来通院患者や家族等：「もしも手帳」を外来待合室へ設置し、周知を図る。「もしも手帳」についての問い合わせは医師・看護師・地域連携部が担当する。

(2) 全入院患者・その家族等へのACP

- ①入院説明時、全入院患者・家族等に外来看護師が「私の希望書～“もしも”の時の医療について～」の書類を説明し渡す。
- ②「私の希望書～“もしも”の時の医療について～」の取り扱いについて
 - 全入院患者に配布する。
 - 患者・家族等が記載し提出した場合や話し合いを希望した場合は医師・看護師は医療・ケアチームとして共に話し合う機会をもつ。
 - 患者・家族等がこの希望書の記載をされてないが、心身の状態の変化、医学的評価で医療・ケアチームが患者・家族等に意思確認が必要だと判断した場合は、患者・家族等にこの希望書を記入してもらい話し合う。

*「私の希望書～“もしも”の時の医療について～」は医師だけでなく看護師にも患者・家族等へ説明し話し合う権限あり。この希望書と話し合った内容は必ず記録に残し、主治医へ報告する。

*「私の希望書～“もしも”の時の医療について～」の問い合わせは、病棟で医師・看護師・地域連携部が担当する。

(3) 治療をしても回復の見込みが期待できない可能性のある緊急入院患者や終末期患者

当院の「DNARガイドライン」に則り、「緊急入院時の患者さん・ご家族等へのDNAR説明書および同意書」や「患者さん・ご家族へのDNAR説明書」・「患者さん・ご家族等のDNAR意向確認書、同意書」を用いて医師が説明し、医師同席の下、患者や家族等に記入してもらう。

VI 地域へ本人の思いをつなぐ

*在宅復帰や転院時の「DNAR同意書」や「私の希望書～“もしも”の時の医療について～」の活用。患者の思いをつなぐ目的で地域との連携を図る。

1 自宅

訪問診療、訪問看護・・・「私の希望書～“もしも”の時の医療について～」や「患者さん・ご家族へのDNAR説明書」「患者さん・ご家族等のDNAR意向確認書、同意書」の内容を情報提供する。

2 施設

「私の希望書～“もしも”の時の医療について～」や「患者さん・ご家族へのDNAR説明書」「患者さん・ご家族等のDNAR意向確認書、同意書」の内容を情報提供する。

3 病院

DNAR：「患者さん・ご家族へのDNAR説明書」「患者さん・ご家族等のDNAR意向確認書、同意書」の内容を情報提供する。

治療希望：フルコース、酸素、点滴等

「病状説明用紙」「私の希望書～“もしも”の時の医療について～」の内容を情報提供する。

VII 用語の定義

1 アドバンス・ケア・プランニング (=Advance Care Planning)

「将来の意思決定能力の低下に備えて、患者やその家族とケア全体の目標や具体的な治療・療養について話し合う過程（プロセス）」とされている。「人生会議」ともいわれる。簡略すると“もしものための話し合い”である。

この話し合いには、“もしもの時”に、自分がどんな治療を受けたいか、または受けたくないか、そして自分という一人の人間が大切にしていること（価値観）などを、前もって大切な人達と話し合っておく、その一部始終が含まれている。

話し合いによりもしもの時に 望んだ治療、ケアを受けられる可能性が高くなる。

これからの治療やケアについての話し合い、アドバンス・ケア・プランニングのすすめ方

ステップ1：考えてみましょう

ステップ2：信頼できる人が誰かを考えてみましょう

ステップ3：主治医に質問してみましょう

ステップ4：話し合みましょう

ステップ5：伝えましょう

2 終末期 (=人生の最終段階)

一般的に、いかなる医療の効果も期待できず、余命が数か月以内と判断される時期を、医学的に終末期と呼んでいる。ただし「終末期」という言葉だけでは患者の病状・現況・予後を正確に把握できない。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」では、どのような状態が終末期であるのかの判断は、患者の状態を踏まえて主治医を含む複数の医師及び看護師、その他必要な複数の医療関係者からなる医療・ケアチームで客観的に行うべきであるとされている。

日本救急医学会、日本集中治療医学会、および日本循環器学会は、救急・集中治療における終末期の定義を示し「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～」を作成し「救急・集中治療における終末期」とは、集中治療室等で治療されている急性重症患者に対し適切な治療を尽くしても救命の見込みがないと判断される時期である、と定義している。

3 DNAR (=Do Not Attempt Resuscitation)

「心肺停止時に、成功する可能性がないCPRをあえて試みない」ことであり、原則として、患者及び家族等の意思に基づき、医療・ケアチームとの合意形成のもとに行われるものである。

DNAR 指示は心停止時のみに有効である。

なお、DNAR 指示のもとに心肺蘇生以外の酸素投与、気管挿管、人工呼吸器、補助循環装置、血液浄化法、昇圧薬、抗不整脈薬、抗菌薬、輸液、栄養、鎮痛・鎮静、ICU 入室など、通常の医療・看護行為の不開始、差し控え、中止を自動的に行ってはいけない。

4 心肺蘇生法 (=CardioPulmonary Resuscitation, CPR)

心肺機能が停止した状態にある傷病者の自発的な血液循環および呼吸を回復させる試み、あるいは手技を心肺蘇生法 (cardiopulmonary resuscitation; CPR) という。CPR は一次救命処置 (basic life support; BLS) と二次救命処置 (advanced cardiac life support) に分かれる。BLS とは、緊急病態 (心肺停止) の認知、救急医療システムへの通報、気道確保 (airway)、人工呼吸 (breathing) および心臓マッサージ

(circulation) により自発的な血液循環および呼吸を回復させる試みを指し、医療従事者に限らず誰でもおこなうことのできる心肺蘇生法をいう。このうち気道確保、人工呼吸、心臓マッサージの3つの手技を基本CPRという。

5 家族等

心肺停止時には患者の意向を聞くことはできないため、DNAR 指示の意思を問うべき「家族等」の定義が必要である。医療においての意思決定支援における「家族等」とは単に配偶者や血縁者といった民法上の親族だけではなく、より広い範囲で患者が信頼を寄せ、闘病や生活を支える存在を指す。

6 医療・ケアチーム

当院では、医師・看護師・地域連携部職員などの異なる職種の集まりのことをいう。

VIII 当院ではインフォームド・コンセント委員会への付議

本ガイドラインに関し、主治医、各診療科医師又はその他職員、医療安全管理者が倫理委員会の判断が必要と考える場合、あるいは家族等からの要望があり医療・ケアチームが必要であると判断する場合には、インフォームド・コンセント委員会の委員長に同委員会の開催を依頼し、審議する。なお現場では迅速な判断を要する場合は書面審査を行うか、或いは委員長及び担当診療部長の2名の承認を経て代用することを可能とする。

IX ガイドラインの見直し

本ガイドラインは、あくまでも作成時点における DNAR 指示に関する当院の考え方を示したものである。今後、社会情勢の変化などをみながら、適宜見直しを図る必要がある。

なお、改訂にあたっては、インフォームド・コンセント委員会に付議し、その承認を受けることを条件とする。

X 参考文献

- ・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（2015年3月 厚生労働省）
- ・厚生労働省ホームページ「人生会議」してみませんか
<http://www.seirei.or.jp/yokohama/feature/Acp-20191130/index.html>
- ・横浜市ホームページ「人生の最終段階での医療・ケアに関する検討について」
<https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/kenko-iryu/iryu/zaitaku/jinseisaishudankai.html>
- ・横浜掖済会病院「DNARガイドライン」2020.1.28

◆附 則◆ この指針は、令和 2年 9月 1 日から施行する。

令和7年2月1日改訂

VII 付録

1 「もしも手帳」の使用方法

＜「もしも手帳」の目的＞

「人生の最終段階」での医療やケアについて、自分の考えを残しておくために、元気なうちから考えるきっかけとなることを目的としている。また、患者本人の考えを家族等の信頼のおける人や医療・介護従事者などと話す際の手助けとなることも期待される。

①「もしも手帳」の内容

【質問1】治療やケアの希望

【質問2】代理者（誰に医療・介護従事者と話し合っしてほしいか）の希望

【質問3】最期を迎える場所の希望

②「もしも手帳」の使い方

【考えてみる】

まずは患者本人が質問に答えながら、自分の考えを整理する。

考える際には質問の順にこだわらず、答えた質問を振り返ることも有効である。

【話し合ってみる】

「もしも手帳」を見ながら、患者本人が整理した考えを人生の最終段階の医療・ケアにおいて関わってもらおう人たちと話し合う。

これにより、患者本人が「もしも」の際に患者本人が望む医療・ケアを関わってもらおう人に伝えることができる。また、話し合うことで考えている内容がより深まる可能性もある。

【書き直す】

話し合いや時間の経過、状況の変化によって患者本人の考えが変わることがある。

考えが変わった際は再度かき直しておく。かき直したらまた話し合いをしておくようにする。

③当院の「もしも手帳」配布場所

外来待合室

医療・ケアについての
もしも手帳
“もしも”
治らない病気などになったら
“もしも”
自分の気持ちを伝えられなくなったら
あなたはどのようにして気持ちを伝えますか？
この手帳は“もしも”に備えて、元気なうちに、治療やケアについて、いま思っていることを残しておくものです。
あなたのご家族や大切な人と一緒に話し合ってみてください。
横浜市人生の最終段階の医療等に関する検討会
横浜市区医師会
医療の視念

① “もしも” 治らない病気などになり、自分の気持ちを伝えられなくなったら、どんな治療やケアを受けて過ごしたいですか？
 できるだけ長く生きるための治療を受けたい
 痛みやつらさを軽減する治療やケアのみしてほしい
 すべての治療やケアを受けたくない
 わからない
 その他

② “もしも” 治療やケアについて、自分で決められなくなったら、代わりに誰に話し合っしてほしいですか？ (複数可)
 配偶者(夫・妻)
 子ども・孫
 きょうだい
 親戚(甥・姪など)
 友人・知人
 かかりつけ医
 その他
 頼める人はいない
※ []内には名前や連絡先を書いてください。

③ “もしも” 治らない病気などになったら、どこで過ごしたいですか？ (複数可)
 自宅
 病院
 施設
 今はわからない
 その他、自由に

氏名 _____
書いた日 _____年 月 日
話し合った日 _____年 月 日
話し合った人 _____



2 厚生労働省：意思決定支援等に係る各種ガイドラインの比較について

	A 障害福祉サービスの利用等にあたっての意思決定支援ガイドライン	B 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	C 人生の最終段階の決定プロセスに関するガイドライン	D 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
策定期期	平成29年3月	平成30年6月	平成19年（平成30年3月改訂）	令和元年5月
誰の（意思決定）支援か	障害者	認知症の人（※認知症と診断された場合に限らず、認知機能の低下が疑われ、意思決定能力が不十分な人を含む。）	人生の最終段階を迎えた人	医療に係る意思決定が困難な人
ガイドラインの趣旨（意思決定支援等の担い手を含む）	意思決定支援の定義や意義、標準的なプロセスや留意点を取りまとめたガイドラインを作成し、事業者や成年後見の担い手を含めた関係者間で共有することを通じて、障害者の意思を尊重した質の高いサービスの提供に資すること	認知症の人を支える周囲の人において行われる意思決定支援の基本的考え方（理念）や姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理して示し、これにより、認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることを目指すもの	人生の最終段階を迎えた本人・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・ケアを作り上げるプロセスを示すもの	本人の判断能力が不十分な場合であっても適切な医療を受けることができるよう、Cガイドラインの考え方も踏まえ、医療機関としての対応を示すとともに、医療に係る意思決定の場面で、成年後見人等に期待される具体的な役割について整理するもの
ガイドラインが対象とする主な場面	①日常生活における場面 ・食事、衣服の選択、外出、排泄、整容、入浴等の基本的な生活習慣に関する場	①日常生活における場面 ・例えば、食事・入浴・被服の好み、外出、排泄、整容などの基本的な生活習慣や、日	人生の最終段階における医療・ケアの場面 ・「人生の最終段階」には、がん末期のように予後が長くても2～3か月と予	医療に係る意思決定の場面（※主に、本人の意思決定が困難な場合について記述）

	<p>面</p> <p>②社会生活における場面</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自宅からグループホームや入所施設、一人暮らし等に住まいの場を移す等の場面 	<p>常提供されたプログラムへの参加を決める場合等</p> <p>②社会生活における場面</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自宅からグループホームや施設等に住まいの場を移動する場合や、1人暮らしを選ぶか、どのようなケアサービスを選ぶか、自己の財産を処分する等 	<p>測 できる場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返して予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など数か月～数年で死を迎える場合がある</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 	
<p>意思決定支援等のプロセス等</p>	<p>可能な限り本人が自ら意思決定できるよう、以下の枠組みで支援する。</p> <ol style="list-style-type: none"> ①意思決定支援責任者の配置 ②意思決定支援会議の開催 ③意思決定の結果を反映したサービス等利用計画・個別支援計画（意思決定支援計画）の作成 ④サービスの提供 ⑤モニタリングと評価・見直し 	<p>本人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることを目指すために以下のプロセスで支援する。</p> <ol style="list-style-type: none"> ①人的・物的環境の整備（本人と支援者との関係性や意思決定支援の場所・時間等への配慮等） ②意思形成支援（適切な情報、認識、環境の下で意思が形成されることへの支援）、意思表示支援（意思を適切に表明・表出することへの支援）、意思実現支援（本人の意思を生活に反映することへの支援）。各プロセスで困難・疑問が生じた場合、チーム会議も併用・活用 	<p>本人意思が確認できる場合、次の手順によるものとする。</p> <ol style="list-style-type: none"> ①医療従事者からの適切な情報提供と説明 ②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 ③時間の経過や心身の状態の変化等に応じて本人の意思は変化しうるため、家族等も含めて繰り返し話し合うことが必要 	

<p>(代理) 代行決定 (※)について</p> <p>※本人による意思決定が困難な場合に、第三者が本人に代わって意思決定を行うこと</p>	<p>①本人の自己決定や意思確認がどうしても困難な場合、本人をよく知る関係者が集まって、根拠を明確にしながら本人の意思・選好を推定</p> <p>②本人の意思推定がどうしても困難な場合、関係者が協議し、本人にとっての最善の利益を判断</p>	<p>(※本人の意思決定能力に欠ける場合の代理代行決定はガイドラインの対象外)</p> <p>(※なお、本人の意思は、それが他者を害する場合や本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合でない限り、尊重される(「重大」か否かは、明確な不利益性・回復困難な重大性・発生の蓋然性の観点から判断))</p>	<p>本人意思が確認できない場合、次の手順により、医療・ケアチームの中で慎重に判断(いずれの場合も、本人にとって最善の方針をとることを基本とする)</p> <p>①家族等が本人意思を推定できる場合、その推定意思を尊重</p> <p>②家族等が本人意思を推定できない場合、本人にとって何が最善であるか家族等と十分話し合う</p> <p>③家族等がい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も、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする</p>	
<p>(意思決定支援等における) 成年後見人等の役割・関与の在り方</p>	<p>①サービス提供者とは別の第三者として意見を述べ、多様な視点からの意思決定支援を進める</p> <p>②意思決定支援の結果と成年後見人等が担う身上配慮義務に基づく方針が齟齬しないよう、意思決定支援のプロセスに参加</p>	<p>意思決定支援に当たり、本人の意思を踏まえて、家族・親族、福祉・医療・地域近隣の関係者とともにチームとなって日常的に見守り、本人の意思や状況を継続的に把握し、必要な支援を行う</p>	<p>(記述なし)</p>	<p>①契約の締結等(受診機会の確保・医療費の支払)</p> <p>②身上保護(適切な医療サービスの確保)</p> <p>③本人意思の尊重(本人が意思決定しやすい場の設定、チームの一員として意思決定の場に参加等)など(※成年後見人等の権限には、いわゆる医療同意権が含まれないことを明記)</p>
<p><全ガイドラインの共通点></p> <p>*ガイドラインの趣旨(意思決定支援等の担い手を含む)</p> <p>各ガイドラインの趣旨は様々であるが、いずれのガイドラインにおいても、本人への支援は、本人の意思(自己決定)の尊重に基づいて行う旨が基本的な考え方として掲げられている</p> <p>*意思決定支援等のプロセス等</p> <p>各ガイドラインにおける意思決定支援の要素・プロセスは様々であるが、本人が意思決定の主体であり、支援を行う前提としての環境整備、チーム支援、適切な情報提供等の要素は共通</p> <p>* (代理) 代行決定 (※) について ※本人による意思決定が困難な場合に、第三者が本人に代わって意思決定を行うこと</p> <p>・Bのガイドラインでは、「いわゆる代理代行決定のルールを示すものではない」旨明記</p>				

- ・その他のガイドラインでは、本人意思が確認できない場合等における、本人意思を推定するプロセスや、最終手段として、本人にとっての最善の利益の観点からなされる代行決定等のプロセスについても記述
- *（意思決定支援等における）成年後見人等の役割・関与の在り方
- ・後見人等について、A・B のガイドラインでは主として他の関係者とともに意思決定支援のプロセスに関与することが求められているのに対し、D のガイドラインでは医療等の場面で後見人等に期待される役割・行為が個別具体的に記載

2025年3月1日 改訂