

碧南市 ACP ガイドライン

2022.2

目次

I はじめに	2
II 本ガイドラインにおける ACP の定義と基本事項	4
III 碧南市における ACP の流れ	6
IV 私の 4 つの大切な覚え	7
V 碧南市 ACP 人材育成ステップ研修	8
VI 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	13

碧南市
碧南において ACP を推進する会
碧南市介護サービス機関連絡協議会
碧南市看護師会

I.はじめに

<ガイドラインの必要性>

近年の高齢多死社会の進行に伴う「人生の最終段階*」における医療やケアのあり方の問題は、医療や介護の現場で重要な課題となっている。国では厚生労働省を中心に、人生の最終段階における医療に関する国民の意識調査を行うとともに、国民や医療介護関係者に広くコンセンサスが得られる指針の策定・普及など、人生の最終段階を迎える人を支えるため、慎重にその体制整備に取り組んでいる。

また近年の診療・介護報酬改定では、看取りに関連する報酬において、「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**」などの内容に沿った取り組みが求められるようになり、さらにガイドラインは「アドバンス・ケア・プランニング***（以下、ACPと略記する）」の概念を盛り込んだ内容に改訂された。そして令和2年度、碧南市ではACPのための用紙「私の4つの大切な覚え****」を作成した。

このような状況の中、碧南市において、医療・介護の現場における適切なACPの実践、ACPで明らかになった「本人の思い」を実現するための医療介護関係者の連携強化、ACPが実践できる人材育成を目的としてガイドラインを策定する。

*人生の最終段階

本ガイドラインにおいて「人生の最終段階」とは、単に身体的生命の状態のみでなく、人としての生きざまとして、物語られる人生全体の終わりにあたる時期をさすこととする。具体的には、「医療・ケアを受けているが、状態が安定している人」から「人生の最終段階を自覚している人」を対象とする。

**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 H30.3 改訂)
P13 以降、参考情報参照

***アドバンス・ケア・プランニング ACP (愛称:人生会議)

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(H30.3 改訂)より抜粋
人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス

****私の4つの大切な覚え IV参照

碧南市の ACP 実施用の用紙。Ver.1 元気編、Ver.2 治療編、Ver.3EOL(End of life)編の3種類。Ver.1は本人による書き込み用、Ver2~3は医療介護関係者による聞き取り用。

<本ガイドラインの基本的な考え方>

本ガイドラインは、地域包括ケアシステムの中、ACPの知識を持った医療介護関係者が中心となり、適切に ACP を実践し、医療や介護の場面で、「本人の思い」をつなぐことができるチームを作り、かつ人生の流れにおいても、継続的に「本人の思い」をつなぐことができるようにガイドするものである。

具体的には、碧南市ACP人材育成ステップ研修(V参照)履修者の支援のもと、市内勤務のメディカルスタッフ(医師・看護師・薬剤師・セラピスト・医療ソーシャルワーカー・相談員等)とケアマネジャーが他の関係者とともに、人生の最終段階にある方に対し、「私の4つの大切な覚え Ver.2~3」を使って明らかにした「本人の思い」の実現に向けて、共通目標を持ち、継続的に連携して支援するためのガイドとしていただきたい。

加えて、このガイドラインを使用する際には、ただ形式にとらわれるのではなく、本人・家族等から「本人の価値観」を大切に受け止め、「人生を生き切る」ための「本人にとっての最善」を繰り返し話し合い、進んでいくことが肝要である。

<文献 中心のものを一部抜粋して記載する>

- 1) 神戸大学:厚生労働省委託事業 人生の最終段階における医療体制整備事業 本人の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会(E-FIELD) 研修資料, 2017 2018 2021
- 2) 知多半島においてアドバンスケアプランニングとエンドオブライフディスカッションを推進する会:人生の最終段階についてアドバンス・ケア・プランニング(ACP)を推進する人材育成のための研修会 E-ラーニング 研修資料, 2017
- 3) 国立長寿医療研究センター:愛知県人生の最終段階における医療体制整備事業 あいち ACP プロジェクト 共有意思決定支援を学ぶ研修会 研修資料, 2018
- 4) 木澤義之:アドバンス・ケア・プランニングとは, Nursing Skills, 2021 (動画講義)
- 5) 神戸大学:アドバンス・ケア・プランニング(人生会議) https://www.med.kobe-u.ac.jp/jinsei/acp_kobe-u/acp_kobe-u/index.html (2021.11 閲覧)
- 6) 中外製薬:アドバンスケアプランニング(ACP)によるがん患者さんの支援 <https://chugai-pharm.jp> (2021.11 閲覧)
- 7) 一般社団法人日本老年医学会:ACP 推進に関する提言, 2019
- 8) 一般社団法人日本老年医学会:高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として, 2012
- 9) 一般社団法人日本集中治療医学会 日本救急医学会 日本循環器学会:救急・集中医療における終末期医療に関するガイドライン, 2014
- 10) 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
- 11) 箕岡真子:正しい看取りの意思確認, 株式会社ワールドプランニング, 2018
- 12) 清水哲郎:人生の最終段階における医療の選択に関する意思決定支援, エンド・オブ・ライフケア, Vol.1, No.6P.2~10, 2018
- 13) 三浦久幸:高齢者のエンドオブライフ・ケアの現況, 健康長寿ネット, <https://www.tyojyu.or.jp> (2021.11 閲覧)

<編集>

中西知加子 碧南市在宅医療サポートセンター 碧南市において ACP を推進する会(事務局)＊
 都築 千波 碧南南部地域包括支援センター
 中井 敏子 碧南において ACP を推進する会 小林記念病院
 加藤 美紀 碧南において ACP を推進する会 小林記念病院
 磯村 直美 碧南市介護サービス機関連絡協議会ケアマネ部会
 鳥居ゆかり 碧南市看護師会 碧南市民病院

※二次的な利用を検討される場合は、事前に編集者＊までご連絡ください。

II.本ガイドラインにおける ACP の定義と基本事項

< ACP の定義 >

ACPとは、「人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス」として、次の1～3とともに定義される。

- 1 本人が望めば、家族や友人等とともに行われる。
- 2 本人の同意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見なおされ、ケアにかかわる人々の間で共有されることが望ましい。
- 3 話し合いには以下の内容を含む。
 - 1) 本人の気がかりや意向
 - 2) 本人の価値観や目標
 - 3) 病状や予後の理解
 - 4) 治療やケアに関する意向や選好、その提供体制

< 基本事項 >

- 1 ACP はその対象を、「地域住民」と「人生の最終段階にある人」の大きく 2 つに分けて考えることができるが、本ガイドラインでは後者を対象と考える。
- 2 さらに、「人生の最終段階にある人」の中でも、「医療・ケアを受けているが、安定した状態にある人」と「人生の最終段階を自覚している人」では、内容や方法を変えて行う必要がある。
- 3 状況により本人の思いは変化する可能性がある。ACP を行う時は、それまでの ACP の経験を確認し、その内容を含め進める必要がある。
- 4 ACP は「心の準備状態」ができていないと、利益よりも害が多いことがある。本人の「心の準備状態」に応じて行うことが重要である。
- 5 「人生の最終段階を自覚している人」に対する ACP の場合、病状や今後の予測される経過の話が必須であり、それがきっかけとなるため、本人をよく知っている医師の情報提供から話し合いを始めることが望ましい。その後の詳細な話し合いは職種を選ばない。
- 6 ACPの段階(意思形成→意思表明→意思決定→意思実現)にあわせて、次の内容を段階的に行う。
 - 1) 気づき
 - 2) 情報集め
 - 3) 情報の吟味
 - 4) かかわり方の決定
 - 5) 話し合い(共有意思決定支援)
 - 6) 思いをつなぐ(共有化)
- 7 6-3)「情報の吟味」は次の内容を行い、これらをもとに6-4)「かかわり方の決定」を行う
 - 1) 本人に意思決定能力はあるか。*
 - 2) 本人の思いを代弁できる人はだれか。**
 - 3) 支援する人が「本人のこと」でわかっていることは何か。***
 - 4) 本人へ提供できている情報は何か。****
- 8 6-5)「話し合い(共有意思決定支援)」は「心の準備状態」を確認してから、「私の 4 つの大切な覚え」を用いて、次の内容を段階的に進める。複数に分けて、適切な時期に適切な話題を話すことを心がける。
 - 1) 病状の認識を確かめる
 - 2) 話し合いを導入する
 - 3) 代理決定者を選定する
 - 4) 療養や生活での不安、疑問を尋ねる
 - 5) 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる
 - 6) 治療の選択を尋ね、最善の選択を支援する
 - 7) 代理決定者の裁量権について尋ねる

- 9 6-6)「思いをつなぐ(共有化)」は、医療や介護の場面で、「本人の思い」をつなぎ実現することができるチームを作り、かつ人生の流れにおいて継続的に「本人の思い」をつなぎ実現するために重要である。そのため、特に「Ⅲ.碧南市におけるACPの流れ」として次項にまとめる。

*本人に意思決定能力はあるか。

- 1 選択する能力とそれを相手に表明する能力があるか？
- 2 病期やその予後、治療などについて理解する能力があるか？
- 3 治療法を選択した場合、それがどんな結果をもたらすかを認識できるか？
- 4 決定内容が本人の価値観や治療目標と一致しているか？

**本人の思いを代弁できる人はだれか。

- 1 その人は「本人がどんな人で、どんな価値観を持っているのか」を十分知り、本人の意思を的確に推定することができる立場にあるか？
- 2 その人が本人の病状、治療内容、予後等について、十分な情報を持ち、正確に認識をしているか？
- 3 その人は自分の願望や都合ではなく、本人の立場に立って、真摯に考えることができているか？

***支援する人が「本人のこと」でわかっていることは何か。

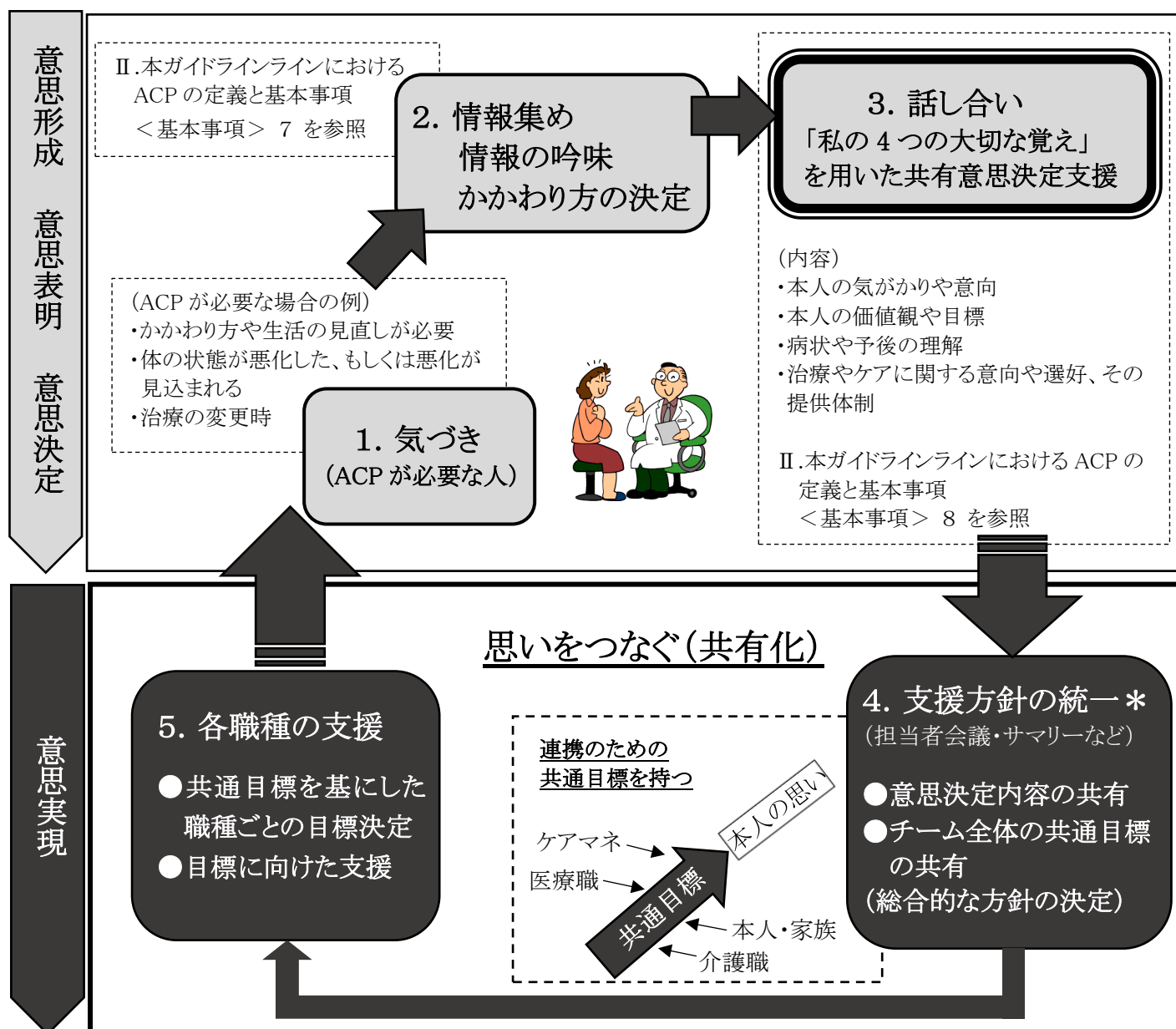
- 1 本人はどうなりたいと考えているのか？
- 2 本人は医療に何を期待しているのか？
- 3 本人がもっとも優先してほしいことは何か？
- 4 病気や医療が本人の生活にどのような影響を与えるのか？
- 5 本人にとって「受け入れがたいこと」や「辛いこと」はどのようなことか？
- 6 本人は推奨された治療計画を現実的に守っていくことができそうか？
- 7 本人は誰と相談したいと考えているのか？
- 8 本人は誰に話してほしくないと考えているのか？

****本人へ提供できている情報は何か。

- 1 診断と病状
- 2 治療やケアの目的
- 3 医療者が想定している治療やケアの選択肢の内容
- 4 治療やケアを行わなかった場合に起こり得る病状や結果
- 5 選択肢それぞれの本人に起こりうるメリット、デメリット
- 6 経済的負担
- 7 治療やケアがもたらす結果が確実でない場合があること
- 8 患者が治療やケアを拒否、中断、変更提案する権利を有していること

Ⅲ. 碧南市におけるACPの流れ

医療介護関係者が連携するためには、「本人の思いの実現」というチームの共通目標に方向を合わせて、各職種が目標をもち支援することが必要である。特に入退院や入退所など、本人の過ごす場所が変わる場面では、「本人の思い」やそれをもとに決定した「総合的な支援の方針」を、次の担当者に途切れることなく、つなぐことが求められる。



* 本人の過ごす場所が変更になる場合の支援方針の統一(入退院・入退所など)

- 1 担当者会議などにより、情報を共有し、支援方針を統一する機会をもつことが望ましい。
- 2 関係する主治医を含む全ての医療介護関係者が1または書面により、次の情報を共有する必要がある。
 - 1) 総合的な支援の方針
 - 2) 「私の4つの大切な覚え」Ver.2 または Ver.3
- 3 特に「人生の最終段階を自覚している人」に対しては、「私の4つの大切な覚え」Ver.3を用いた共有意思決定支援を行い、サマリーや情報シートに「総合的な支援の方針」を記載し、「私の4つの大切な覚え」をその根拠として添付することを基本とする。

IV.私の4つの大切な覚え

碧南市ホームページ(高齢介護課)または碧南市民病院ホームページ(ACP)よりダウンロード

「私の4つの大切な覚え」は3種類ある。「Ver.1 元気編」は市民自身が書き込むために、「Ver.2 治療編」・「Ver.3 EOL(End of Life)編」は医療介護関係者がききとるための用紙である。本ガイドラインでは、「Ver.2 治療編」・「Ver.3 EOL 編」を使う。これらは、本人にできる限り侵襲を与えないことに配慮して、「Ⅱ.本ガイドラインにおける ACP の定義と基本事項<基本事項>8」に基づいて作成しているため、必ず用紙の流れに沿って使用する。



	Ver.1(元気編)	Ver.2(治療編)	Ver.3(EOL編)
実施	一般市民	メディカルスタッフ	ケアマネジャー
対象	健康成人	医療・ケアを受けているが、状態が安定している人	人生の最終段階を自覚している人
		医療・介護サービスの利用者(入所者も含む)	

<使用上の留意点>

- 1 「Ⅱ.本ガイドラインにおける ACP の定義と基本事項」を再確認してからききとりする。
- 2 下の「Ver.3EOL 編の状態例」を参考に、本人の状態に合った用紙を選ぶ。
- 3 「中止をして下さい」というメッセージにあたった場合は、無理をすることなく中止をする。
- 4 「Ver.2治療編」と「Ver.3EOL 編」は、問4④ーイ以外は同じ内容となっている。「Ver.2治療編」を実施している人が、状態悪化をして人生の最終段階となった場合は、必ず「Ver.2治療編」につづられた思いを再確認し、新たに「Ver.3EOL 編」に書き込む。

<Ver.3EOL 編の状態例>

- 1 繰り返し入院している。
- 2 限られた身の回りのことしかできない。日中の半分以上の時間をベッドや椅子で過ごしている。
- 3 日常生活動作のほとんどを他者の支援に頼っている。
- 4 3～6 か月以内に5～10%の体重が減少し、回復の兆しがない。
- 5 原疾患(おおもとの病気)の治療を受けていても、つらい症状が続いている。
- 6 本人または家族が、命が短くなる可能性があっても、原疾患(おおもとの病気)の治療中止や緩和ケアの希望がある。

■自分自身にサプライズ・クエスチョン■

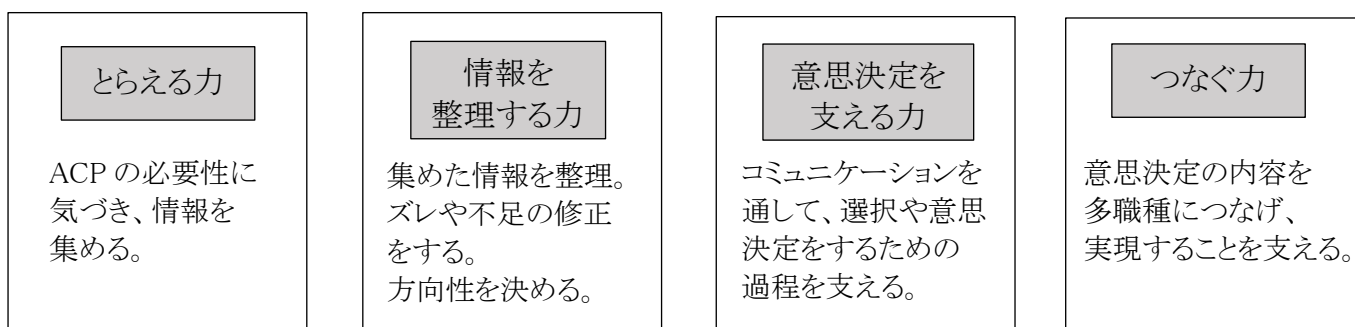
「この方が1年以内に亡くなった」と聞いたら、あなたは驚きますか？
→ もし驚かないならば、Ver.3 EOL 編 へ。

V. 碧南市ACP人材育成ステップ研修

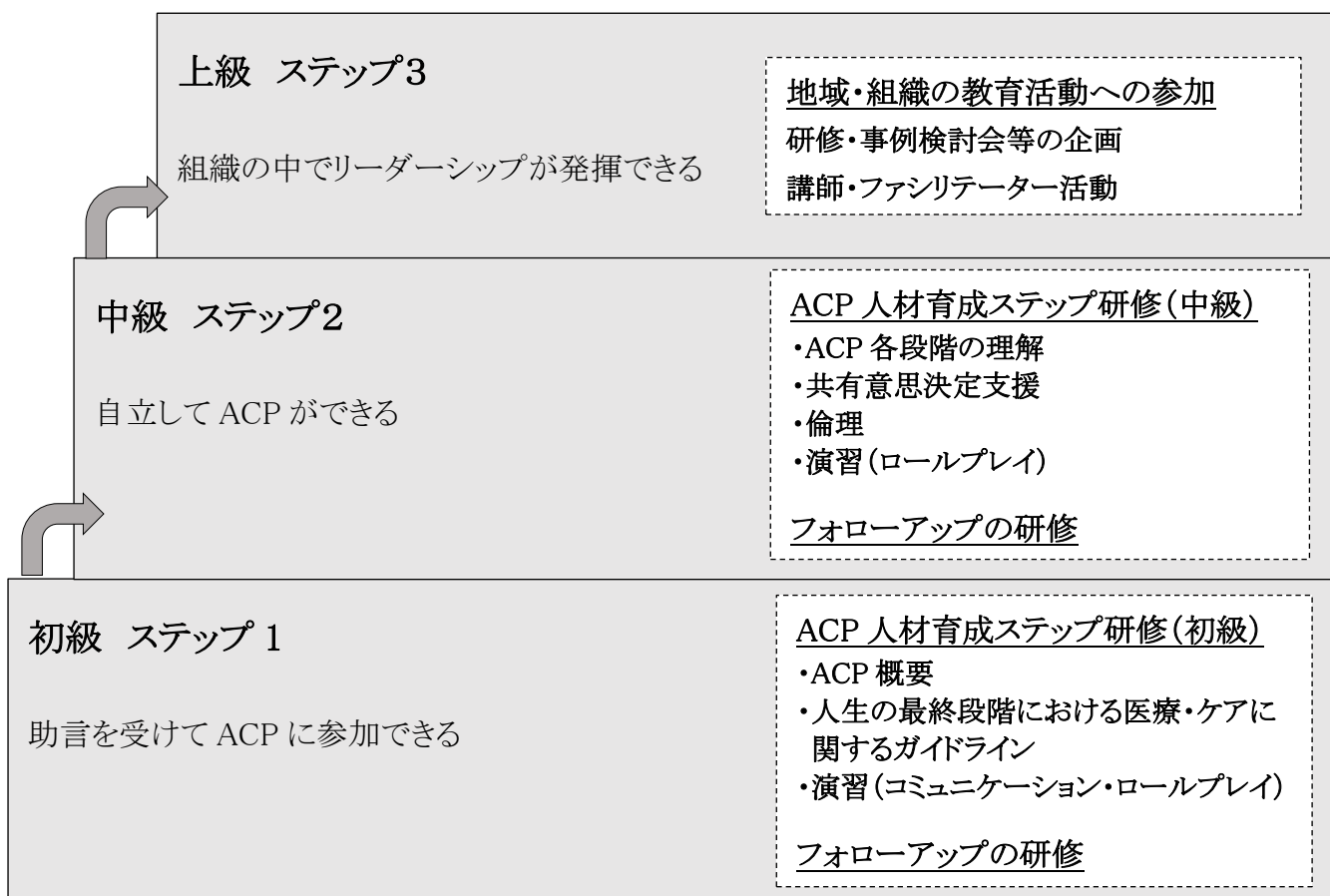
碧南市では、「碧南において ACP を推進する会」の主催で、ACP の主な実施者である市内勤務のメディカルスタッフとケアマネジャーに対し、ACP 実践能力を身に付け、各機関の実践の中心となる人材を育成するために研修を実施する。

研修は初級(ステップ1)・中級(ステップ2)・上級(ステップ3)から成り立ち、各段階において、ACP を支える4つの力(とらえる力・情報を整理する力・意思決定を支える力・つなぐ力)に対して目標を掲げ、内容を企画する。

<ACPを支える4つの力>



<全体の構造>



碧南市ACP人材育成ステップ別 目標・実践例一覧

レベル	初級 ステップ1	
定義	助言を受けてACPに参加できる	
とらえる力	目標	助言を受けて、ACPが必要な人に気づき、情報を集めることができる
	行動目標	助言を受けて次のことができる ・対象を選ぶこと ・必要な情報を集めること
	実践例	□□助言を受けながら、「適応の基準」を用いて対象を選ぶ □□助言を受けながら、記録や聞き取りや観察をもとに次の情報を集める ・医学的状況、予測される見通し ・医師の治療方針 ・身体的精神的状況 ・本人や家族などの認識、意向、感情 ・本人の背景、人生の歴史
情報を整理する力	目標	助言を受けて、情報を整理し、支援の方向性を決めるための話し合いに参加できる
	行動目標	助言を受けて次のことができる ・集めた情報から状況をとらえること ・関係者の認識のズレや情報不足に気づくこと ・情報交換や支援の方向性を決める話し合いに参加すること
	実践例	□□助言を受けながら、集めた情報から状況をとらえる □□助言を受けながら、情報交換の場に参加し、関係者の認識のズレや情報不足に気づく □□助言を受けながら、支援の方向性を決める話し合いに参加し、意見交換をする
意思決定を支える力	目標	助言を受けて、本人・家族などの思いをきくことができる
	行動目標	助言を受けて次のことができる ・自ら問いかけて、本人・家族などの思いをきくこと ・自らが知り得た本人・家族などの思いを、記録に残し、関係多職種に発信すること
	実践例	□□助言を受けながら、本人や家族などの傍らで自らが問いかけ、思いをきき、記録に残して、関係多職種に伝える
つなぐ力	目標	助言を受けて、関係多職種に情報をつなぐことができる
	行動目標	助言を受けて次のことができる ・話し合いの場で発言し、関係多職種と本人・家族などの思いを共有すること ・本人・家族などの思いをまとめ、記録に残し伝えること
	実践例	□□助言を受けながら、関係多職種で行う話し合いの場に参加し、本人・家族などの思いを伝える □□助言を受けながら、本人・家族などの思いを「私の4つの大切な覚え」などに記入し、関係多職種に情報提供する

碧南市ACP人材育成ステップ別 目標・実践例一覧

	レベル	中級 ステップ2
	定義	自立してACPができる
とらえる力	目標	自らACPが必要な人に気づき、状況に応じて情報を集めることができる
	行動目標	自らの力で次のことができる <ul style="list-style-type: none"> ・対象を選ぶこと ・必要な情報を集めること ・情報の収集について、関係多職種に協力を求めること
	実践例	□□自らの力で、「適応の基準」を用いて対象を選ぶ □□自らの力で、記録や聞き取りや観察をもとに次の情報を集める <ul style="list-style-type: none"> ・医学的状況、予測される見通し ・医師の治療方針 ・身体的精神的状況 ・本人や家族などの認識、意向、感情 ・本人の背景、人生の歴史 □□自らの力で、関係多職種に協力を求め、情報を集める
	目標	自ら情報を整理し、支援の方向性を決める話し合いを行うことができる
	行動目標	自らの力で次のことができる <ul style="list-style-type: none"> ・関係者に働きかけて集めた情報を整理し、状況をとらえること ・関係多職種に働きかけ、関係者の認識のズレや情報不足を明らかにしその修正を行なうこと ・関係多職種に働きかけ、情報交換や支援の方向性を決めるための話し合いをすること
	実践例	□□自らの力で、関係多職種が話し合う場を持ち、情報を共有し、次の視点で情報を整理し、状況を捉える <ul style="list-style-type: none"> ・本人の意思決定能力 ・代理判断者の選定 ・医療・ケア側にとっての情報不足はないか ・本人にとっての情報不足はないか □□自らの力で、関係多職種が話し合う場を持ち、関係者の認識のズレや情報不足を明らかにし、修正するための働きかけをする □□自らの力で、関係多職種が話し合う場を持ち、「本人の最善」にむけた支援の方向性や、提案する選択肢を決める
	目標	自ら状況に応じたコミュニケーションや情報提供をすることで、本人・家族などの意思決定を支えることができる
	行動目標	自らの力で、次のことができる <ul style="list-style-type: none"> ・本人・家族などの状況にあわせた意図的なかかわりをし、本人・家族などの思いをさくこと ・本人・家族などへ意思決定に必要な情報提供ができること ・自らが知り得た本人・家族などの思いを、記録に残し、関係多職種に発信すること
意思決定を支える力	実践例	□□自らの力で、本人・家族などの傍らで話をする場を持ち、関係多職種で話し合った支援の方向性をもとにして、情報提供や選択肢の提案し、意思決定を支える(共有意思決定支援) □□自らの力で、本人・家族などの意向、感情を記録に残し、関係多職種に伝える
	目標	自ら本人・家族の思いの実現に向けて、必要な関係多職種へ情報をつなぐことができる
つなぐ力	行動目標	自らの力で次のことができる <ul style="list-style-type: none"> ・タイムリーに必要な人材を集めて、話し合いの場を作ること ・関係多職種と本人・家族などの思いを共有すること ・必要時、患者・家族などの思いを代弁すること ・本人・家族などの思いをまとめ、記録に残し伝えること
	実践例	□□自らの力で必要なタイミングを見極めて、必要な人材を集めて話し合う場を作り、関係者で思いを共有する □□自らの力で、本人・家族などの思いを「私の4つの大切な覚え」などに記入し、関係多職種に情報提供する
	目標	

碧南市ACP人材育成ステップ別 目標・実践例一覧

レベル		上級 ステップ3
定義		組織の中でリーダーシップが発揮できる
とらえる力	目標	ACPが必要な人の抽出と情報収集にリーダーシップを発揮することができる
	行動目標	<ul style="list-style-type: none"> ・対象の選定と情報収集について、有効な方法を教示できる ・適切な資源を積極的に活用できるような働きかけができる
	実践例	□□起っていること全体を客観的にとらえ、判断し、正確な対象の選定、状況に応じた有効な情報収集ができるように働きかける
		□□起っていること全体を客観的にとらえ、判断し、状況に応じた適切な関係職種から情報を得ることができるように働きかける
情報を整理する力	目標	情報の整理、支援の方向性を決める話し合いにおいてリーダーシップを発揮することができる
	行動目標	<ul style="list-style-type: none"> ・関係多職種が集めた情報を整理するために、全体を客観的にとらえ、判断し、有効な方法を教示できる ・関係者の認識のズレや不足の修正について、有効な方法を教示できる ・支援の方向性を決めるための話し合いで、リーダーシップを発揮できる
	実践例	□□関係多職種が話し合う場に参加し、情報の整理、関係者の認識のズレや情報不足の修正、支援の方向性の決定において、常に「本人の最善」を目指し、次の視点で情報を客観的にとらえ、判断し、各職種が主体的・効果的に力を発揮できるような働きかけをする
		・医学的利益と無益
・本人の意向は何かの影響を受けていないか		
・家族などの価値観と意向、感情		
・身体、精神的苦痛の度合いと尊厳の保持		
・本人の背景と人生の歴史とのズレはないか		
・利用可能な資源とその限界		
意思決定を支える力	目標	関係多職種で本人・家族などの意思決定を支えることにおいてリーダーシップを発揮することができる
	行動目標	<ul style="list-style-type: none"> ・関係多職種全体で本人・家族などの意思決定を支えるために、リーダーシップを発揮することができる ・法的及び文化的配慮などの側面から関係多職種を支えることができる ・適切な資源を積極的に活用できるような働きかけができる
	実践例	□□関係多職種が常に「本人の最善」を中心とした意思決定支援できるために、全体を客観的にとらえ、判断し、調整をする
		□□法的及び文化的配慮などの側面から全体を支援する
□□複雑な意思決定支援が必要な場合は、適切な職種が支援できるように調整をする		
つなぐ力	目標	本人の思いの実現に向けて、関係多職種がつながるための調整的な役割を担うことができる
	行動目標	<ul style="list-style-type: none"> ・関係多職種全体のつながりの強化を促すための働きかけができる ・「本人の思いの実現」という共通の目標に向けて、それぞれが主体的に活動できるような働きかけができる
	実践例	□□関係多職種の話し合う場所に参加し、「本人の思いの実現」という共通の目標で連携できるチーム作りにむけて働きかけをする

参考情報:厚生労働省「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」

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

H30.3 医政局地域医療計画課在宅医療推進室 発表文書より抜粋

平成30年3月、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、英米諸国を中心としてACP(アドバンス・ケア・プランニング)の概念を踏まえた研究・取組が普及してきていることなどを踏まえ、以下の点について改訂を行った。

- 1 病院における延命治療への対応を想定した内容だけではなく、在宅医療・介護の現場で活用できるよう、次のような見直しを実施
 - ・ 「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」に名称を変更
 - ・ 医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化
- 2 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと(=ACPの取組)の重要性を強調
- 3 本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載
- 4 今後、単身世帯が増えることを踏まえ、「3」の信頼できる者の対象を、家族から家族等(親しい友人等)に拡大
- 5 繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性について記載

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

1 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・ケアを受ける本人が多専門職種 of 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、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原則である。

また、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ることが重要である。

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る。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重要である。

- 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べきである。
- ③ 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・ケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

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) 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、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

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、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

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。

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

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

【平成 19 年版ガイドライン作成の経緯】

人生の最終段階における治療の開始・不開始及び中止等の医療のあり方の問題は、従来から医療現場で重要な課題となってきました。厚生労働省においても、人生の最終段階における医療のあり方については、昭和62年以来4回にわたって検討会を開催し、継続的に検討を重ねてきたところです。その中で行ってきた意識調査などにより、人生の最終段階における医療に関する国民の意識にも変化が見られることと、誰でもが迎える人生の最終段階とはいいながらその態様や患者を取り巻く環境もさまざまなものがあることから、国が人生の最終段階における医療の内容について一律の定めを示すことが望ましいか否かについては慎重な態度がとられてきました。

しかしながら、人生の最終段階における医療のあり方について、患者・医療従事者ともに広くコンセンサスが得られる基本的な点について確認をし、それをガイドラインとして示すことが、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、厚生労働省において、初めてガイドラインが策定されました。

本解説編は、厚生労働省において策定されたガイドラインを、より広く国民、患者及び医療従事者に理解いただけるよう、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」において議論された内容をとりまとめたものです。

国に対しては、本ガイドラインの普及を図るとともに、緩和ケアの充実など人生の最終段階を迎える患者及び家族を支えるため、その体制整備に積極的に取り組むことを要望します。

【平成 30 年版ガイドライン改訂の経緯】

平成 27 年3月には、「終末期医療に関する意識調査等検討会」において、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」へ名称の変更を行いました。今回の改訂は、ガイドライン策定から約 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行に伴う在宅や施設における療養や看取りの需要の増大を背景に、地域包括ケアシステムの構築が進められていることを踏まえ、また、近年、諸外国で普及しつつある ACP(アドバンス・ケア・プランニング：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス)の概念を盛り込み、医療・介護の現場における普及を図ることを目的に「人生の最終段階における医療の普及・啓発に関する検討会」において、次の1)から3)までの観点から、文言変更や解釈の追加を行いました。

- 1) 本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針についての話し合いは繰り返すことが重要であることを強調すること。
- 2) 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、その場合に本人の意思を推定しうる者となる家族等の信頼できる者も含めて、事前に繰り返し話し合っておくことが重要であること。
- 3) 病院だけでなく介護施設・在宅の現場も想定したガイドラインとなるよう、配慮すること。

加えて、本ガイドラインについて、人生の最終段階における医療・ケアに従事する医療・介護従事者が、人生の最終段階を迎える本人及び家族等を支えるために活用するものであるという位置づけや、本人・家族等の意見を繰り返し聞きながら、本人の尊厳を追求し、自分らしく最期まで生き、より良い最期を迎えるために人生の最終段階における医療・ケアを進めていくことが重要であることを改めて確認しました。

国に対しては、医療・介護従事者が、丁寧に本人・家族等の意思をくみ取り、関係者と共有する取組が進むよう、また年齢や心身の状態にかかわらず、家族等との繰り返しの話し合いを通じて本人の意思を確認しておくことの重要性が、広く国民、本人、医療・介護従事者に理解されるよう、改訂された本ガイドラインの普及を図ることを要望します。

【基本的な考え方】

- 1) このガイドラインは、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ガイドラインです。
- 2) そのためには担当の医師ばかりでなく、看護師やソーシャルワーカー、介護支援専門員等の介護従事者などの、医療・ケアチームで本人・家族等を支える体制を作ることが必要です。このことはいうまでもありませんが、特に人生の最終段階における医療・ケアにおいて重要なことです。
- 3) 人生の最終段階における医療・ケアにおいては、できる限り早期から肉体的な苦痛等を緩和するためのケアが行われることが重要です。緩和が十分に行われた上で、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケアの内容の変更、医療・ケア行為の中止等については、最も重要な本人の意思を確認する必要があります。確認にあたっては、適切な情報に基づく本人による意思決定（インフォームド・コンセント）が大切です。
- 4) 人生の最終段階における医療・ケアの提供にあたって、医療・ケアチームは、本人の意思を尊重するため、本人のこれまでの人生観や価値観、どのような生き方を望むかを含め、できる限り把握することが必要です。また、本人の意思は変化しうるものであることや、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、本人が家族等の信頼できる者を含めて話し合いが繰り返し行われることが重要です。
- 5) 本人の意思が明確でない場合には、家族等の役割がいっそう重要になります。特に、本人が自らの意思を伝えられない状態になった場合に備えて、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いる場合は、その者から十分な情報を得たうえで、本人が何を望むか、本人にとって何が最善かを、医療・ケアチームとの間で話し合う必要があります。
- 6) 本人、家族等、医療・ケアチームが合意に至るなら、それはその本人にとって最もよい人生の最終段階における医療・ケアだと考えられます。医療・ケアチームは、合意に基づく医療・ケアを実施しつつも、合意の根拠となった事実や状態の変化に応じて、本人の意思が変化しうるものであることを踏まえて、柔軟な姿勢で人生の最終段階における医療・ケアを継続すべきです。
- 7) 本人、家族等、医療・ケアチームの間で、話し合いを繰り返し行った場合においても、合意に至らない場合には、複数の専門家からなる話し合いの場を設置し、その助言により医療・ケアのあり方を見直し、合意形成に努めることが必要です。

8)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必要があります。

1 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・ケアを受ける本人が多専門職種 of 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、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原則である。

また、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ることが重要である。

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る。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重要である。

*注1 よりよい人生の最終段階における医療・ケアには、第一に十分な情報と説明(本人の心身の状態や社会的背景に鑑み、受ける医療・ケア、今後の心身の状態の変化の見通し、生活上の留意点等)を得たうえでの本人の決定こそが重要です。ただし、②で述べるように、人生の最終段階における医療・ケアとしての医学的妥当性・適切性が確保される必要のあることは当然です。

*注2 医療・ケアチームとはどのようなものかは、医療機関等の規模や人員によって変わり得るものです。一般的には、担当の医師と看護師及びそれ以外の医療・介護従事者というのが基本形ですが、例えばソーシャルワーカーなど社会的な側面に配慮する人が参加することも想定されます。また、在宅や施設においては、担当の医師と看護師のほか、本人の心身の状態や社会的背景に応じて、ケアに関わる介護支援専門員、介護福祉士等の介護従事者のほか、他の関係者が加わることも想定されます。

*注3 医療・ケアチームは、丁寧に、本人の意思をくみ取り、関係者と共有する取組を進めることが重要です。また、本人の意思は、時間の経過や心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、大きく変化する可能性があることから、繰り返し話し合いを行うことが、本人の意思の尊重につながります。

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べきである。

*注4 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ヶ月と予測が出来る場合、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老衰など数ヶ月から数年にかけ死を迎える場合があります。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べき事柄です。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ほかありませんが、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・ケアの検討がなされることになります。

*注5 医療・ケアチームについては2つの懸念が想定されます。1つは、結局、強い医師の考えを追認するだけのものになるという懸念、もう1つは、逆に、責任の所在が曖昧になるという懸念です。しかし、前者に対しては、医療・介護従事者の協力関係のあり方が変化し、医師以外の医療・介護従事者がそれぞれの専門家として貢献することが認められるようになってきた現実をむしろ重視すること、後者に対しては、このガイドラインは、あくまでも人生の最終段階の本人に対し医療・ケアを行う立場から配慮するためのチーム形成を支援するためのものであり、それぞれが専門家としての責任を持って協力して支援する体制を作るためのものであることを理解してもらいたいと考えています。特に刑事責任や医療従事者間の法的責任のあり方などの法的側面については、ガイドライン策定以降、このような側面から大きく報道されるような事態は生じていませんが、引き続き検討していく必要があります。

③ 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・ケアを行うことが必要である。

*注6 緩和ケアの重要性に鑑み、2007年2月、厚生労働省は緩和ケアのための麻薬等の使用を従来よりも認める措置を行いました。

*注7 人が人生の最終段階を迎える際には、疼痛緩和ばかりでなく、他の種類の精神的・社会的問題も発生します。可能であれば、医療・ケアチームには、ソーシャルワーカーなど、社会的な側面に配慮する人やケアに関わる介護支援専門員などが参加することが望まれます。

④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

*注8 疾患に伴う耐え難い苦痛は緩和ケアによって解決すべき課題です。積極的安楽死は判例その他で、きわめて限られた条件下で認めうる場合があるとされています。しかし、その前提には耐え難い肉体的苦痛が要件とされており、本ガイドラインでは、肉体的苦痛を緩和するケアの重要性を強調し、医療的な見地からは緩和ケアをいっそう充実させることが何よりも必要であるという立場をとっています。そのため、積極的安楽死とは何か、それが適法となる要件は何かという問題を、このガイドラインで明確にすることを目的としていません。

2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

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) 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、文書にまとめておくものとする。

*注9 話し合った内容を文書にまとめるにあたっては、医療・介護従事者からの押しつけにならないように配慮し、医療・ケアについての本人の意思が十分に示された上で、話し合われた内容を文書として残しておくことが大切です。

*注10 よりよき人生の最終段階における医療・ケアの実現のためには、まず本人の意思が確認できる場合には本人の意思決定を基本とすべきこと、その際には十分な情報と説明が必要なこと、それが医療・ケアチームによる医学的妥当性・適切性の判断と一致したものであることが望ましく、そのためのプロセスを経ること、また合意が得られた場合でも、本人の意思が変化しうることを踏まえ、さらにそれを繰り返し行うことが重要だと考えられます。

*注11 話し合った内容については、文書にまとめておき、家族等と医療・ケアチームとの間で共有しておくことが、本人にとっての最善の医療・ケアの提供のためには重要です。

(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、文書にまとめておくものとする。

*注12 家族等とは、今後、単身世帯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という趣旨ですから、法的な意味での親族関係のみを意味せず、より広い範囲の人(親しい友人等)を含みますし、複数人存在することも考えられます(このガイドラインの他の箇所でも使われている意味も同様です)。

*注13 本人の意思決定が確認できない場合には家族等の役割がいっそう重要になります。特に、本人が自らの意思を伝えられない状態になった場合に備えて、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、その者を含めてこれまでの人生観や価値観、どのような生き方や医療・ケアを望むかを含め、日頃から繰り返し話し合っておくことにより、本人の意思が推定しやすくなります。その場合にも、本人が何を望むかを基本とし、それがどうしてもわからない場合には、本人の最善の利益が何であるかについて、家族等と医療・ケアチームが十分に話し合い、合意を形成することが必要です。

*注14 家族等がない場合及び家族等が判断せず、決定を医療・ケアチームに委ねる場合には、医療・ケアチームが医療・ケアの妥当性・適切性を判断して、その本人にとって最善の医療・ケアを実施する必要があります。なお家族等が判断を委ねる場合にも、その決定内容を説明し十分に理解してもらうよう努める必要があります。

*注15 本人の意思が確認できない場合についても、本人の意思の推定や医療・ケアチームによる方針の決定がどのように行われたかのプロセスを文書にまとめておき、家族等と医療・ケアチームとの間で共有しておくことが、本人にとっての最善の医療・ケアの提供のためには重要です。

(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

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。

*注16 別途設置される話し合いの場は、あくまでも、本人、家族等、医療・ケアチームの間で、人生の最終段階における医療・ケアのためのプロセスを経ても合意に至らない場合、例外的に必要とされるものです。第三者である専門家からの検討・助言を受けて、あらためて本人、家族等、医療・ケアチームにおいて、ケア方法などを改善することを通じて、合意形成に至る努力をすることが必要です。第三者である専門家とは、例えば、医療倫理に精通した専門家や、国が行う「本人の意向を尊重した意思決定のための研修会」の修了者が想定されますが、本人の心身の状態や社会的背景に応じて、担当の医師や看護師以外の医療・介護従事者によるカンファレンス等を活用することも考えられます。