

# 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

## I. 基本的な考え方

人生の最終段階を迎える患者とその家族が、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、その人らしい終末期医療を迎えられるよう努める。本対応指針は、厚生労働省の「人生最終段階における医療ケアの決定プロセスに関する対応指針」を規範とし策定する。

なお、本指針が制定されたことにより、平成 25 年 4 月 1 日に当院倫理委員会が策定した「当院における終末期医療ガイドライン」は廃止することとする。

## II. 用語の定義

### 1. 人生の最終段階（終末期）とは（全日本病院協会 2016）以下の 3 つの条件を満たす場合をいう

- ・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。
- ・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。
- ・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

### 2. ACP (Advance Care Planning) とは（日本医師会 2019）

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、その家族や近しい人、ケアチームが繰り返し話し合いを行い、本人の意思決定を支援するプロセス。本人の人生観や価値観、希望に沿った将来の医療及びケアを具体化することを目標にしている。

## III. 指針の対象

- ・心不全終末期の患者。
- ・その他疾患により回復の見込みがないと判断された患者。  
\* 大動脈解離や心筋梗塞などの急性期重症患者は除外とする。

## III. 意思決定支援の体制

人生の最終段階における過程では、個々の死生観により死の受け入れ方が異なることを踏まえ、患者自身又は看取る家族、代理意思決定者の思いも錯綜し、変化していくものであることを前提に支援体制を整える。

### 1. 支援体制

#### 1) ケアチーム

主治医、担当看護師、病棟師長、他医療従事者により結成される。ケアチームで、患者が終末期の状態であるのか、本人が意思を示せる状態か判断し、人生の最終段階における医療について話し合いを行う。

#### 2) 倫理委員会

ケアチームから相談を受け、人生の最終段階の医療の内容について倫理的課題の整理と助言を行う。病院長、業務本部長、看護部長、医師 弁護士、企画総務部職員、第一生命職員（所外

委員)が必要と認めたものを臨時に委員に加えることができる。

## 2. 意思決定支援の流れ

### 1) 本人、家族、医療者から病棟師長へ申し出

患者本人、家族からの申し出、或いはケアチームによる意思決定支援が必要と考えた患者について、主治医・病棟師長が把握する。

### 2) ケアチームによる方針の相談

主治医もしくは病棟師長は、ケアチームを結成し、チームで方針の話合いの場を設定する。同時に主治医の IC に担当看護師が同席し、病状や今後の見通しをチームで共有する。

### 3) 本人、家族の同意のもと意思決定支援の開始

担当看護師は、本人・家族等の病状の理解の促進や病状認識を確認しながら、本人・家族の意思決定を行う。

### 4) 繰り返し相談、診療録に相談内容を記載し共有

信頼関係を構築しつつ、時間をかけた丁寧な関りが必要である。

## IV. 人生の最終段階における医療の方針決定

### 1. 人生の最終段階であることの説明

ケアチームが人生の最終段階であると判断した場合、患者・家族等に説明し、患者が終末期の状態にあることについて理解と納得を得る。その際、患者は意思を明確に示せる状態（成人で判断能力があり意思表示が可能）であるかどうかチームで判断する。

### 2. 患者等の意思確認及び方針決定の方法（別紙 人生の最終段階における医療・ケアの方針に至るプロセス 参照）

#### 1) 患者の意思が明確な場合

- ①方針の決定は、患者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を提供し、説明する。そのうえで、患者本人とケアチームと十分に話し合い、本人による意思決定を基本に方針の決定をする。
- 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患者本人の意思が変化することもあることから、その都度患者との十分な話し合いを行い、意思決定支援をする。
- ③患者自身が自ら意思を伝えられない状態になる可能性があるため、家族等も含めて話し合いを繰り返し行なう。
- ④話し合った内容は、その都度記録にまとめる。

#### 2) 患者の意思が不明確な場合

- 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、患者本人にとっての最善の方針をとる。
- ②家族等が患者本人の意思を推定できない場合は、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、本人にとって最善の方針をとる。
- ③家族等がない場合及び家族等が判断をケアチームに委ねる場合は、チーム内で話し合い、患者本人にとって最善の方針をとる。

④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、その都度家族等との十分な話し合いを行い意思決定の支援をする。このプロセスを繰り返し行う。

⑤話し合った内容は、その都度記録にまとめる。

### 3) その他

判断に迷いケアチームによる決定が困難な場合、倫理委員会に助言を求める。

申請時は、「倫理委員会申請書」と必要資料（倫理委員会申請書に明示）を準備し申請する。

## VI. 支援の記録

### 1. 診療録

主治医が患者・家族等に終末期の状態であることを説明し、患者の意思を確認した際は、診療録に以下の内容について記載する。また、説明時に同席した看護師等も同様に診療録にその内容や患者・家族の受け止めた内容を記載する。

#### 1) 医学的観点

医学的終末期であること、家族等に説明した内容、説明を受けた者の理解・状況

#### 2) 意思確認の観点

患者本人の意思、事前指示書の有無（もしも手帳含む）、代理意思決定者による推定意思、ケアチームのメンバー名

#### 3) 延命措置の観点

選択肢の可能性とそれらの意義、患者にとって最善の治療方法についての検討事項、検討メンバー名

#### 4) 状況変化への対応

状況の変化や対応の変更、治療経過と結果

### 2. 意思確認の記録について

人生の最終段階と判断された場合、主治医と患者・家族の話し合いのもと、今後の医療行為における患者の希望についての意思を確認し、診療録に記載する。

### 3. 人生の最終段階における医療・ケアの検討申請書

ケアチームの話し合いで解決がされず倫理委員会に相談をする場合は、主治医が倫理委員会事務局へ申請する。

## V. 教育

### 1. 教育内容

- ・指針内容の理解
- ・人生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 2018 の理解
- ・ACP 概念の理解

## 2. 教育方法

- ・直接雇用する職員は、少なくとも年1回 倫理研修を受講する。

## VII. その他

### 1. 看護部による推進

看護部として、意思決定支援を各部署単位で取り組む。

#### 1) 対象患者

- ・全入院患者を対象に、同意を得た患者に ACP を実施する。  
(手術目的患者、DC 目的、ショートステイ、外国人、極度の短期記憶障害がある認知症患者は除外)

#### 2) 方法

- ・【アドバンス・ケア・プランニング】パンフレット用紙を用いて患者の意思を確認しカルテに取り込む。
- ・視力・体力低下等で、パンフレットの使用が困難な場合は口頭で確認し看護記録に記載する。
- ・介入のタイミングは、入院期間や患者個々の状況に合わせる。

## 参考文献

- ・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 2018年3月
- ・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 代表 山縣 然太郎
- ・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 2018年6月