

適切な意思決定支援に関する指針



社会医療法人 信愛会 暇生会脳神経外科病院
倫理委員会

目次

- I はじめに
- II 当院における人生の最終段階における医療・ケアの基本方針
- III 人生の最終段階（終末期）に関わる用語の定義
- IV 対応指針の対象
- V 当院の意思決定支援の体制
- VI 人生の最終段階における医療の方針決定について（図1）
- VII 支援の記録
- VIII 教育
- IX おわりに

I はじめに

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いる。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、平成 19 年にガイドラインが策定され、平成 30 年には、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、地域包括ケアシステムの構築、アドバンス・ケア・プランニング（Advanced care planning: ACP）の概念を盛り込み、医療・介護の現場における普及を図る目的で改訂されている。

大阪府では、厚労省「人生の最終段階における医療」をうけて、人生の最終段階での医療・ケアについて、「人生会議」の促進事業を勧めてきている。

このような社会的な流れを受け、当院では新たに ACP の概念をもとに 終末期ケアの原則的なあり方を整理し、当院における「人生の最終段階における医療・ケアの対応指針」を策定した。

II 当院における 人生の最終段階における医療・ケアの基本方針

人生の最終段階を迎える患者とその家族が、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、心安らかな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「人生の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。

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、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士、ソーシャルワーカー等）の医療・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上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・ケアチームで行い、本人との話し合いを繰り返す。
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す。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）。
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行わない。
7. このプロセスにおいて、話し合った内容は、その都度、患者の診療録など文書にまとめておく。

III 人生の最終段階（終末期）に関わる用語の定義

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。
 - ・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。
 - ・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 Advanced 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、その家族や近い人、医療・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。

IV 対応指針の対象

本対応指針における適応症例は、原則以下とする。

患者

- ・脳卒中後の回復の見込みがない患者
 - ・その他の慢性疾患により、回復の見込みがないと判断された患者
- ※頭部外傷・脳卒中急性期などの急性期重症患者は除外

V 当院の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) プライマリー医療・ケアチーム

- ・構成員：主治医、担当看護師、病棟師長、他
- ・プライマリー医療・ケアチームが終末期の状態であるのか、本人が意思を示せる状態なのか判断し、人生の最終段階における医療について話し合いを行う。必要に応じて主治医が他職種の参加を促す。

2) 倫理審査委員会

- ・構成員：（倫理委員会規程参照）
- ・診療現場のケアチーム等から相談を受け、人生の最終段階の医療の内容等について、倫理的課題の整理と助言を行う。（病院臨床倫理委員会倫理依頼フロー参照）

2. ケアチームの意思決定意思決定支援の流れ支援の流れ

1) 本人、家族、医療者から病棟師長への申し出

本人・家族等の希望

本人・家族等の希望やケアチームが意思決定の支援が必要と考えた患者について、主治医・主治医・病棟師長が把握する。

2) 医療ケアチームによる方針相談

主治医もしくは病棟師長は、医療ケアチームで方針の話合いの場を設定する。同時ケアチームで方針の話合いの場を設定する。同時に主治医の病状説明に病棟師長もしくは担当看護師が同席し、病状や今後の見通しを共有する。

3) 本人、家族の同意のもと意思決定支援開始

病棟師長もしくは担当看護師は、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・家族の意思決定支援を行う。具体的な支援の進め方については下表参照。意思決定支援を行う。具体的な支援の進め方については下表参照。

4) 繰り返し相談、診療録に相談内容を記載し共有

一度の相談で合一度の相談で合意形成は困難であり、信頼関係を構築しつつ、時間をかけた丁寧な関わりが必意である。

5) 地域へ本人の思いをつなぐ

療養場所が変更される場合、本人の思いをつなぐ目的で療養場所が変更される場合、地域との連携を図る。

例【意思決定支援の進め方（人生の最終段階を自分のこととして考えられる時期）】段階

- | | |
|------------------------|---|
| ①「もしもの時」について話す心構えができてい | もしこの薬が効かなくなったらどうしようと考えたことがありますか。 |
| ②病状の認識を確かめる | 病状についてどのように説明を受けていらっしゃいますか |
| ③話し合いを導入する | もしもの時のことについて、これから相談していきたいと思うのですがよろしいでしょうか |
| ④代理決定者を選定する | 万が一体調が悪くなった場合、ご自分の意向を医療従事者に伝えることができなくなることがあります。そのような場合に〇〇さんが大切にしていることが良く分かっていて、〇〇さんになりかわって治療などの判断ができる方はどなたになりますか。 |
| ⑤療養や生活での不安・疑問を尋ねる | 病気や治療のことでわからないことや不安なことはありますか。そのことについて先生に相談したことはありますか。 |

- | | |
|----------------------|---|
| ⑥療養や生活で大切にしたいことを尋ねる | 生活や療養の上で一番大切にしていることはどんなことですか。そのことについて代理意思決定者にお話したことはありますか。 |
| ⑦治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する | 自分の考えを伝えることができないうらい病状が悪化し、改善の見込みがない場合、どのような治療を望みますか。 |
| ⑧代理決定者の裁量の余地について尋ねる。 | 〇〇さんは、たとえ〇〇さんがいま希望している治療方針と違う結果になろうとも、代理決定者である××さんが医師と相談したうえで、あなたにとって最善と考えられる治療を選択してもよいとお考えですか。 |

VI 人生の最終段階における医療の方針決定について（図1）

1. 人生の最終段階であることの説明

医療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（成人の方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

1) 患者の意思が明確な場合

- ① 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の提供と説明を行う。その上で本人と医療ケアチームとが十分に話し合い、本人の意思決定を基本に方針を決定する。可能な限り、決定した方針に基づき意思確認書を作成する。
- ② 時間の経過、心身の状態変化、医学的評価の変更等に応じて、患者本人の意思が変化しうるものであることを考慮し、その都度、患者との十分な話し合いを行い、意思決定の支援をする。
- ③ 患者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ため、家族（代理意思決定者）等も含めて話し合いを行う。
- ④ 話し合った内容は、その都度、記録にまとめておく。

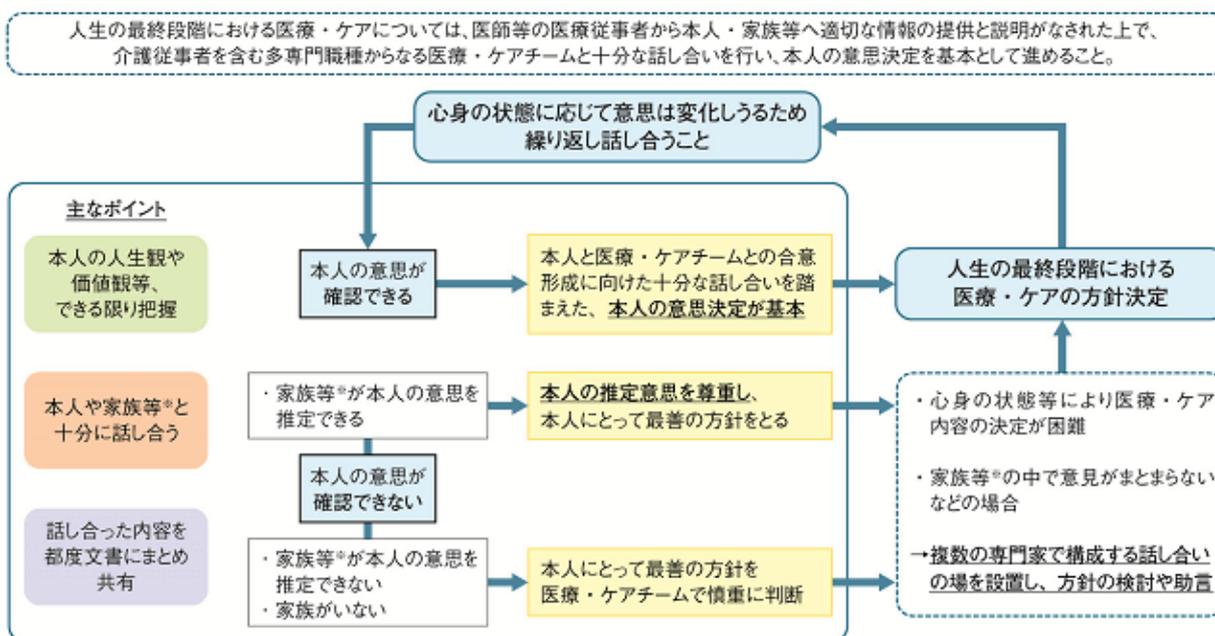
2) 患者の意思が不明確な場合

- ① 家族等（代理意思決定者）が患者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。（事前指示書の有無確認）
- ② 家族等が患者本人の意思を推定できない場合、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。可能な限り、決定した方針に基づき意思確認書を作成する。

- 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、チーム内で話し合い、患者本人にとっての最善の方針をとる。
- ④ 時間の経過、心身の状態変化、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。
- ⑤ 話し合った内容は、その都度、記録にまとめておく。

3. 医療ケアチーム内での決定が難しい場合

家族内での意見がまとまらない場合、医療ケアチーム内で合意が得られない場合等については、倫理審査委員会による話し合いの場を別途設定し、方針等についての検討、助言を行う。



<図1 人生の最終段階における医療・ケアの方針決定に至るプロセス>

Ⅶ 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、意思確認書を作成した際には、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等も同様に、診療録にその内容を記載する。(記載方法については、診療録委員会決定事項参照)

① 医学的観点から

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 意思確認の観点から

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、医療・ケアチームメンバー名

③ 延命措置の観点から

選択枝の可能性とそれらの意義、患者にとって最善の治療方針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) 意思確認書

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確認書を可能な限り作成する。

3) 人生の最終段階における医療・ケアの検討申請書

医療ケアチームの話し合いで解決がされず倫理審査委員会に相談する場合は、主治医が人生の最終段階における医療・ケアの検討申請書を作成し、倫理審査委員会事務局(患者支援センター内)へ申請書を提出する。

Ⅷ 教育

1. 教育内容

- ・ 当院における対応指針の内容の理解
- ・ 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、2018)の理解
- ・ ACPの概念の理解
- ・ その他倫理に関わる内容

2. 教育方法

- ・ 病院で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。

- ・ 各部署の意思決定支援を推進する者は、厚生労働省の「人生の最終段階における医療体制整備事業」が企画している「患者の意向を尊重した意思決定支援のための研修会相談員研修会」を受講することが望ましい。

IX おわりに

どのような段階であるにせよ、人間的な配慮と尊厳を重視した対応を行なう必要がある。その上で、多職種で患者・家族の意思決定を支え、細やかな配慮をもってそれを受け止め支え続けることが大切である。また、本人の意思決定を尊重した医療及びケアを提供し、尊厳ある生き方を実現するためにも、本人が意思を明らかにできるときから、家族等及び医療・ケアチームと繰り返し話し合いを行い、その意思を共有しておくことが重要である。

補足

今後、本対応指針について、解釈の疑問が生じた場合や、社会情勢により指針の内容変更が必要になった場合は、ケアに関することは看護部、事務手続きに関することは医事課、倫理審査委員会に関することは倫理委員会が相談窓口となる。

2024年3月1日作成

2025年4月1日改定