

長野松代総合病院 意思決定支援に関する指針

1. 基本方針

長野県厚生連 長野松代総合病院（以下「当院」）および関連施設においては、人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、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」等の内容を踏まえ、人生の最終段階を迎える患者がその人らしい最期を迎えられるよう、医師をはじめとする多職種にて構成される医療・ケアチーム（注1）で、患者本人とその家族等（注2）に対し十分な説明と話し合いを行い、患者本人の意思を尊重して決定し、医療・ケアを提供することに努める。

当院を受診する患者一人一人が、その抱える疾病に関わらず、医療・ケアの方針や、意思決定は変化していくものであることを前提に繰り返し話し合うプロセスを尊重する。

2. 「人生の最終段階」の定義

- (1) 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
- (2) 慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合
- (3) 自力での栄養摂取が困難でかつ患者等が強制栄養手段を希望しない場合
- (4) 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

なお、どのような状態が人生の最終段階かは、患者本人の状態を踏まえて、多職種にて構成される医療・ケアチームにて判断するものとする。

3. 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・ケアを受ける患者本人が多専門職種の医療・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、患者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・ケアを進めるものとする。
- (2) 患者本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、患者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ものとする。
- (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ことから、家族等の信頼できる者も含めて、患者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、患者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ものとする。
- (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、患者本人・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。

4. 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

患者本人の意思決定への配慮として、認知症の症状にかかわらず、患者本人には意思があり、意思決定能力を有するということを前提にして、意思決定支援をする。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) 患者本人の意思の確認ができる場合

- 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の提供と説明を行う。そのうえで、患者本人と医療・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患者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、患者本人の意思是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、患者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。また、このとき、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。
- ③このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、電子カルテや文書にまとめておくものとする。

(2) 患者本人の意思の確認ができない場合

患者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。

- ①家族等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、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には、患者本人にとって何が最善であるか、患者本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、患者本人にとっての最善の方針をとる。また、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、患者本人にとっての最善の方針をとる。
- ④このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、電子カルテや文書にまとめておくものとする。

(3) 認知症等で自らが意思決定をすることが困難な患者の意思決定支援障害者や認知症等で自らが意思決定をすることが困難な場合は、厚生労働省の「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」を参考に支援していく。

- ①できる限り患者本人の意思を尊重し反映した意思決定を、家族及び関係者、医療・ケアチーム、ソーシャルワーカーやケアマネジャー等が関与して支援する。
- ②このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、電子カルテや文書にまとめておくものとする。

(4) 身寄りが無い患者の意思決定支援

厚生労働省の「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」等を参考に支援していく。

①身寄りが無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、患者本人の判断能力の程度や入院費用などの資力の有無、信頼できる関係者の有無により状況が異なるため、介護・福祉サービスや行政の関わり等を利用して、患者本人の意思を尊重しながら意思決定を支援する。

②このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、電子カルテや文書にまとめておくものとする。

(5) 医療・ケアチーム以外の複数の専門家からなる話し合いの場（注3）の設置

上記（1）～（4）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患者本人と医療・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、医療・ケアチーム以外の複数の専門家から助言を得て、あらためて方針の検討を重ね合意形成に至るよう努める。

④患者本人の意思は変更することもあるので、患者に関わるチームでの事後の振り返りや意思を複数回確認することが求められる。

【注】

（注1）多専門職種から構成される医療・ケアチームとは

担当の医師・看護師及びそれ以外の医療・介護従事者が基本。病棟師長や退院調整、社会福祉士、リハビリスタッフ、緩和ケアチーム、認知症ケアチーム、栄養士、介護支援専門員、介護福祉士など

（注2）家族等には親しい友人も含まれる。

（注3）医療・ケアチーム以外の複数の専門家からなる話し合いの場とは

担当の医師・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。

附 則

この指針は、令和6年6月1日から施行する。

令和6年6月1日 第1版作成

令和8年1月9日確認

長野松代総合病院

虐待防止・身体拘束最小化実務委員会

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・啓発のあ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
厚生労働省 令和元年 5 月
- ・終末期医療に関するガイドライン 社団法人全日本病院協会 平成 21 年 5 月
- ・もしものときの医療・ケアの心づもり 長野市 令和元年 3 月
- ・長野市における身寄りのない方への支援のためのガイドライン 長野市 令和 6 年 4 月
- ・回復の見込みがない状態および本人による意思決定が困難な場合における延命処置及び
D N A R (心肺蘇生を行わない指示) に関するガイドライン
長野松代総合病院 令和 6 年 2 月