

埼玉みさと総合リハビリテーション病院

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

1. 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きた。厚生労働省においても、人生の最終段階における医療の在り方について、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に対応する必要性から、アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning以下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。このような社会的な流れを受け、当院では、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」に基づき、「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」を作成した。

2. 基本方針

より良き人生の最終段階における医療・ケアの実現のためには、本人の意思決定を基本とすることが大切である。命の危険が差し迫った状態になると、約70%の人が自分の望む医療・ケアなどを、自分で決めたり、望みを人に伝えることができなくなると言われている。したがって、当院では入院全患者に対して「私が希望すること」質問紙を提供し、ACPの取り組みの参考とする。

人生の最終段階を迎えた患者と判断した場合には、直ちに医師・看護師・ソーシャルワーカー等で構成された医療・ケアチームを結成し、患者にとって最善の医療・ケアを提供するため、患者・家族等に対し適切な説明と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本とした医療・ケアを提供することとする。

3. 人生の最終段階の定義・判断(対象者)

人生の最終段階は、患者自身の状態を踏まえ、医療・ケアチームにて総合的に判断する。具体的には

- ・がんなど悪性疾患において根治治療を終了し、ベスト・サポर्टィブ・ケア（Best Supportive Care）になった場合
- ・慢性疾患の急性増悪を繰り返し、予後不良に陥った場合(回復の見込みが乏しい状態になった場合)
- ・脳血管疾患の後遺症や老衰などで回復の見込みがなく衰弱が進み死を迎える場合

※当院は回復期リハビリ病院であり、その医療・ケアは酸素投与や限られた医薬品の提供しかできないため、より適切な緩和施設、療養病院などを案内することを原則とする。そ

の中で、受け入れ先が決まらないうちに病状が悪化した場合、当院の医療状況を了解した上で転院を希望されない場合の患者が対象者となる。

4. 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、多職種にて構成される医療・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。
- 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て、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・ケアチームにて行い、患者本人との話し合いを繰り返し行う。その際、入院時に記入された「私が希望すること」を活用し、それに則って患者の意思を確認していく。
- 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。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（代理意思決定者）として前もって定めておくことを支援する。
- 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・療養場の選択を含むケアを行う。
- 6) 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本指針では対象としない。

5. 人生の最終段階における医療・ケアの決定手続き

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) 患者本人の意思確認ができる場合

- ①医療・ケアの方針決定は、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より適切な情報の提供と説明を行い、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、患者本人による意思決定を基本とし、多職種の医療・介護従事者にて構成される医療・ケアチーム(病院代表として院長、看護部長を含む)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。この際、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、家族等も含めた話し合いを繰り返し行う。

③このプロセスにおいて話し合った内容については、都度、文書にまとめ、診療録に記載する。

2) 患者本人の意思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、下記の手順により、医療・ケアチームの中で慎重に判断する。

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取ることを基本とする。

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について、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取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、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、患者本人にとって最善の方針を取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については、都度、文書にまとめ、診療録に記載する。

3) 複数の専門スタッフからなる話し合いの場の設置

上記1) および2) の場合における方針の決定に際し、下記の場合等においては、複数の専門スタッフからなる話し合いの場(院内倫理委員会)を別途開催し、方針等についての検討及び助言を行う。

- ・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
- ・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

【引用・参考】

- ・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／平成30年3月改訂
- ・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：厚生労働省／平成30年3月改訂
- ・人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドライン：日本医師会／令和2年5月

【附則】

この指針は、2025年2月1日に施行する。