

医療法人讃生会北野病院

適切な意思決定に関する指針

人生の最終段階における医療・ケアについて

2023/4/1 見直し改訂

適切な意思決定に関する指針

人生の最終段階における医療・ケアについて

I. 基本方針

本指針は、医療法人讃生会北野病院（以下「病院」と略記）における人生の最終段階（終末期）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基本的事項を定めたものである。

指針に当たり、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」を規範とし策定する。

II. 目的

患者および家族が希望される場合において、疾患または外傷等による回復不能、あるいは加齢に伴う機能低下など、患者の容体が悪化した場合に、疼痛その他の苦痛の軽減に努め、穏やかで心安らかな日々を過ごしていただくための身体的、精神的ケアを中心とする。残りの人生の process をその人らしく豊かに生きられるよう支援することを目的とする。

III. 対象となる患者

本指針によるケアの対象となり得る者は、以下の通りとする。

- ①患者または家族が人生の最終段階について十分理解し、話し合いを望まれた患者、家族。
- ②慢性疾患や加齢に伴う機能低下等により心身が衰弱し、医学的に回復の見込みがないと医師に診断される状態にある患者。
- ③予後が限られた患者。

IV. 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、それに基づいて患者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上で、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である。

また、患者の意思は変化し得るものであることを踏まえ、医療・ケアチームにより患者が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が行われ患者と話し合いが繰り返し行われることが重要である。

さらには、患者が自らの意思を伝えられない状態である、または後天的に伝えられない状態となる可能性があることから、患者が信頼できる家族等も含めて話し合いが繰り返し行われることも重要であるため、この話し合いに先立ち、患者は特定の家族等を自らの意思を推定する者として予め定めておくことが望ましい。

②人生の最終段階における医療について、医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、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、患者・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療および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、本指針では対象としない。

V. 人生の最終段階における医療・ケアの方針決定手続き

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定は以下によるものとする。

1. 患者の意思が確認できる場合。

1) 患者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。その上で本人と多職種の構成で結成される、医療・ケアチームが本人の意思決定を基本とした、医療・ケアチームの方針を決定する。

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、本人の意思が変化しうるものであることを考慮し、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) 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を繰り返し行う。

4) この過程の話し合い、意思決定については、その都度、文書にまとめておく。※1

5) 患者の同意があれば、家族または同意代行者に決定事項を伝え、家族または同意代行者への支援も行う。

2. 患者の意思が確認できない場合。

患者の意思確認が出来ない場合には、以下の手順で医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う。

1) 家族、同意代行者が患者の意思を確認していた場合や推定できる場合には、その意思を尊重し、患者にとって最善方針をとる。

2) 患者の意思が確認出来ない場合には、家族または同意代行者と十分に話し合い、患者にとって最善の方針をとる。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、検討の過程を繰り返す。それらは全て記録する。※1

治療方針に際し、家族または同意代行者、医療・ケアチームが判断困難な場合は、病院管理者からなる検討会で、治療方針等について検討又は助言を得る。

3. 考慮すべきこと。

1) 家族とは、本人が信頼を寄せ、人生の最終段階の患者を支える存在であるという趣旨であり、法的な意味での親族関係のみを意味せず、より広い範囲の親しい友人も含み、複数人存在する事も考えられる。

2) 家族または同意代行者からは、患者のこれまでの人生観や価値観、どのような医療・ケアを望んでいたのか等の情報から、患者の意思を推測する。

推測が困難な場合は、患者の最善の利益が何であるかについて、家族または同意代行者と医療・ケアチームが十分な話し合いを行う。

3) 家族または同意代行者が意思決定出来ず、医療・ケアチームに委ねる場合は、医療・ケアチームが医療・ケアの妥当性・適切性を判断して、患者にとって最善の医療・ケアを選択し、病院長の承認を得る。承認を得た決定事項は、家族または同意代行者に内容を説明し、理解と合意を得る。

4) この過程における家族または同意代行者との話し合い、意思決定事項は、全て記載する。

5) 患者の意思に基づき指名された同意代行者が存在し、あらかじめ患者の希望事項が明確に意思表示されている場合には、不明な事項にのみ代行者が決定できるものとする。

6) 生前の臓器移植提供や献体に関する、本人の意思は尊重されるべきものであるが、院内における臓器移植・献体提供の安全性が確保されるまでは、病院管理者により個別に対応する。生前意思を把握した段階で、病院管理者に報告する。

VI. 体制と役割

病院長 ・ 人生の最終段階における医療・ケアの総責任者

主治医 ・ 終末期ケアへの移行段階の判断
・ 治療及び本人、家族、同意代行者への説明責任者
・ 医療、ケアチームのカンファレンス参加
・ 緊急時や夜間帯の対応及び指示

- ・死亡確認、死亡診断書等の関係書類の記載

看護部長・看取り看護・ケアにおける看護、介護上の総責任者

- ・死生観、終末期医療、看護及び看取りケアに関する職員教育の監督

看護師長・病棟での看取り看護、ケアに対する管理責任者

- ・看取り看護、ケアに関する現場教育
- ・家族等の相談窓口と対応に関する監督、指導

看護・介護職員

- ・看取り看護、ケアに必要な多職種共同における連携を推進する。
- ・終末期ケアに関する計画書の作成
- ・看取り期における患者の状態観察の結果に応じた医師への報告と処置の実施。
- ・家族等への説明と、不安の対応。家族等の相談に対応する。ケアの指導。
- ・医療・ケアチームカンファレンスの企画と参加。
- ・安全な療養環境を整え、転倒や誤嚥等のリスクを回避する。

ソーシャルワーカー

- ・心理サポート、家族への支援、社会的問題への調整援助
- ・終末期患者、家族が安心して療養できるよう、医療チーム他、在宅ケアチーム、他の医療機関とのシームレスな連携を図り支援する。

VII. 記録の整備

①終末期ケアに関するカンファレンス用紙（ACP カンファレンス用紙：電子カルテ・文書管理システム内）

②終末期ケアに関する確認書-特に用紙は設けず IC 記録を確認とする

③診療録-プログレスノートに具体的な IC 内容・同席者、を記載する。

④看護記録

⑤人生の最終段階における医療処置（蘇生処置を含む）に関する意思をプログレスノートに記載する。

⑥看護師は⑤について患者 profile に入力する（患者バーに【意思決定】ランプが付きます）。本人の意思か、家族の意思か ☒ ボックスにチェックを入れ、IC 日を入れる。

VIII. 職員教育

病院職員は、より良い医療の提供およびケアを行うために、研修会等を利用し、看取りについての理解を深めることに努める。

IX. その他

1) 本指針の周知

本指針の内容については、病院長および医療安全対策委員会を通じて全職員に周知徹底する。

2) 本指針の見直し、改定

①本指針は、少なくとも毎年1回以上、医療安全対策委員会において見直しを議事として取り上げ、検討する事。

②本指針の改廃は、医療安全対策委員会の審議及び承認により行うものとする。

3) 本指針の閲覧

本指針の内容を含め、職員は患者との情報共有に努めるとともに、患者およびその家族等から閲覧の求めがあった場合は、原則としてこれに応じなければならない。