

## 適切な意思決定支援に関する指針について

### ○基本方針

当院で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、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、多職種から構成される医療・ケアチームで、患者とその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尊重し、医療・ケアを提供することに努める。

### ○人生の最終段階における医療・ケアの方針決定支援

#### 1. 患者本人の意思が確認出来る場合

(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。そのうえで患者本人による意思決定を基本とし、家族（もしくは主たる介護者）も関与しながら、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おけるガイドライン」を参考に、医療・ケアチームが協力し、医療・ケアの方針を決定する。

(2) 時間の経過、心身の状態変化、医学的評価の変更、患者や家族を取り巻く環境の変化等により意思は変化することがあるため、医療・ケアチームは、患者本人が自らの意思をその都度示し、伝えることが出来るように支援する。患者が自らの意思を伝える事が出来なくなる可能性もあるため、その時の対応についても予め家族等を含めて話し合いを行う。

(3) このプロセスにおいて話し合った内容は、診療録に分かりやすく記録する。

#### 2. 患者本人の意思が確認出来ない場合

(1) 家族等が患者本人の意思を推定出来る場合にはその推定意思を尊重し、患者にとっての最善の方針をとることを基本とする。

(2) 家族等が患者本人の意思を推定出来ない場合には、患者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、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。

(3) 時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更、患者本人や家族を取り巻く環境の変化等に応じてこのプロセスを繰り返し行う。

(4) 家族等がない場合、または家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合は、患者にとって最善の方針をとることを基本とする。

(5) このプロセスにおいて話し合った内容は、診療録に分かりやすく記録する。

### 3. 複数の専門家からなる話し合いの場の設置

上記1、2での決定が困難な場合、医療・ケアチームは、臨床倫理コンサルテーションチームに検討を依頼し助言を得る。助言を受けて改めて、本人・家族・医療・ケアチームで合意形成に至る努力をする。

### 4. 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

厚生労働省「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定ガイドライン」を参考に、出来る限り患者の意思を尊重した意思決定支援を、家族や関係者、医療・ケアチーム等で行う。

- ・対象：認知症および認知機能の低下が疑われ意思決定能力が不十分な患者等。

- ・日常生活や社会生活における場面において、患者が自らの意思決定に基づいた生活を送れることを目指し支援する。

- ・意思決定支援にあたり、患者の意思を尊重しながら、家族、医療関係者、介護関係者、成年後見人、行政サービス等の関係者ととともに、早期から継続した支援を行う。

### 5. 身寄りが無い患者の意思決定支援

厚生労働省「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」を参考に、介護・福祉等行政サービスと連携しながら、意思決定支援を行う。

- ・対象：医療に係る意思決定が困難な患者。

- ・医療における意思決定の場面において、患者の判断能力が不十分な場合であっても適切な医療を受けることができるよう意思決定支援を行う。

- ・家族等が患者意思を推定できる場合はその推定意思を尊重する。家族等が推定できない場合は、患者にとって何が最善であるかを十分に話し合い、支援を行う。

- ・成年後見人制度、介護・福祉サービスや行政等と連携しながら支援を行う。

2024年7月1日制定

2025年5月1日改正

**【参考資料】**

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」

「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定ガイドライン」

「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」