

適切な意思決定支援に関する指針

2015.10.1作成 2019. 3.1改訂 2024. 6.1改編

1. 人生の最終段階における医療・ケアの意思決定支援に関する基本方針

当院は、地域密着型の病院であり、地域包括システムの中で地域とつなぐ役割を持ちます。疾病障害や加齢による心身の機能低下があっても、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」などの内容を踏まえ患者本人の意思決定を尊重し、医療・ケアの提供をすることに努めます。

2. 人生の最終段階の定義

- 1) ガン末期のように予後予測ができる状態
- 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) 誤嚥性肺炎の繰り返し食事が食べられなくなった場合
- 4) 心身機能の高度障害（認知症や老衰など）で死を迎える場合

3. 具体的な医療・ケアの方針決定

1) 患者本人の意思が確認できる場合

患者本人の意思を尊重します。

本人の意思は変化しうるものです。また本人が自ら意思を伝えられない可能性があります。本人に家族等から、自らの意志を推定する者として前もって定めていただき、本人を主体として一緒に医療・ケアチームと共に繰り返し話し合いを行います。

方針の決定は、本人の状態に応じた専門的な医学的検討を経て、医師などの医療従事者から適切な情報の提供と説明を行います。

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行い、その都度、カルテに記載をします。

2) 患者本人の意思確認ができない場合

家族などが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代理意思決定できる家族に説明いたします。

家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人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。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更に応じて、このプロセスを繰り返し行う。

家族等が居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、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。

このプロセスにおいて話し合った内容は、カルテに記載をします。

3) 複数の専門家からなる話し合いの場の設置

上記1) 及び2) の場合において、方針の決定に際し、

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

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

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

等については、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

人生の最終段階における医療とケアの話し合いのプロセス

