

意思決定支援に関する指針

JCHO 登別病院

看護部

2025 年 12 月改定

目次

1. 目的	2
2. 意思決定支援の基本的な考え方	2
3. 適応範囲・文書管理	2
4. 用語の定義	2
5. 重要な局面における意思決定支援（ACP の位置づけ）	3
6. 人生の最終段階における意思決定支援（DNAR を含む）	3
7. 当院における支援体制および実務上の留意点.....	4

1. 目的

本指針は、病状や生活状況の変化により、患者および家族等にとって重要な判断が求められる局面、ならびに人生の最終段階において、患者本人の意思を最大限尊重した医療・ケアの意思決定が行われるよう、当院における意思決定支援の考え方および手続きを示すことを目的とする。なお、日常診療における説明と同意については、別途定める「説明と同意に関するガイドライン」に基づき実施する。

本指針は、患者本人の価値観に基づく意思決定支援を支えるための考え方およびプロセスを示すものである。

2. 意思決定支援の基本的な考え方

- 2.1 医療・ケアに関する意思決定は、患者本人への十分な情報提供と理解を前提とし、本人による意思決定を基本として進める。
- 2.2 患者の意思は、病状や心身の状態の変化等により変わりうることを踏まえ、必要に応じて話し合いを繰り返し行い、その内容を共有する。
- 2.3 患者が意思表示できない、または意思決定能力が低下している場合には、家族等の意向を確認するとともに、患者本人のこれまでの価値観や生活背景を推定し、本人の最善の利益を考慮した意思決定支援を行う。
- 2.4 意思決定支援は、医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、その他関係職種からなる多職種チームにより行う。
- 2.5 医療・ケア行為の開始・不開始、内容の変更または中止については、医学的妥当性および適切性を踏まえ、苦痛の緩和を最優先として判断する。
- 2.6 話し合いの経過および決定事項は、診療録等に適切に記録し、医療・ケアチーム内で共有する。
- 2.7 意思決定支援の内容および医療・ケアの方針は、病状や状況の変化に応じて適宜見直す。

3. 適応範囲・文書管理

- 3.1 本指針は、全部署におけるマニュアルに適用する。
- 3.2 文書管理は医療安全管理室とする。

4. 用語の定義

- 4.1 重要な局面
病状の進行や治療効果の変化等により、治療方針や療養のあり方について、患者・家族にとって大きな判断が求められる状況をいう。
- 4.2 人生の最終段階
回復の見込みがなく、死が避けられないと判断される時期をいう。
- 4.3 ACP（アドバンス・ケア・プランニング）
人生の最終段階を見据え、患者本人の価値観や希望について、医療・ケアチームおよび家族等と繰り返し話し合うプロセスをいう。

4.4 DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) の略

心肺停止状態時に心肺蘇生をおこなわないことについて意思表示をすること

5. 重要な局面における意思決定支援 (ACP の位置づけ)

- 5.1 重要な局面が生じた場合には、医師は病状および治療の選択肢について、意思決定支援を目的として、患者本人および家族等に分かりやすく説明する。
- 5.2 患者本人の理解度および意思決定能力については、病状、認知機能、心理状態を踏まえて総合的に評価する。
- 5.3 重要な局面においては、将来の医療・ケアに関する希望を共有するため、ACP を適切に開始または継続する。
- 5.4 ACP は、特定の医療行為の可否を決定することを目的とするものではなく、今後の意思決定を支えるためのプロセスとして位置づける。
- 5.5 必要に応じて、多職種カンファレンスを開催し、医療・ケアの方向性について検討する。
- 5.6 話し合いの内容および合意事項は、ACP として診療録等に記載し、医療・ケアチーム内で共有するとともに、継続的に見直す。

6. 人生の最終段階における意思決定支援 (DNAR を含む)

- 6.1 本人の意思確認が可能な場合
 - 6.1.1 医師は、患者本人に対し、病状、予後、治療およびケアの選択肢について、十分な情報提供と説明を行う。
 - 6.1.2 患者本人の意思を尊重し、ACP 等で共有された価値観や希望を踏まえながら、医療・ケアの方針を決定する。
- 6.2 本人の意思確認が困難な場合
 - 6.2.1 家族等から、患者本人のこれまでの価値観や意向について聴取する。
 - 6.2.2 家族等がいない場合には、医療・ケアチームによる多職種での検討を行い、必要に応じて倫理委員会を活用する
 - 6.2.3 医療・ケアチームは、患者本人の最善の利益を考慮し、医療・ケアの方針を検討する。
 - 6.2.4 判断が困難な場合には、多職種カンファレンスを開催し、合意形成を図る。
- 6.3 DNAR の取り扱い

DNAR は、特定の医療行為を行わないことについての意思確認であり、治療全体の中止や法規を意味するものではない。

 - 6.3.1 人生の最終段階においては、心肺蘇生を含む医療行為の開始・不開始について検討する。
 - 6.3.2 DNAR は、ACP 等で共有された患者本人の価値観や希望を踏まえ、医療・ケアチームによる慎重な検討と、患者本人または家族等との十分な話し合いを経て確認する。

6.3.3 DNAR に関する説明書を用いて説明し、意向を確認する。診療録等に記載して共有する。

6.3.4 DNAR に同意した場合、意向撤回書も渡し、いつでも撤回できることを説明する。DNAR は一度確認した後も、病状や患者・家族の意向の変化に応じて、必要に応じて見直す。

7. 当院における支援体制および実務上の留意点

7.1 意思決定支援は、医師、看護師、MSW 等が連携して行う。

7.2 記録は電子カルテ等に適切に残し、継続的に見直す。

7.3 倫理的課題や判断に迷う事例が生じた場合には、必要に応じて院内の倫理委員会の場を活用する。

【参考文献】

1. 厚生労働省

1) 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
：2018 年

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
：2018 年

2) 終末期医療に関するガイドライン：全日本病院協会 ： 2016 年

3) 看護師のための ACP 支援マニュアル：大阪府看護協会編 ： 2020 年

4) 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：2018 年
身寄りがいない人の入院およ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：2019 年

2020 年 9 月作成
2021 年 12 月改定
2022 年 12 月改定
2023 年 12 月改定
2024 年 12 月改定
2025 年 12 月改定