

人生の最終段階における意思決定支援に関する指針

独立行政法人国立病院機構 宮崎病院

令和元（2019）年、当院は人生の最終段階における意思決定支援について、自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって、医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い、最善の選択をともに探索するための取組みをアドバンス・ケア・プランニング（ACP）といい、当院では、通称“人生会議”と称し、取り組むこととした。その際本人に「人生の終わりまで、どのように過ごしたいか」を考え、明文化してもらうことで、本人の人生観や価値観を尊重した方針決定を支援するために「あなたが望む医療・ケアについて」（以下、冊子）を活用することとした。

今般、令和6（2024）年診療報酬改定＜入院料の通則＞のなかで、「人生の最終段階における意思決定支援」が要件化され、対象を選定するのではなく、小児や思春期精神科病棟など特定の病棟（病床）を除く入院患者に人生の最終段階における意思決定支援について実践する体制整備が求められるようになった。

そこで、原則、一般病棟入院患者にアドバンス・ケア・プランニング（ACP）について理解を促すとともに、当院を利用される方々が、人生の最終段階にその人らしく最善の選択ができるようこれまでの当院の体制を整理し、あらためて意思決定支援について取り組むこととする。

I. アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の基本的な考え方

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、それに基づいて本人が医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、医療・ケアチームとして方針を決定する。
2. 医療・ケアチームとは、主治医、受持ち看護師、当該部署看護師長、地域医療連携室職員を最小単位とし、患者の状況に応じてコメディカルやケアマネジャー等が加わる。招集は主治医及び当該部署看護師長の判断で行う。
3. 医療・ケアチームは、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえて、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるよう支援する。
4. 本人、家族等、医療・ケアチームで繰り返し話し合いを行い、それぞれの間の合意形成に努める。
5. 方針の決定にあたっては、「もしも…」の時の医療・ケアとしての医学的妥当性・適切性の確保が前提である。
6. 本人の意思が確認できず家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合でも、本人にとっての最善の方針を家族等に十分に説明し、同意を得て医療・ケアを実施する。
7. 4および6などで話しあった内容は、その都度、電子カルテに記録する。加えて、入院中、「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）シート」（別紙1）の内容に関連する発言を知りえたときも電子カルテに記録する。

II. 人生の最終段階における意思決定支援の進めかた

進めかたについては、当院の特徴から、1. 一般病棟入院患者、2. アドバンス・ケア・プランニング（ACP）/人生会議の2つに分けて整理する。

小児科または重症心身障がい児（者）病棟入院患者（ショートステイ利用者を含む）に対しては、今回の「人生の最終段階における意思決定支援」の対象から除くこととする。

1. 一般病棟入院患者

1) 入院の際、準備していただく書類の一つとして「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）シート」（別紙1）を渡す。

*書類を渡す職員は、これまでどおり書類内容について簡単に説明して渡す。

2) 入院当日

(1) 入院時対応する病棟看護師は、「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）シート」（別紙1）の記載内容を確認する。

入院患者によっては、記載しづらい状況や記載することに抵抗感を抱き記載していないことなどが予想される。そのため、未記入内容の確認に際しては、相手の気持ちを慮りながら入院時に対応する看護師が確認する。

(2) 紙面への署名を確認し、電子カルテ〔ファイル取り込み画面→種別：診療計画〕に取り込む。

3) 入院中

入院中、「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）シート」の内容に関連する発言を知りえたときは、電子カルテに記録する。必要に応じて、「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）シート」を追加・修正してもらったり、人生会議開催の希望を確認したりする。

2. 人生会議

※対応する職員は、事前に当院の「適切な意思決定支援に関する指針」を読んでおく。

1) 対象

(1) 人生会議の開催を希望された方

(2) 人生の最終段階にある方で、主治医が人生会議の開催が必要と判断した方

2) 対象の準備状態を確認する。

(1) アドバンス・ケア・プランニング（ACP）シートを記入してもらう。

既に記載してある場合は、内容の追加修正などがいないか確認する。

(2) -1 本人に意思確認ができる場合

① 当院の人生会議の進めかたを説明する。

② 「(仮称)人生会議 準備ノート」(別紙2)について説明し、記載してもらう。

*記載する過程においても適宜支援する。

(2) -2 本人に意思確認が困難な場合

①-1 家族等本人の意思を推定できる者に当院の人生会議の進めかたを説明する。

①-2 「(仮称)人生会議 準備ノート」(別紙2)について説明し記載してもらう。

*記載する過程においても適宜支援する。

② 家族等が本人の意思を推定できない場合、代理人による、「事前意思表明書」(別紙3)は記載可能とする。

③ 家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合は、医療・ケアチームが本人にとって最善の方針を検討する。

この場合も、家族等による「事前意思表明書」(別紙3)は記載可能とする。

(3)「(仮称)人生会議 準備ノート」(別紙2)の取り扱い

i.記載にあたって困ったことや不明点はいつでも相談するよう説明する。

相談先) 外来患者の場合：外来看護師または地域医療連携室看護師

入院患者の場合：病棟看護師

ii.提出先

外来患者の場合：受診診療科 外来

入院患者の場合：入院病棟

iii.保管

紙面への署名を確認し、一部コピーして電子カルテ〔ファイル取り込み画面→種別：診療計画〕に取り込む。原本は本人保管として渡し、人生会議等で話し合う際に持参するよう説明する。

3) 代理人を選ぶ

人生会議は、事前に代理人を選定してもらい、その方々と共に話し合いを進めていくことが望ましいと言われている。主治医および受持ち看護師は、予め、本人に考えてもらうよう説明する。

代理人には、もしもの時に本人に代わって患者の推定意思を代弁してもらうように依頼する。

4) 治療・ケアの目標や具体的な内容について話し合う : “人生会議”

(1) 本人もしくは家族等が記載した「(仮称)人生会議 準備ノート」(別紙2)を準備する

(2) 場所

外来患者：地域医療連携室等

入院患者：病棟カンファレンス室等

(3) 話し合った内容および参加者は電子カルテに記録し、医療・ケアチームで共有する。

5) 事前意思を表明してもらう：「事前意思表明書」(別紙3)作成手順

i.本人もしくは代理人に書いてもらう。

作成にあたり、修正・撤回はいつでも可能であること、いつでも話し合う用意がある

ことを説明する。

(修正手順)

○新しく「事前意思表明書」(別紙3)を書いてもらう

○作成手順 i ~ iii に則って、対応する。

ii.提出先

外来患者の場合：受診診療科 外来

入院患者の場合：入院病棟

iii. 「事前意思表明書」を電子カルテ〔ファイル取り込み画面→種別：診療計画〕に取り込む。

一部コピーし本人・家族等に保管してもらう。原本は、病院で保管する。

令和7年2月末日