

地域包括ケア病棟における
適切な意思決定支援に関する指針

はじめに

「超高齢化社会」を迎えた日本の高齢化率はますます加速し、さらには認知症高齢者の増加も見込まれ、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が重要となっています。

しかし、命の危険が迫った状態になると、約70%の方が、治療やケアなどを自分で決めたり望みを人に伝えたりすることができなくなるといわれています。そこで、どのような医療やケアを望むかを一人一人が前もって考え、周囲の信頼する人達と話し合っておくことが大切となります。その取組を「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」＝「人生会議」と呼びます。自分の希望する“もしものとき”の対応を、周囲の信頼する人達は勿論のこと、関係する医療従事者と情報共有しておくことが重要となります。

地域包括ケア病棟では、当院『人生会議をすすめるための医療・ケア指針』*に基づき、ACPを希望される患者さんに『私の人生シート』を提供し、プランニングのお手伝いをするとともに、その情報を関係する医療従事者と共有し、患者さんの意思と権利が尊重され、“あなたらしい生活が送れるよう”に、繰り返し「人生会議」の開催を進めながら支援してまいります。

*当院ホームページ「診療案内」→「患者さんの権利・お願い」→「人生会議をすすめるための医療・ケア指針」をご参照下さい。

I 基本方針

患者さんとご家族等が、院内医療・ケアチーム（医師、在宅復帰支援看護師、担当看護師、リハビリスタッフ、薬剤師、管理栄養士など）と、在宅医療・ケアチーム（在宅医師、ケアマネージャー、訪問看護師など）による話し合いのもと、患者さんの意思と権利が尊重され、自分らしい生活が送れるよう支援いたします。

II 判断や対応にて考慮すべきこと

地域包括ケア病棟では、今、意思表示をする能力がある患者さんが、将来その能力を失った場合に備えて、事前に意思を書面にするアドバンス・ディレクティブ（事前指示書）＝『私の人生シート』の活用から院内医療・ケアチームと在宅医療・ケアチームが連携して支援充実を目指しております。

- 1) インフォームド・コンセント（自己決定）に基づく、患者さんの意思決定を基本とし、医療者の意思を押し付けず、患者さんが自由に治療の有無や内容等を決定できる環境を作ります。
- 2) 時間の経過、病状変化、心身の状態変化、医学的評価の変更等に応じて、患者さんの意思が変化するであろうことも念頭におき、十分な話し合いを行い意思決定の支援をします。
- 3) 患者さんが説明を求めた際にはその都度説明し、意思の再確認を行います。
- 4) この過程の話し合いや意思決定、合意内容等をあなたの診療録に記載して残します。
- 5) 『私の人生シート』は、院内医療・ケアチームと在宅医療・ケアチームにて情報共有し、退院後の療養生活へと連携します。