

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。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”に支援してまいります。

I 基本方針

患者さんご家族等が、院内医療・ケアチーム(医師、看護師、ソーシャルワーカー、リハビリスタッフ、薬剤師、管理栄養士等)と、在宅医療・ケアチーム(在宅医師、ケアマネージャー、訪問看護師等)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 人生の最終段階における具体的な医療・ケアの方針決定支援

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、事前に意思を確認させていただき、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) 患者本人の意思が確認できる場合

- ① インフォームド・コンセント(医師と患者との十分な情報を得たうえでの合意)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、合意内容等を診療録に記載して残します。

2) 患者本人の意思が確認できない場合

- ① 家族等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最善の治療方針を選択することを基本とします。
- ② 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ものとして家族等と十分に話し合い、本人にとって最善の治療方針を選択することを基本とします。時間の経過、心身の状態変化、医学的評価の変更に応じてこのプロセスを繰り返し行います。
- ③ 家族等が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、本人にとって最善の治療方針を選択することを基本とします。
- ④ この過程の話し合った内容は、その都度診療録に記載して残します。