

令和3年度 厚生労働省委託事業
人生の最終段階における医療体制整備事業
本人の意向を尊重した意思決定のための研修会

E-FIELD Home

Education For Implementing End-of-Life Discussion at home

在宅医療・施設ケア従事者版
「相談員研修会」

もくじ

◆ イントロダクション.....	3
◆ ガイドラインに基づいた意思決定 – overview.....	9
◆ STEP1 本人の意思決定する力を考える	18
◆ STEP2 本人の意思の確認ができる場合の進め方	42
◆ STEP3 本人の意思を推定する	64
◆ STEP 4 慎重に本人にとって最善の方針について合意する.....	85
◆ まとめ.....	99
◆ 【事前学習資料】 臨床倫理：～医療・ケアにおける倫理の基礎～	118

E-FIELD Home

Education For Implementing End-of-Life Discussion at home

イントロダクション

令和3年度人生の最終段階における 医療体制整備事業

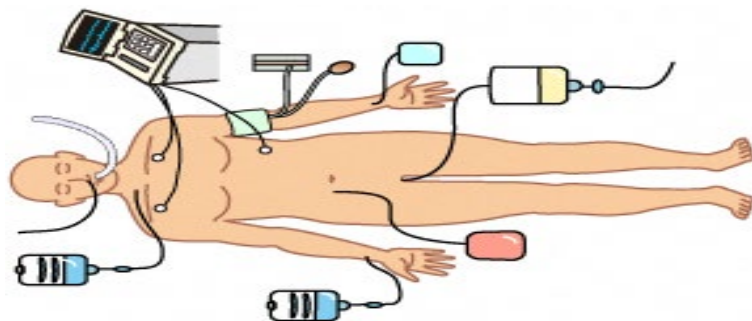
- 本人の意思を尊重した人生の最終段階における医療・ケアを実現するため、
- 医療機関やケア提供の場等において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に則り、人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定等の際に本人や家族等の相談に乗り、必要に応じて関係者の調整を行う相談員を育成をすること、
- また、医療・ケア従事者等にガイドライン及び人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）への理解を深めてもらうことで、人生の最終段階における医療・ケアについて本人の意思が尊重される環境整備に資することを目的とする

改訂前の「人生の最終段階における医療の 決定プロセスに関するガイドライン」

延命治療（人工呼吸器や心臓
マッサージなど）の開始や中止
に関するルールを定めたもの



病院での活用を想定



3つの大きな柱

1. 患者さんご本人の意思決定を基本とし尊重すること
2. 医師のみならず、看護師なども含むチームで方針の検討・判断をすること
3. 痛みや不快な症状をやわらげるケアを充実させること

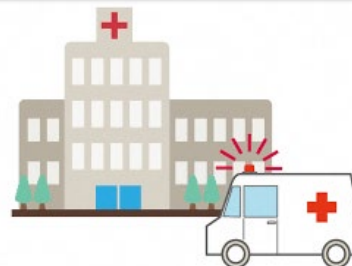
新しい「人生の最終段階における 医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 2018年3月～

3つの大きな柱は、そのままに



病院以外の場所でも

1. ご本人の意思決定を
基本とし尊重すること



2. 医師のみでなく、
チームで方針の検討・
判断をすること



3. 痛みや不快な症状を
やわらげるケアを充実
させること



ケアの重視

アドバンス・
ケア・プランニング
Advance Care Planning
(ACP)

「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」 意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。

心身の状態に応じて意思は変化しうるため
繰り返し話し合うこと



主なポイント

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人や家族等※と十分に話し合う

話し合った内容を都度文書にまとめ共有

本人の意思が確認できる

STEP1

・家族等※が本人の意思を推定できる

本人の意思が確認できない

・家族等※が本人の意思を推定できない
・家族がいない

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踏まえた、本人の意思決定が基本

STEP2

本人の推定意思を尊重し、
本人にとって最善の方針をとる

STEP3

本人にとって最善の方針を
医療・ケアチームで慎重に判断

STEP4

人生の最終段階における
医療・ケアの方針決定

- ・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難
 - ・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合
- 複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、方針の検討や助言

※本人が自らの意思を伝えられない状態にある可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。
※家族等には広い範囲の人（親しい友人等）を含み、複数人存在することも考えられる。



本研修の目標

1. 生活の場、暮らしの場をフィールドとする医療・ケアチームが「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」を理解する
2. 意思決定、およびその支援に必要な知識を習得する
 - 普段の暮らしに関わる中で、本人の選好や価値観を知り、それを共有し、医療やケアに反映すること、また本人が意思表示できない場合でも、これまでの話し合いを踏まえて意思を推定したり、代弁者になること
3. 日常臨床・ケアの中で、ご本人と共にACP（人生会議）を積み重ねていくことの重要性を理解する
4. 家族等が本人の最善・利益を考えられるよう相談・支援の在り方について習得する
 - どのような生活を送りたいのか、これから先をどう生きたいのかを共に考えるプロセスを重視
 - 医療はあくまでその一部であり、治療の選択や療養場所の選択だけが目的ではないことを理解する

E-FIELD Home

Education For Implementing End-of-Life Discussion at home

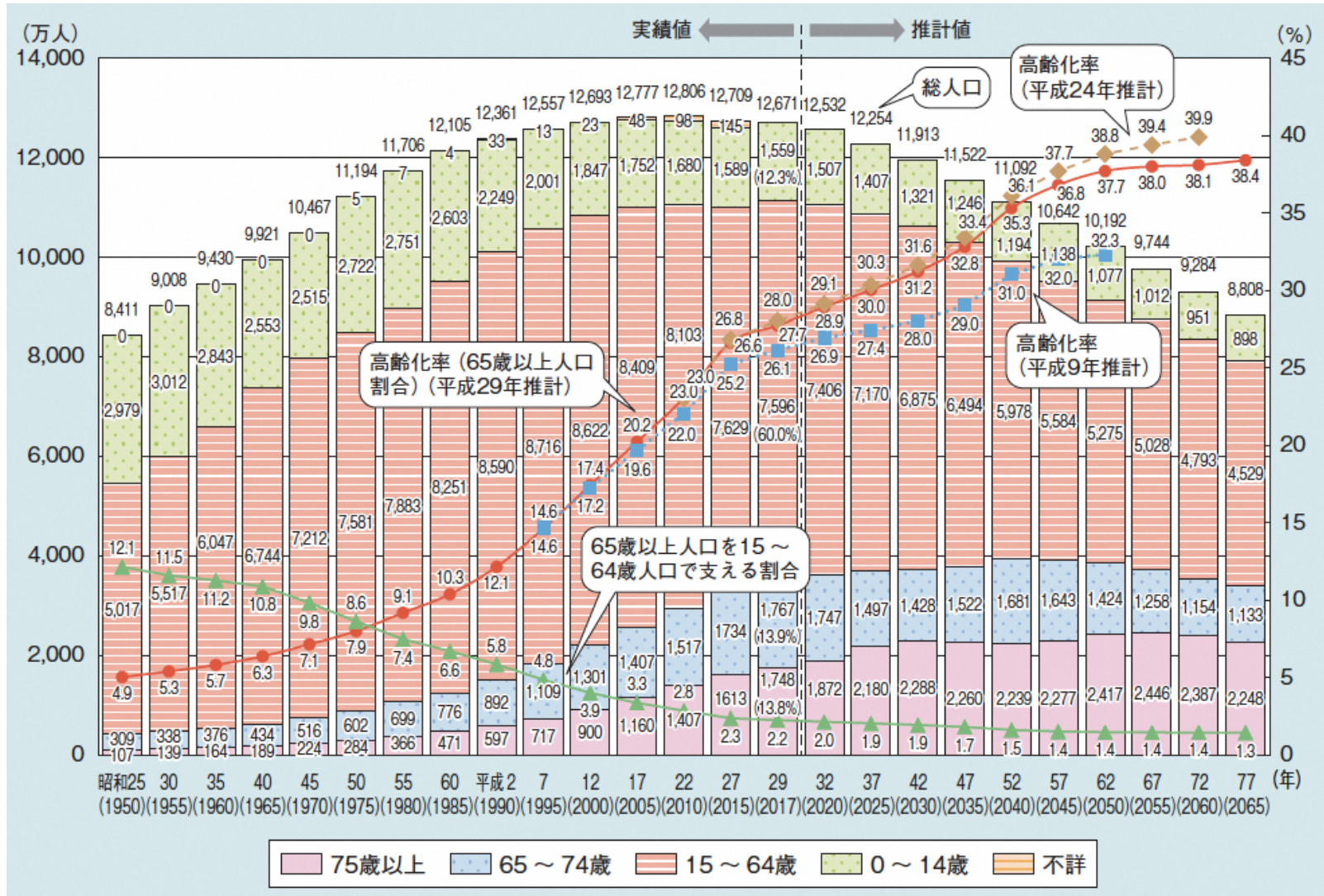
ガイドラインに基づいた意思決定
－ overview －

学習目標

- 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の概要を説明することができる
- 人生の最終段階における医療・ケアの決定がなぜ難しいか説明することができる
- 本研修会がガイドラインに沿った意思決定のためにSTEP1-4のプロセスに分けて進められることを理解する
- アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）は、STEP2、STEP3のプロセスをより豊かにするものであることを理解する

高齢化の現状と将来像

内閣府 平成30年版高齢社会白書



人生の最終段階における医療・ケアの特徴

- 医学的な最善が本人にとっての最善とは限らない
 - － 「できる限り長く生きること」が必ずしも本人の望みではないことがある
 - － 苦痛がないこと、家族とできるだけいること、役割を果たせること、などが重要な場合もある
- 病状が不安定（今後の見通しが不確実）
- 本人の意思決定する力が十分とは限らない
- 家族等が重要な役割を果たす

終末期医療の 決定プロセスに関するガイドライン

- 2つの生命維持治療の中止に関わる事件
– 医師に対する執行猶予付き有罪判決
- 2007年 射水市民病院事件を契機に厚生労働省に「終末期医療の決定プロセスに関する検討会」設置。「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」公表

H30 ガイドライン改訂の要点

- **医療だけでなく介護の現場における普及を図ること**
 - 名称が医療→医療・ケアへ
 - 病院だけでなく介護施設・在宅の現場も想定したガイドラインとなるよう、配慮すること
- **ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の概念を盛り込んだこと**
 - 本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、その場合に本人の意思を推定しうる者となる家族等の信頼できる者も含めて、事前に繰り返し話し合っておくことが重要であること
 - 本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針についての話し合いは繰り返すことが重要であることを強調すること

「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」 意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。

心身の状態に応じて意思は変化しうるため
繰り返し話し合うこと

主なポイント

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人の意思が確認できる

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踏まえた、**本人の意思決定が基本**

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定

本人や家族等※と十分に話し合う

・家族等※が本人の意思を推定できる

本人の推定意思を尊重し、
本人にとって最善の方針をとる

本人の意思が確認できない

・家族等※が本人の意思を推定できない
・家族がいない

本人にとって最善の方針を
医療・ケアチームで慎重に判断

・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難
・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合
→複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、方針の検討や助言

※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。
※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。

ガイドラインの骨子

- 一人で決めない、一度に決めない
- 本人と医療・ケアチームとの十分な対話
- そのうえでの本人の意思を尊重
- 意思決定ができなくなったときに備えて、
家族等を含め繰り返し話し合う事が必要
 - 話し合いの結果は都度文書にまとめ共有
- 本人の意思が確認できないときは
 - 家族等も含め本人の意思を推定しそれを尊重
 - 医療・福祉従事者は多職種チームで関わる

「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」 意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。

心身の状態に応じて意思は変化しうるため
繰り返し話し合うこと

主なポイント

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人や家族等※と十分に話し合う

話し合った内容を都度文書にまとめ共有

本人の意思が確認できる

STEP1

・家族等※が本人の意思を推定できる

本人の意思が確認できない

・家族等※が本人の意思を推定できない
・家族がいない

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踏まえた、本人の意思決定が基本

STEP2

本人の推定意思を尊重し、
本人にとって最善の方針をとる

STEP3

本人にとって最善の方針を
医療・ケアチームで慎重に判断

STEP4

人生の最終段階における
医療・ケアの方針決定

- ・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難
 - ・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合
- 複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、方針の検討や助言

※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。
※家族等には広い範囲の人（親しい友人等）を含み、複数人存在することも考えられる。

E-FIELD Home

Education For Implementing End-of-Life Discussion at home

STEP1

本人の意思決定する力を考える

「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」 意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。

心身の状態に応じて意思は変化しうるため
繰り返し話し合うこと



主なポイント

STEP1

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人の意思が確認できる

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踏まえた、**本人の意思決定が基本**

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定

本人や家族等※と十分に話し合う

・家族等※が本人の意思を推定できる

本人の推定意思を尊重し、
本人にとって最善の方針をとる

話し合った内容を都度文書にまとめ共有

本人の意思が確認できない

・家族等※が本人の意思を推定できない
・家族がいない

本人にとって最善の方針を
医療・ケアチームで慎重に判断

- ・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難
- ・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合

→複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、方針の検討や助言

※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。

※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することもある。

学習目標

- 本人の意向を知るためには、信頼関係を構築することが重要であることを理解する
- 日常ケアの中で価値観や選好を探ることが意思決定に重要なことを理解する
- 本人の意思決定する力を高めること（＝エンパワメント）の重要性を理解する
- 本人の意思決定する力を評価するときのポイントおよびその際の注意点を概説できる

事例紹介（１）

武田京子さん 77歳

◆現在の疾患・既往歴◆

くも膜下出血(65歳)、高血圧、糖尿病、
変形性膝関節症、認知症疑い：短期記憶障害あり

◆住まい◆

- ・ 夫の死去後、2年間独居
- ・ サービス付き高齢者住宅に入所

動画を見ながら、京子さんの思いや希望について、メモを取ってください。

事例紹介（２）

武田京子さん 77歳 入所して1年経過

◆ADL・IADL◆

- ・杖歩行で自立していたが、転倒することもあった
3ヶ月ほどで変形性膝関節症の痛みがひどくなり、
歩行が困難になってきている
- ・最近訪問診療を導入した
- ・金銭管理は難しく定額を手渡している
- ・内服は職員の確認が必要

◆楽しみ・趣味◆

- ・歌はとても上手だが、人前で歌うのは恥ずかしいので、カラオケでは歌わない
- ・夫が亡くなってから毎日お酒を飲むようになった
- ・自室で飲酒し転倒、頭部裂傷してから、息子からも減らすように言われている

事例紹介（3）

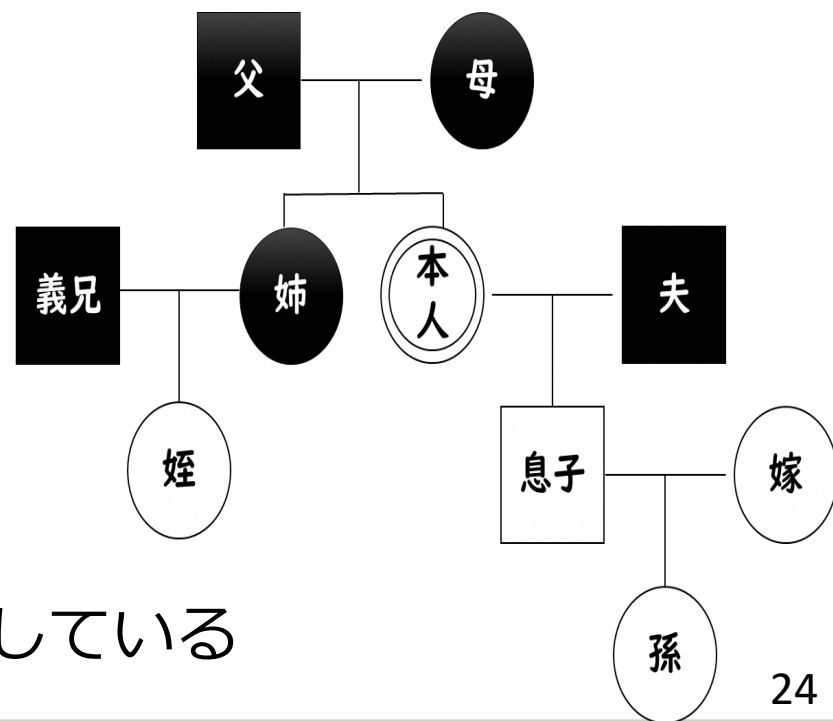
武田京子さん 77歳

◆家族◆

- ・ 県外に息子夫婦と孫一人。嫁とはあまり上手くいっておらず疎遠になってしまっている。夫は3年前に他界
- ・ 姉とは親しくしており、姪が小さい時に京子さんがよく面倒をみていた。

姉が亡くなった後は、姪は京子さんを母親のように慕っている

- ・ 仕事が忙しいながら、姪がよく京子さんのもとを訪れ、話し相手となったり、身の回りの世話をしてきた
- ・ 京子さんは、「姪が私のことを一番、分かってくれている」と話している



事例紹介（４）

武田京子さん 77歳

- ・ 短期記憶障害がさらに目立ってきた
- ・ 膝が悪くなる前は近くのコンビニに1人でお酒を買いに行くので、転倒が心配なのと、お酒を多く買ってしまふことを息子と職員は心配していた
- ・ 日頃から病院に行きたくない、また隣のデイサービスを勧めても、行く気はないと話している

本人の意向を聞く前に

- あなたはどんな相手になら自分の意向を話しますか？
- どんな相手なら話したくないでしょうか？



「この人なら話してもいい」 と思える
信頼関係がベースとなる

信頼関係があって初めて 話し合いがスタートする

京子さんの場合

サ高住に入所当時、見守りが必要な状態なのに、一人で歩いて転倒したり、勝手にお酒を買いに行ったりするので、職員の中には明らかに京子さんは規則を守らないダメな人という態度で接している人もいた

本人の人生観や価値観を把握

- 日常的な関わりの中での何気ない会話がとても大切
- 医療従事者は、本人の価値観、選好などを把握するため、本人はもちろん、家族等や普段接している介護従事者の意見に耳を傾ける
- 介護従事者は、治療やケア、療養に関する方針の話し合いの場面で、普段のケアの中で把握した本人の価値観等を伝える
 - = 本人の思いの言語化をサポート
 - = 代弁者としての機能

意思決定する力を高める支援 ＝エンパワメント

- **場の設定**

例：家族や信頼できる介護従事者に同席してもらう

- **情報開示の工夫**

例：複数回の説明、文章・図・通訳の活用

- **心理的サポートによる不安や恐怖の緩和**

例：カウンセリング、説明後のフォローなど

- **質問の機会と熟考する時間の確保**

意思決定する力を構成する4つの要素

病名、年齢、態度や様子、社会的背景だけからの憶測ではない

理解

評価のポイント

意思決定のために必要な
事項を理解している

論理的思考

評価のポイント

決定内容は選択肢の比較や自分
自身の価値判断に基づいている

認識

評価のポイント

病気、治療、意思決定を自分
自身の問題としてとらえている

表明

評価のポイント

自分の考えや結論を伝える

本人との話し合いにおける情報提供や質問を通して、
これらの4つの要素について注意深く観察し評価する

(Grisso, et al. 1998)

例：脑梗塞右片麻痺 70歳男性

- 転倒、尿失禁を繰り返している
- 自力歩行可能だが立ち上がり時間に時間がかかり、立位の際に起立性低血圧による失神、転倒や、歩行に時間がかかることでトイレに間に合わず失禁している
- 上記の説明を理解している
- 失神、転倒しないために手すりの設置やポータブルトイレ、下着を汚さないために尿とりパッド等の提案するも、理解は示すが何度説明してもどれも嫌だと言う

意思決定する力を構成する4つの要素の評価

- **理解：十分？**

自分がどのような原因により転倒したり、尿失禁するかを医療従事者の説明を理解している。しかし完全に相違なく自分の言葉で話すことまではできない(しない)

- **認識：不十分**

病気や症状があることは自覚している。下着を汚してそれを洗う妻が困っていたり、転倒により打ちどころによっては骨折や脳挫傷などの大事故につながる可能性も理解しているが、自分ごととして捉えていない。

- **論理的思考：十分**

周囲からすると手すりをつけたり、下着を汚さないために尿とりパッド等を付けないのは不合理な選択に思える。しかし、本人の中ではなんとか脳梗塞前の状態に戻るために、そのようなものに頼りたくはないという気持ちがある

- **表明：十分**

しっかり手すりや、尿とりパッドは付けたくないと表明する。 32

意思決定する力を評価する際の注意点 (1)

- 認知機能の低下や精神疾患の既往だけで意思決定する力の欠如を判定してはならない
- 年齢、病名、外見、行動、社会背景から判定されるものではない
- 評価の前に、意思決定する力を高める
＝エンパワメント

意思決定する力を評価する際の注意点 (2)

- 周囲からみて不合理な選択だからといって、「意思決定能力がない」とは判断してはならない
(➡不合理な選択の尊重原則)
- 意思決定する力が不十分と断言できないなら、意思決定する力は備わっていると考え
- 十分な意思決定支援のうえでの評価が大前提

英国Mental Capacity Act 2005. 菅富美枝『イギリス成年後見制度にみる自立支援の法理』
(ミネルヴァ書房, 2010年)

意思決定する力を高める支援と 再評価

- 本人が「今できていない」ことと、
「意思決定する力がない」ことは、
必ずしも一致しないことを理解した上で、
意思決定する力を評価することが重要
- 意思決定する力を最大限に高めることが
重要
 - － 実際の意思決定支援をする際にも必須

グループワーク

◆ アイスブレイク（5分）

所属、名前、「最後の晩餐として何が食べたいか？」

◆ ディスカッション（20分）

- 京子さんと信頼関係を築くにはどのような関わりが必要か？
- 京子さんの価値観や選好を把握するためにどう関わるか？
- どのような支援をすると京子さんの意思決定する力が高まるか？エンパワメントするにはどうするか？
 - －司会、発表者は事前に決まっている
 - －ファシリはGoogleスライド共有しながら記載する

◆ 全体共有（20分）

グループワークのグラウンドルール

- 決して非難しない
- 意見の違いを認識し、尊重し、対話を重ねる
- 全員が発言する
- 一人で長く話しすぎない
(特に医師は話しすぎない!!)

どんな人に信頼を寄せるのか？

- 自分に興味・関心を持つ人
- 自分をわかろうとしてくれる人
- 自分を否定しない人

(圓増 文 2008)

意思決定に関する10の誤解

(以下は全て間違い！)

- 1) 意思決定がないことと、本人が今できないことは一致する
- 2) 専門職の指示に従わない場合、意思決定する力がないと判断
- 3) 専門家に従っているうちは意思決定する力を評価しないでもいい
- 4) 意思決定する力は「All or Nothing(あるかないか)」だ
- 5) 認知障害があれば、意思決定する力はない
- 6) 意思決定する力の低下は、永続的である
- 7) 十分な情報提供をせず、意思決定する力がないと決めつける
- 8) 認知症、精神疾患の患者は、すべて意思決定する力がない
- 9) 非自発的に入院している患者は意思決定する力がない
- 10) 意思決定する力を評価可能なのはメンタルヘルスの専門家だけだ

(Ganzini L, et al. 2004より改変)

京子さん後日談

- 生まれてから夫と出会うまでのこと、そして今に至るまでの京子さんの人生の物語を何度か聞いた
- 歌が好きなのでカラオケを何度か勧めたが、人前では私は歌わないとして拒否
- ある日ホールにカラオケを用意して、京子さんの前で職員が歌って、サビの部分で京子さんにマイクを渡したら、歌い出した
- それからカラオケでも歌うようになり、デイサービスにはカラオケがあるので、週3回デイサービスに通って何曲も歌うようになり、お酒もやめた

まとめ（１）

- 信頼関係の構築なしに、本人の価値観を理解することは難しい
- 信頼を得るには、相手に興味を持ち、相手を理解しようと努め、相手を否定しない態度が必要
- 本人の価値観、選好等を知るには、日常の関わりの中での会話が重要
- 方針決定の場面では普段のケアで把握した本人の価値観等を伝えることが重要
- 本人の意思決定する力を高める支援が大切

まとめ（２）

- 年齢や病名などだけから評価・判定しない
- 本人が「今できていない」ことと、「意思決定する力がない」ことは、必ずしも一致しないことを理解
- 意思決定する力が不十分と断言できないなら、意思決定する力は備わっていると考え
- エンパワメントを通して、意思決定する力を阻害する要因を取り除き、力を高め、本人がもっともよい状態の時に評価

E-FIELD Home

Education For Implementing End-of-Life Discussion at Home

STEP2

本人の意思の確認が
できる場合の進め方

「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」 意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。

心身の状態に応じて意思は変化しうるため
繰り返し話し合うこと

主なポイント

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人や家族等※と十分に話し合う

話し合った内容を都度文書にまとめ共有

本人の意思が確認できる

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踏まえた、本人の意思決定が基本

STEP2

・家族等※が本人の意思を推定できる

本人の推定意思を尊重し、本人にとって最善の方針をとる

本人の意思が確認できない

・家族等※が本人の意思を推定できない
・家族がいない

本人にとって最善の方針を医療・ケアチームで慎重に判断

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定

・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難
・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合

→複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、方針の検討や助言

※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。
※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。

学習目標

- 意思決定の目的は医療の選択ではなく、納得できる生き方の選択であることを理解する
- 医療・ケアチームの日々の関わりそのものが、その人の意思決定支援において非常に重要なプロセスとなることを認識する
- 意思決定において、医療従事者は日常ケアに関わる介護従事者の意見に耳を傾ける姿勢の大切さを認識する
- 多角的な視点での情報整理に資する4分割表の活用方法を理解する
- 意思決定の際の留意点について理解する

なぜ「意思決定」が重要なのか？

- 納得のできる生き方＝納得のできる選択
- 特に人生の最終段階においては、何が正解なのかわからない
- 選択のやり直しができないことが多い

▶ だからこそ「納得のできる選択」がより重要になる

何に対する「納得」なのか？

- **結果**

何を選択しても結果は変わらない

- **プロセス**

これが一番だったと思えること

- ▶ 事実は変えられなくても、解釈を変えることができる
- ▶ その人が納得できる「選択」ができる
＝意思決定支援

「何を選んだ」よりも
「どう選んだ」のほうがより重要！

意思決定の形の変化

パターンナリズム（父権主義）→自己決定 →共同意思決定

- **パターンナリズム**

強い立場にある者が、弱い立場にある者の利益のためとして、本人の意志は問わず、介入・干渉・支援すること

- **自己決定**

自己決定できることは重要だが、これは本人にとっての最適な選択か？

▶自分で決める＝自分が理解している範囲でしか決められない

- **共同意思決定**

専門職も含めて関わることで、選択肢が増える

▶それぞれの選択が導く未来の具体的なイメージがつかめる

▶みんなに相談できる、話し合って納得できる落としどころを見つけられる

自分で意思表示ができる時

予想される事態にどのような対応を望むのか、あらかじめ話し合っておくことができる。

- **話し合うタイミング**

- ◆ **状況が変化した時**

- 施設入所、訪問介護・看護や在宅医療の導入など

- ◆ **体調が変化した時、または変化が予想される時**

- 病状の悪化、病気や老化の進行、心肺停止など

- ◆ **話し合うきっかけが生まれた時**

- 家族や友人の死亡や入院など

- **話し合いに当たって提供される情報**

- ▶ 予想される今後の見通し（生活の変化と病状の経過）

- ▶ 選択肢とそれぞれの具体的な見通しと要件

重要！ 「意思決定＝意思確定」ではない

- **気持ちは揺らぐもの、という前提で受け止める**
 - 一度決めたからそれで終わりではない
 - 話し合いを重ねながら、徐々に気持ちの揺らぎも小さくなっていく
 - **特に現状の受け入れが十分にできていない状況では、意思決定をすること自体が困難なこともある**
 - 提供された情報に対して拒絶的・感情的になる、
 - 提示された選択肢以外にもっとよい選択肢があるのではないかと模索をする、
 - あるいは選ばなければいけないという状況から目を背けようとしたり、自分では選ばないという選択をする
- ▶ いずれも理解できる人間的な反応
 - ▶ このようなときは、無理に結論を急ぐべきではない
 - ▶ 相手が、決められない理由は何なのか、自分自身で気づけるお手伝いをしながら、まずは現実を受容できるよう支援していく必要がある

重要！ 「意思決定＝医療の選択」ではない

- どのような生活が理想なのか、これから先をどう生きたいのかを共に考えるプロセス
 - 医療はあくまでその一部
 - 医療の選択や療養場所の選択が目的のすべてではない。

意思決定

=みんなで考えながら着地点を探るプロセス

- その都度「会議」を開催するというよりも日々の関わりの中で、
- 本人や家族等の揺らぐ気持ちに寄り添いながら、
- 本人の価値観や優先順位を探り、
- 納得のできる着地点を探る。

事前指示書とACP（人生会議）

- （父権主義） →事前指示書→ ACP（人生会議）
- **事前指示書**：「何かあった時にはこうしてほしい」と文書にして残しておく。
 - ➡自分で決められることは重要だが、これは本人にとって最適な方法か？
 - ▶書いてある状況にしか対応できない
 - ▶その結論に至った文脈がわからない
 - 本当に本人の思いを汲んだ対応ができるのか？**
- **ACP（人生会議）**：本人の価値観を周囲が共有し、その価値観に基づいて状況判断する。
 - ➡具体的に言葉にできなくても、「この人なら、こう考えるはず」という判断基準が共有される
 - ▶予想外の事態にも対応できる
 - ▶細かいニュアンスを含めて状況判断できる
 - その人が納得できる（であろう）判断ができる**

ACP（人生会議）の誤解

- 本人が意思表示できる状態で、医師から説明を聞き、現時点での治療方針を決める
➡これはインフォームドコンセント
- 人生会議は人生決議であってはならない
- 対話の中から、本人の人となりをみんなですこしずつ理解する。
- その繰り返し、積み重ねが、少しでも納得のできる選択に近づく唯一の方法

そもそも日本人に「意思決定」はなじまない？

- これまでの日本の意思決定
➡ 「よきに計らう」「以心伝心」「阿吽の呼吸」
- ACPという概念は欧米から日本に持ち込まれた
- 「自己決定」・「文書化」・「契約書」という概念は、日本人の感性にマッチしづらい
- 欧米のACPにはその人の人生に全人的に関わる家庭医がいるという前提条件がある
- 日本は、欧米のような家庭医制度、かかりつけ医制度が浸透しているとは言い難い

ACP（人生会議）のあるべき形

- 人生の最終段階で意思表示ができなくなること、その時点での状況判断を求められることは多い。
 - ▶ 元気な頃の意思決定やメモだけではカバーできない
 - ➡ ACP（人生会議）は必要！
- その人にとっての「よきに計らう」とは何か？
 - ➡ 日頃から十分に対話を重ねていくことが大切

具体的に「選択」するときの考え方

- それが本人にとって最適な選択なのか、
要点を整理して考える
- 臨床倫理の4分割表
この4つの要素について検討する
 1. 本人の思い
 2. 周囲の状況
 3. 医学的適応
 4. QOL

グループワーク（１）

◆京子さんの近況

- ・ 最近は変形性膝関節症により一人では施設の玄関までは歩けなくなった
- ・ 元々病院嫌いで病院になんとか連れて行っていたが、歩行が難しい状況となったため、3ヶ月前から訪問診療が開始された
- ・ 最近、時々血尿を認めることがあったが、本人は病院での精査を希望せず、在宅医から止血剤処方経過をみていた。
- ・ ある日かなり大量の血尿が2日続いたため、このまま経過観察で良いか、本人、介護職員、ケアマネ、在宅医、訪問看護師で話し合いをすることになった。

グループワーク (2)

◆ ディスカッション (30分)

◎ 武田京子さんの意思決定支援について考えてみる

- まずは4分割表で、多角的な視点から情報を整理

(10分以内)

- 京子さんの意向をさらに引き出すには、どのようなアプローチがあるか？
- どう情報提供し、どのように質問し、どのように話し合うことで、本人の意向が反映された医療やケアに繋がられるかをディスカッションする

(20分以上)

ー 書記は話し合った内容をGoogleスライドに記載する

◆ 全体共有 (15分)

Jonsenらの4分割法

Jonsen, et al. Clinical Ethics 8th edition, 2015および同5版翻訳版（赤林ら、2006）参照

医学的適応

（与益&無危害原則に関連）

- ✓ 医学的状況
- ✓ 治療目標
- ✓ 治療適応が無くなる状況
- ✓ 治療の成功可能性

等

本人の意向（選好）

（自律尊重原則に関連）

- ✓ 本人の思い
- ✓ 治療やケアに対する考え
- ✓ 意思決定能力の評価
- ✓ 本人の意向を推定できる人

等

QOL（本人にとっての生活/人生の質）

（与益&無危害および
自律尊重原則に関連）

- ✓ その方にとってのQOL（身体、心理、社会、スピリチュアルな側面から）
- ✓ 治療やケアがその方の全体的なアウトカム（転帰）に与える影響
- ✓ 医療ケアチームの偏見はないか
- ✓ QOLに影響を及ぼす因子

等

周囲の状況

（公正原則に関連）

- ✓ 医療・ケア専門職・施設側の利益相反
- ✓ 家族・利害関係者
- ✓ 経済的問題
- ✓ 治療やケア影響を及ぼす宗教、法律等

4分割表で整理してみる

医学的適応

- 血尿は、腫瘍（＝がん）か尿路結石のいずれかが考えられる
- 症状からは腫瘍の可能性が高い
- ステージによっては治癒も可能
- 内視鏡治療であれば安全に実施できる可能性が高い

本人の意向

QOL

周囲の状況

- 息子は京子さんのことを心配しているが、京子さんは姪をより頼りにしている
- 姪は、京子さんに会いにも来ない息子を良く思っていない
- サ高住に入居しており、ケアは提供しやすい状況にある
- 病院との関係性が悪い可能性がある

意思決定支援における留意点（１）

1. 本人の意思と本人の発言は必ずしも同一でないことを意識する

- 対話の中で本人の本当の気持ちを探ることも ACP の重要な目的の１つ
 - ✓ 本人の表現形（すぐに「死んでもいい」という人など）
 - ✓ うつなどの精神状態
 - ✓ 周囲への遠慮やあきらめ

2. 意思はあるが表出が困難なケースについては特に配慮が必要

- 意思疎通困難とされているケースのなかに、本人の意思が明確なケースが少なからず存在する。
 - ✓ ゆっくり落ち着いて対話できる時間を確保する。
 - ✓ 対話に必要なデバイスや専門家を確保する。
 - ✓ 対話に最適なタイミングを確保する。

意思決定支援における留意点（２）

3. 共同意思決定＝同調圧力になりがちな点を意識する

- 特にキーパーソンと呼ばれる人の音量に留意し、適宜、ファシリテートする。
- 本人が落ち着いて安心して本音を言える環境を確保する。

4. 特に「意識的・計画的な ACP」を行う場合の留意事項

- 議論を意図的に収束させたり、単純化させたりしないように留意する。
- ACP（人生会議）の対話のプロセスそのものを援助することを意識する。
- 結論を急がない。結論を出すことを敢えて目指さないこともある。

まとめ

- 生きるとは、生き方を選択すること。納得できる人生のためには、納得できる選択＝意思決定が重要
- 納得のためには、その選択に至るプロセスが重要
- 医療・ケアチームとして、ACPプロセスに関わる
- 主に介護従事者は、日々の関わりを通じて、本人の価値観を理解し、本人にとっての最適な選択を共に考える
- また医療従事者は本人・家族等・介護従事者と病状経過の見通しを共有し、医学的適応のみならず、臨床倫理の4つの要素から最適な選択を共に考える
- 本人が本当の気持ちを表出できる心理的・物理的環境を整えること、結論を出すことだけにこだわらないこと、そして対話のプロセスそのものを大事にしていくスタンスが求められる

E-FIELD Home

Education For Implementing End-of-Life Discussion at home

STEP3

本人の意思を推定する

「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」 意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。

心身の状態に応じて意思は変化しうるため
繰り返し話し合うこと

主なポイント

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人や家族等※と十分に話し合う

話し合った内容を都度文書にまとめ共有

本人の意思が確認できる

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踏まえた、本人の意思決定が基本

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定

STEP 3

・家族等※が本人の意思を推定できる

本人の推定意思を尊重し、本人にとって最善の方針をとる

本人の意思が確認できない

本人にとって最善の方針を医療・ケアチームで慎重に判断

・家族等※が本人の意思を推定できない
・家族がいない

・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難
・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合

→複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、方針の検討や助言

※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。

※家族等には広い範囲の人（親しい友人等）を含み、複数人存在することも考えられる。

学習目標

- 本人の明確な意思が確認できないとき、意思を推定する方法を理解する
- 本人の意思が確認できないが家族等がその意思を推定できる場合、推定意思を尊重するための方法を具体的に説明できる
- 家族等が本人の意向を推定できるようにエンパワメントすることができる
- 常に本人が意思を表出できる可能性はないかを確認する
- 本人にとっての最善を考えるために、その人が固有に持つ価値観、人生観に関する情報を得ておくことの重要性を理解する

家族等とは

- 家族等とは、今後、単身世帯が増えることも想定し、本人が信頼を寄せ、人生の最終段階の本人を支える存在であるという趣旨ですから、法的な意味での親族関係のみを意味せず、より広い範囲の人（親しい友人等）を含みますし、複数人存在すること考えられます。
(このガイドラインの他の箇所でも使われている意味も同様です)

(出典)「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」

家族等の声：本人の最善利益の 査定において家族等がもつ2つの役割

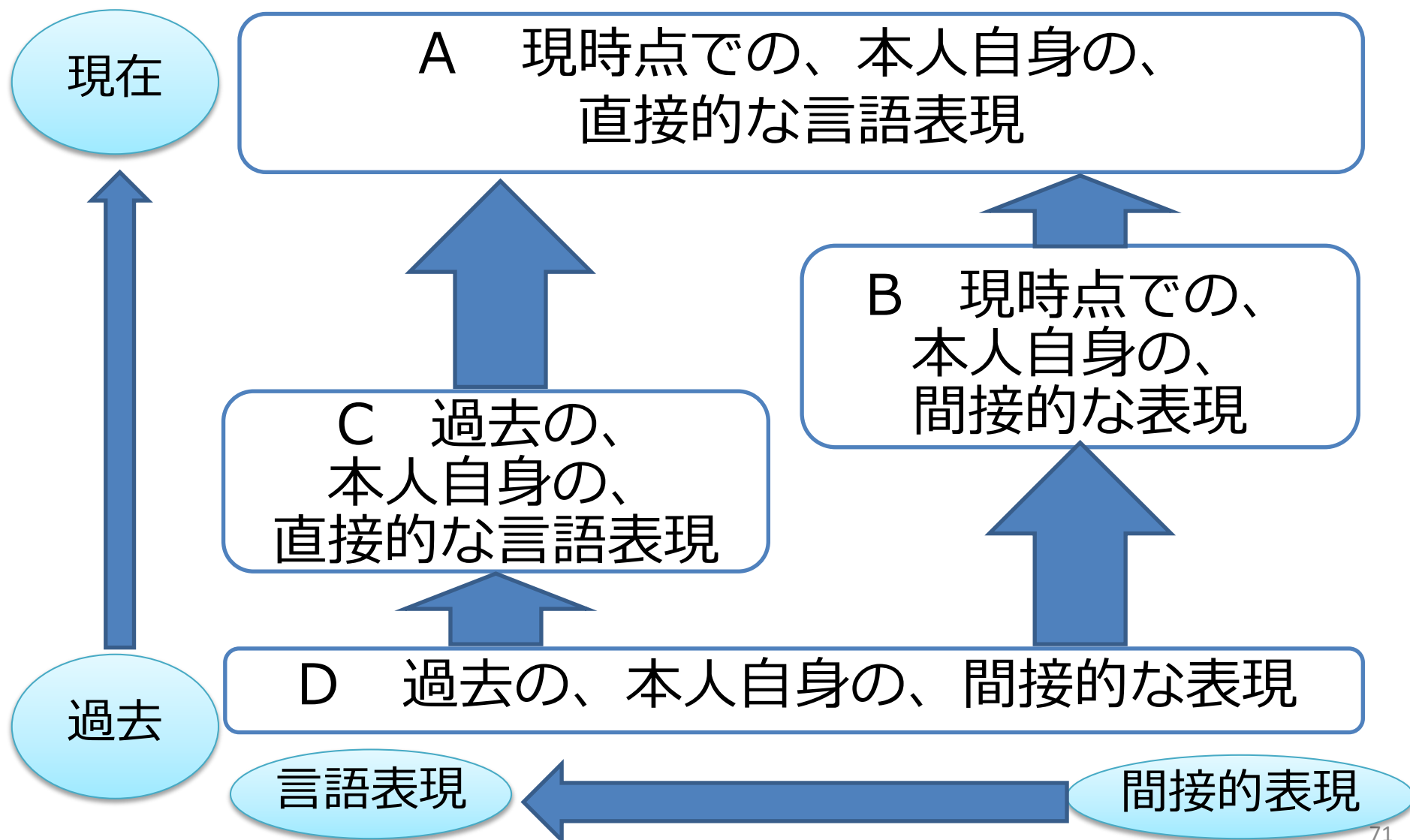
- 本人の声を代弁するもの
 - 「本人は、どのようにお考えだと思われますか？」
- 本人のことを大切に感じ、世話するものとしての意向を表現するもの
 - 「ご家族としては、どのようなお気持ちでしょうか？」

「家族」であるために重要なこと

- 困ったときに助け合う 68.4%
- 精神的なきずながある 56.5%
- 互いにありのままでいられる 50.7%
- 血のつながりがある 50.3%
- 日常生活を共にする 37.7%

(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「第5回全国家庭動向調査」

意思を推定する



A.現時点での、本人の、直接的な言語表現

- 常に「本人が自分自身の選好を何らかの形で表現できる機会はある」と考える
- 合理的判断が可能な状況においては最も強い根拠となる
- 自由な選好を何らかの形で表現できる環境を整える
- 誘導的な操作を行わない

B.現時点での、本人の、間接的な表現

- 侵襲的なケアの一時的な拒否は、誰でもある
 - 吸痰の拒否
 - 経鼻チューブの抜去
- 再現性を観察する
- 抑うつやせん妄などの影響について考慮する

C. 過去の、本人の、直接的な言語表現

- Advance Care Planning
- 明記されたリビングウィルのような事前指示書
- メモや録音記録
- かかりつけ医の証言（やや間接的）
- 家族等や介護に当たる人の証言（やや間接的）

D.過去の、本人の、間接的な表現

- 自由に対する考え方
- 死や、死にゆくことに関する考え方
- 医療や健康に対する考え方
- 医療や健康サービスへのアクセス
- 家族などから見た印象や理解
- 「延命治療」等のテーマに関するエピソード

本人の背景とナラティブ（人生の物語）

- ◆ 本人がどのような人生を今まで過ごしてきたのかという文脈の中で、その言葉や表現を丁寧に取り扱うことは、とても重要な視点
- ◆ 「現在」は、本人が歩んできた過去から現在までの人生のストーリーに直接つながっており、今後の選択や選択の後に想定される状況は、それまでのストーリーと地続きであるということ念頭に、意思決定に関与する関係者は現在の状況について理解する
- ◆ 人生の履歴のもつ文脈を、本人の意思の推定に関与する家族等や医療・ケアチームは共通理解をしていく

ロールプレイ

◆ 動画（10分）

（お配りしているワークシートに、各々の思いや考えをメモ）

◆ 配役決定・個人ワーク（5分以内）

◆ 配役決定（ファシリテーターから指名があります）

- ・ 姪
- ・ 息子
- ・ サ高住ケアスタッフ
- ・ MSW（打ち合わせの司会）
- ・ 病棟看護師
- ・ 観察者

◆ 個人ワーク：役割を担うための情報や思考の整理

- ・ 割り振られた役に関する情報を整理し、各自、どんなふう
に演じるかの方針を検討ください。
- ・ 観察者の方は、お手元資料に目を通し、どんな視点で観察したらよいか
を整理してください

◆ ロールプレイ（15分以上）

目的）京子さんの意思に関わる人たちと共に推定する

動画を見ながら、それぞれの思いや考えについて、メモを取ってください。

ロールプレイ

設定) 今後の治療・ケアの大まかな方針を立てるためにも、まずは息子に病院における普段の京子さんの様子を見てもらうと同時に、サ高住のスタッフも呼ばれて、関わる人たちで京子さんの推定意思を確認することとなった

◆最初の5分以内に行うこと

◆ 配役決定(ファシリテーターから指名があります)

- ・ 姪
- ・ 息子
- ・ サ高住ケアスタッフ
- ・ MSW (打ち合わせの司会)
- ・ 病棟看護師
- ・ 観察者

◆ 個人ワーク：役割を担うための情報や思考の整理

- ・ 割り振られた役に関する情報を整理し、各自、どんなふう to 演じるかの方針を検討ください。
- ・ 観察者の方は、お手元資料に目を通し、どんな視点で観察したらよいかを整理してください

ロールプレイ

◆ ロールプレイ（15分以上）

目的）京子さんの意思に関わる人たちと共に推定する

- ・ 司会のMSW役が以下のように進行
 - ・ MSW役：「今日は、京子さんなら、どのように今後を過ごされることを望んでいるかを考えてみたいと思います。京子さんの意思や価値観、希望について、皆さんの把握されていることをまずは共有してみましましょうか？」とスタート
 - ・ 姪、サ高住のスタッフ、病棟看護師の順で話をしてもらう。
 - ・ 次に、息子に、姪、サ高住スタッフ、病棟看護師の話聞いて、どう感じたか、また京子さんならどう考えるかを話してもらう
 - ・ その後、全員で、与えられた役を演じながらディスカッションを行う

◇京子さんならどう考えると思うかという視点で、ディスカッションし、関係者で合意形成するプロセスを体験する

ロールプレイ後のグループ内のまとめ (15分)

- ・司会は以下の順および内容のフィードバックを促す。その後、全員でディスカッションという流れで進行する

1 観察者

京子さんの意向を推定する、最善を探るということに意識を向けられるような医療・ケア職の関わりがあったかどうか

2 息子・姪役

京子さんの意向を推定する、最善を探るということに意識を向けられるような 医療・ケア職の関わりがあったかどうか

3 医療・ケア職役

京子さんの意思を推定するために、自分がどのように話し合いをすすめようと思ったか、姪・息子役からのフィードバックを受けて、どう感じ、どう関わりを改善したらよいと思ったか

対話のポイントと重要性

- 対話とは立場や役割の違いを認識するコミュニケーションである
- 「分かり合えないこと」「意見が一致しない」ことがあるのは当然。それを覚悟の上で、対話を重ね、着地点を探る
- それぞれの発言の内容が誰にとって価値があるのか、本人にとって、どうなのかを丁寧に検討することが大事
- 介護従事者の役割は、自分が生活の中で聞き取ってきた本人の思いを代弁すること
- 家族間で意見が食い違っている場合であっても、本人の思いを代弁して、発言することが重要
- 「選択した後」に、「その選択でよかった」と思えるようにフォローすることが極めて重要

本人の意思を把握し続けることが何よりも重要

本人

状態が変化

- ① 日常生活の中で、本人の希望や価値観を知る
- ② 家族等や職員間で共有する
- ③ 多職種で共有し、記録に残す
- ④ 機能の変化に応じたケアを柔軟に行う
- ⑤ 本人の意思を理解・推定することに努める

言語表現ができない状態

- ① 痛みや不快・苦しんでいる様子はないか
- ② 表情や表現から、本人の気持ちや状態を汲みとる
- ③ 常に本人が望んでいたことを再確認する
- ④ 嫌だという意思表示は、特に尊重する

本人の意思を家族等と共有する

家族

状態が変化

- 本人の希望や価値観を共有し、家族等の考えを聞く
…家族等が本人の希望をどうとらえているかを確認
- ① 機能が変化している状況の共有
 - ② 何が起きているかを確認し、家族等と認証し合う
 - ③ 老化の過程の説明
 - ④ 人生の最終段階や死は、いつ訪れるかわからないことを共有

言語表現ができない状態

- ① 同意書の確認とともに、家族等の現在の思いを聞く
→ 今後の方針と、家族等の思いのすりあわせ
- ② 本人の様子や変化を、家族等とこまめに共有
- ③ 家族等の不安や疑問と向き合い続ける

まとめ

- 本人の意思を推定するにあたり、
 - 意思決定する力が不十分な状況にあっても、本人からの情報を得る努力を続ける
 - 「現在の」情報、「直接的言語表現」からだけでなく、「過去の」情報、「間接的表現」にも目を向ける
 - 本人の背景とナラティブを知ることが重要
- 常に、本人の希望や想いを叶えることを軸とし、本人の様子や変化を、家族等とこまめに共有し、家族等の不安や疑問と向き合い続けながら、本人の意志が推定できるような支援を続ける。

E-FIELD Home

Education For Implementing End-of-Life Discussion at home

STEP 4

多職種および家族等も含め、慎重に
本人にとって最善の方針について合意する

「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」 意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。

心身の状態に応じて意思は変化しうるため
繰り返し話し合うこと

主なポイント

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人や家族等※と十分に話し合う

話し合った内容を都度文書にまとめ共有

本人の意思が確認できる

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踏まえた、**本人の意思決定が基本**

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定

・家族等※が本人の意思を推定できる

本人の推定意思を尊重し、本人にとって最善の方針をとる

本人の意思が確認できない

・家族等※が本人の意思を推定できない
・家族がいない

本人にとって最善の方針を医療・ケアチームで慎重に判断

STEP4

- ・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難
 - ・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合
- 複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、方針の検討や助言

※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。

※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することもある。

学習目標

- ◆ 意思決定に関する推奨または提案を行う上での重要な点について整理することができる
- ◆ 異なる職種や立場をもつ者の視点や価値を尊重しつつ、合意形成を行うために必要なことが理解できる
- ◆ 本人の意思が確認できない状態において、本人にとっての最善の利益となる医療・ケアを多職種チームで考えるポイントを概説できる

本人の意思が確認できない状態において、 本人にとって最善の方針について考える

その1 療養環境が変わる場面

その2 本人の状態、環境が変わる場面

1. それまでの経過・物語を共有する

医療チーム：臨床情報）病気の状態・見通し・症状マネジメント

ケアチーム：くらしの情報）食生活等暮らしの情報、価値観、人生観

2. これからの医療・ケア・療養の方向性について コンセンサスを得る

- ・ 今後の医療・ケアの選択
- ・ これからの暮らしの再構築など…

➡医療・ケアチームとしての体験や成果を共有し、すり合わせ

各職種の視点

職種により何を大切にケアをするかの傾向が異なる

- 病院医師：『命を延ばす』事を重視する傾向が強い
- 病院看護師：『安全』を重視する傾向がある
- 訪問診療医/訪問看護師
：『本人・家族等の希望』を優先する傾向
- 福祉職：『本人の希望』を重視する傾向がある
『死』に対しては不慣れで慎重
- ソーシャルワーカー：本人の意思を代弁すること
自体が仕事で、調整役。自律を重んじる傾向がある

共通点は『本人の最善』を願っていること

職種間の対立や葛藤による不利益

- 違いを個性として認めることは難しい
- 対立や葛藤を生じることは、できるだけ避けたい

◆よくあること

- ✓ 違い・対立が表面化しそうになると、言いたいことを我慢
- ✓ 空気の読めない人は仲間はずれにされる
- ✓ 声の大きい人に演説させておく
- ✓ 社会的に力をもっている人の意見を勝たせておく

こうした忖度によって

医療・ケアチームが機能しないと、誰が不利益を被るのか？



本人

多職種で行う対話で配慮すること

- 関係者それぞれが認識している状況について提示しあい、理解しあう
- 関係者それぞれが想定している目的（ゴール）を提示しあい、理解しあう
- 関係者それぞれが持つ意見の背景となる価値観や常識について提示しあい、理解しあう
- 関係者間の認識の相違が生む関係者の思考や感情に共感する
- お互いの認識や価値の相違を理解した上で、状況・目的・価値を調整する

コンセンサス形成

- 「本人にとっての最善」を常に意識する
- 本人に関する事実認識が共通しているかを再確認する
- 関係者で共有されている価値観を見出す
- 「大まかなケアの方向性」と「具体的な選択肢の決定」を分けて議論する

圓増他、患者にとっての最善について、いかに合意するか
Modern Physician 2016;36:411-4

大事な倫理原則

◆ 自律性原則

- ・ 本人の意思を尊重すること
- ・ 本人のプライバシーを尊重すること

◆ 与益・無加害原則

- ・ 本人の最善の利益を考えること
- ・ 本人のQOL維持・向上を目指すこと
- ・ 本人と家族等の脆弱性に配慮し共感的に接すること

◆ 正義・公平の原則

- ・ 接し方や待遇に差をつけないこと
- ・ 医療やケアの公共性と社会性を認識すること

➡医療・ケアチームの直観や感情、「こうして欲しい」という願望、今までこうして来たからという習慣で方針を決めてはならない。

➡倫理原則に照らし合わせて、丁寧な検討が必要

➡特定の職種のみならず、医療・ケアチームとして検討

➡本人の尊厳を守るために重要なこと

本人にとって最善の方針について合意する

- 倫理原則に照らし合わせて検討する
- 「本人にとっての最善」を中心に話を進める
- 医療・ケアチームを構成する多職種それぞれが認識している状況について、それぞれの立場で提示し合い、認識の違いなども含めて理解しあうことから始める
- 大まかな方向性を確認する
- 具体的な計画や、その後、本人・家族等との対話の進め方について議論する

グループワーク (30分)

入院2週間後、これからの方向性について話し合う
多職種による事前協議の場をイメージ

● ディスカッションの目的

Step 3 で話し合った「京子さんの大切にしたいこと、これからの過ごし方への願い」の実現に向け、京子さんにとっての最善の方針について合意形成をし、具体的な医療・ケアの提案をする



- 1) それぞれが認識している状況について、また、どのような医療・ケアが提供できるのか、自身の職種の立場で提示し合う
- 2) 医療・ケアチームとして、短期的、中期的な大まかな方針について京子さんの最善を中心に検討する
- 3) 本人・家族等との対話の進め方（選択肢の提示の仕方を含め）について議論する

※倫理原則に照らし合わせて検討し、本人にとっての最善」を中心に話を進める

※多職種それぞれが認識している状況について、それぞれの立場で提示し合い、認識の違いなども含めて理解しあう

4分割表での整理

医学的適応

- ・誤嚥性肺炎を繰り返している
- ・膀胱がん（術後、症状なく落ち着いている）
- ・嚥下機能低下（現在少量ミキサー食）
→医師からは胃管からの栄養を提案されている
- ・飲食後は頻回な口腔内吸引が必要

京子さんの意向

- ・特に「暑い/寒い」「痛い/痛くない」等生理的なことについては、首を振ることにより意思表示が可能なことがある
- ・夫の最期の様子から、長さではない、生活の中で自分らしさを大切にしたい、サ高住で最期を迎えたい、穏やかに過ごしたいと話していた
- ・姪にこれまでの感謝を伝えたい、息子にも自分の願いを理解し、心穏やかに生きて欲しいと話していた

QOL（京子さんの以前の言葉含む）

- ・食事の時は笑顔が見られる。
- ・特にコーヒーフレイバーを好む。
- ・吸引の時は、強く拒否するような反応が毎回みられる

周囲の状況

- ・息子は京子さんのことを心配しているが京子さんは姪をより頼りにしている。
- ・サ高住スタッフは、医療処置や看取りケアへの不安を抱えている
- ・息子はできるだけ長く生きて欲しい、姪は京子さんから聞いている希望を叶えたいと考え、意見が対立している
- ・息子は関わりが少なかったこともあり、京子さんの意向をよく知らない

グループワーク時の3つのポイント

- 1) 各メンバーが考える本人にとっての最善の医療・ケアの違いを理解し、合意形成する
- 2) 各チームメンバーが考える本人にとっての最善の医療・ケアが同じである場合、客観的に、時には違う視点で検討してみる
- 3) 本人にとっての最善の利益となる医療・ケアを導き出すために必要な関わりについて、個別の意見の偏りを超えた方針をみつけていくプロセスとなるようなディスカッションにする。

➡ファシリの方は、ディスカッションの内容の記録をGoogleスライドにお願いします。

医療・ケアチームから本人、家族等に医療・ケアの方針について提案するときに配慮すべきこと

- 可能なかぎり具体的な内容にする
- 勧告や命令ではないことを本人や家族等に理解していただく
- 合意できていない事柄を尊重する
- その後のコミュニケーションや細かな計画についても言及する
- 本人に意思決定する力がある場合は、最終決断は本人のものである

本人の意思が確認できない状態において、 家族等が本人の意思を推定できない、または家族等がない場合 本人にとって最善の方針について考える まとめ

- 軸になるのは、常に「本人にとっての最善」
➡ 倫理原則に照らし合わせて、「本人にとっての最善」を
中心に多職種で、それぞれの視点から意見を出し合議で方針決定
- 医療・ケアチームのメンバーは、各々の見解や議論を理解できるよう努め、すべてのメンバーが受け入れられる
提案を目指す。
➡ 関わるすべての人の意見が何かしら考慮される形で、個別
の意見の偏りを超えた方針をみつけていくプロセスが重要

E-FIELD Home

Education For Implementing End-of-Life Discussion at home

まとめ

本研修の目標

1. 生活の場、暮らしの場をフィールドとする医療・ケアチームが「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」を理解する
2. 意思決定、およびその支援に必要な知識を習得する
 - 普段の暮らしに関わる中で、本人の選好や価値観を知り、それを共有し、医療やケアに反映すること、また本人が意思表示できない場合でも、これまでの話し合いを踏まえて意思を推定したり、代弁者になりえること
3. 日常臨床・ケアの中で、ご本人と共にACP（人生会議）を積み重ねていくことの重要性を理解する
4. 家族等が本人の最善・利益を考えられるよう相談・支援の在り方について習得する
 - どのような生活を送りたいのか、これから先をどう生きたいのかを共に考えるプロセスを重視
 - 医療はあくまでその一部であり、治療の選択や療養場所の選択だけが目的ではないことを理解する

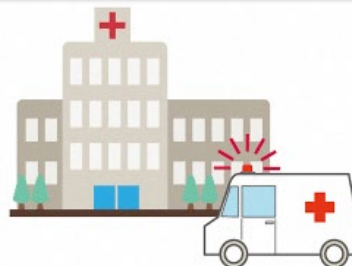
新しい「人生の最終段階における 医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 2018年3月～

3つの大きな柱は、そのままに

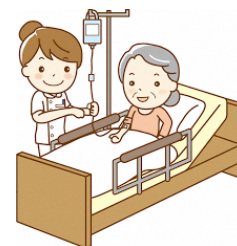


病院以外の場所でも

1. 患者さんご本人の
意思決定を基本とし
尊重すること



2. 医師のみでなく、
チームで方針の判断を
すること



3. 痛みや不快な症状を
やわらげるケアを充実
させること



ケアの重視

アドバンス・
ケア・プランニング
Advance Care Planning
(ACP)

103

「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」 意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。

心身の状態に応じて意思は変化しうるため
繰り返し話し合うこと



主なポイント

STEP1

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人の意思が確認できる

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踏まえた、**本人の意思決定が基本**

本人や家族等※と十分に話し合う

・家族等※が本人の意思を推定できる

本人の推定意思を尊重し、本人にとって最善の方針をとる

話し合った内容を都度文書にまとめ共有

本人の意思が確認できない

・家族等※が本人の意思を推定できない
・家族がいない

本人にとって最善の方針を医療・ケアチームで慎重に判断

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定

- ・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難
 - ・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合
- 複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、方針の検討や助言

※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。

※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。



Step 1 講義のポイント

- 年齢や病名や社会的背景だけからの憶測で、本人の意思決定する力を評価・判定しない
- エンパワメントを通して、意思決定する力を阻害する要因を取り除き、力を高め、本人がもっともよい状態の時に評価
- 本人の価値観、選好等を知るには、信頼関係をベースとする日常の関わりの中での会話が重要
- 方針決定の場面では普段の医療・ケアの場面で把握した本人の価値観等を伝えることが重要

「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」 意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。

心身の状態に応じて意思は変化しうるため
繰り返し話し合うこと

主なポイント

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人や家族等※と十分に話し合う

話し合った内容を都度文書にまとめ共有

本人の意思が確認できる

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踏まえた、本人の意思決定が基本

STEP2

・家族等※が本人の意思を推定できる

本人の推定意思を尊重し、本人にとって最善の方針をとる

本人の意思が確認できない

・家族等※が本人の意思を推定できない
・家族がいない

本人にとって最善の方針を医療・ケアチームで慎重に判断

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定

- ・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難
 - ・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合
- 複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、方針の検討や助言

※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。

※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することもある。

Step 2 講義のポイント

- ACPは、日々の関わりの中で、本人や家族等の揺らぐ気持ちに寄り添いながら、本人の価値観や優先順位を探り、納得のできる着地点を探るプロセス
- 医療・ケアチームとして、ACPプロセスに関わる
- 主に介護従事者は、日々の関わりを通じて、本人の価値観を理解し、本人にとっての最適な選択を共に考える
- また医療従事者は本人・家族等・介護従事者と病状経過の見通しを共有し、医学的適応のみならず、臨床倫理の4つの要素から最適な選択を共に考える
- 本人が本当の気持ちを表出できる心理的・物理的環境を整えること、結論を急がない・結論を出すことにこだわらないこと、対話のプロセスそのものを援助の力にできることも重要である

「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」 意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。

心身の状態に応じて意思は変化しうるため
繰り返し話し合うこと

主なポイント

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人の意思が確認できる

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踏まえた、本人の意思決定が基本

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定

本人や家族等※と十分に話し合う

・家族等※が本人の意思を推定できる

本人の推定意思を尊重し、本人にとって最善の方針をとる

本人の意思が確認できない

本人にとって最善の方針を医療・ケアチームで慎重に判断

・家族等※が本人の意思を推定できない
・家族がいない

・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難
・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合

→複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、方針の検討や助言

※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。

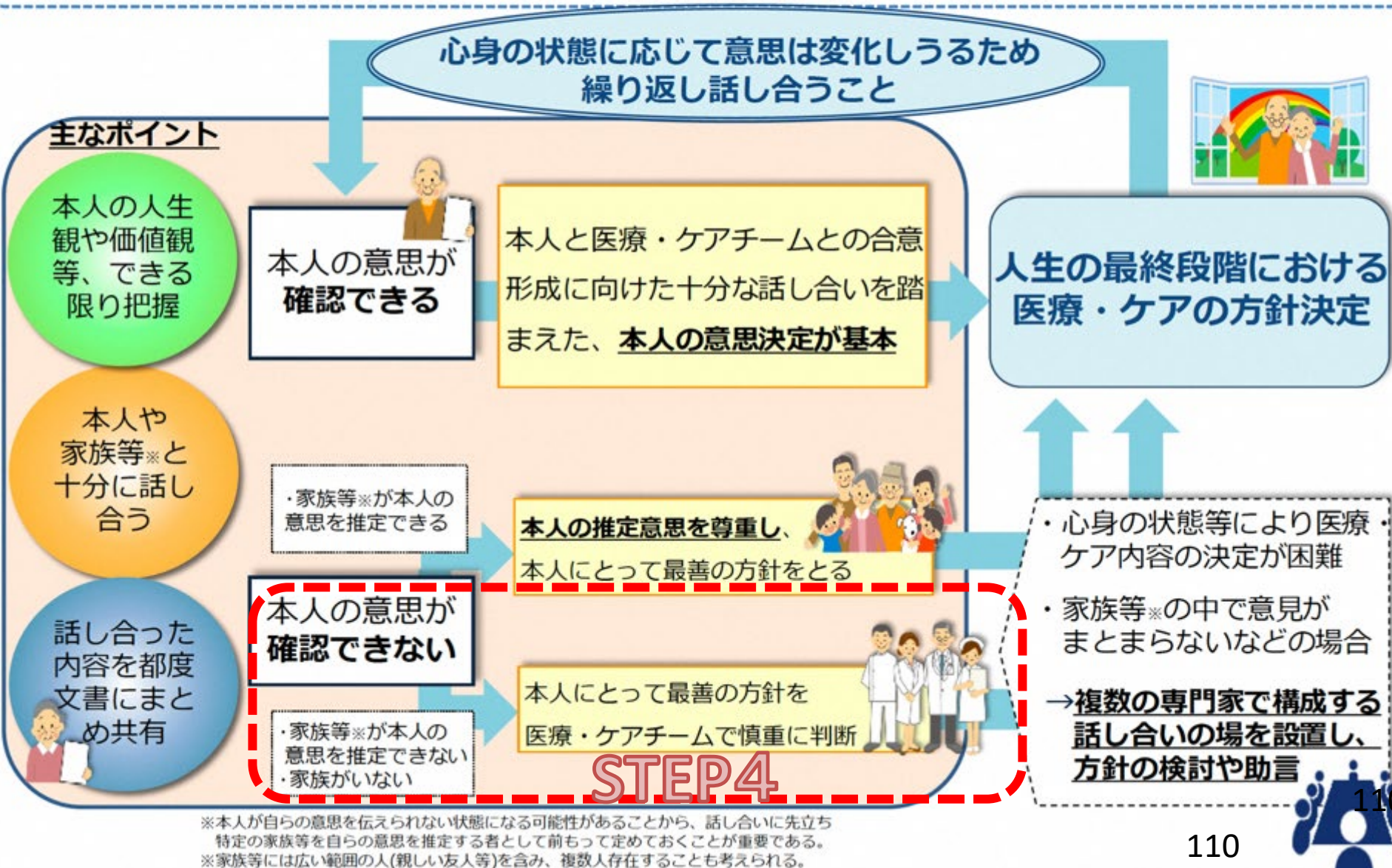
※家族等には広い範囲の人（親しい友人等）を含み、複数人存在することもある。

Step 3 講義のポイント

- 本人の意思を推定するにあたり、
 - 意思決定する力が不十分な状況にあっても、本人からの情報を得る努力を続ける
 - 「現在の」情報、「直接的言語表現」からだけではなく、「過去の」情報、「間接的表現」にも目を向けること
 - 本人の背景とナラティブを知ることが重要
- 常に、本人の希望や想いを叶えることを軸とする
- 本人の意向の代弁なのか、家族等の思いや希望ではないか、自施設の方針に引っ張られていないか等、よく検討する必要がある。
- 在宅や施設などの生活の場、暮らしの場においては、本人の価値観や意思を推定していくことに、非常に有利な環境・有利な材料がある

「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」 意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



Step 4 講義のポイント

- **倫理原則に照らし合わせて、丁寧な検討が必要**
 - ➡医療・ケアチームの直観や感情、「こうして欲しい」という願望、今までこうして来たからという習慣で方針を決めてはならない。
- **軸になるのは、常に「本人にとっての最善」**
 - ➡特定の職種のみならず、医療・ケアチームとして検討
 - ➡「本人にとっての最善」を中心に多職種で、それぞれの視点から意見を出し合議で方針決定

人生の最終段階における医療・ケアに関する課題 本人の意向の不在

山岸、中神、妹尾ら.本人の意向が反映された人生の最終段階の医療やケアの実現のために何が求められるのか？
～増加する高齢者救急搬送に係る地域包括ケア現場の課題～日本在宅救急医学会誌.2020

- 1) おまかせ文化と以心伝心
- 2) 他者との関係の文脈の中で意思決定する文化
- 3) 話し合いの機会の逸失
- 4) 家族等による代理判断の困難・本人の意向との乖離の可能性
- 5) 一般の方が人生の最終段階における医療適応の見通しを立てることの困難

意思決定支援・ACP（人生会議）は、 実臨床・日常ケアの中にある

- ◆ 意思決定支援やACP（人生会議）が日常臨床や日々のケアから取り出され、患者・利用者の自己決定を迫る手段になってはいないだろうか？
- ◆ ACP（人生会議）は意思決定の質、そして医療やケアの質を高めるための一つの手段であることを改めて認識したい。
- ◆ 意思決定支援、そしてACP（人生会議）は、本来、医療やケアのプロセス上の対話の中にあるもの。
- ◆ 決して、本人や家族等に決断を迫るものではない。

**意思決定とは、
ある状況において複数の代替案から
最善の解を求めようとする
人間の認知的行為である**

(Simon ; 1947)

医療・ケアチームによる真の意思決定支援

- 意思決定支援やACPにより、本人の意向や推定意思を把握したら終わりではない。
- 本人・家族等に提示する選択肢を増やすこと、また、その意向や想いを叶えるための医療やケアの提供にも併せて取り組んでこそ、専門家である医療・ケアチームによる真の意思決定支援ではないのか？

山岸、看護管理.,2020

地域のどこにいても、本人の意向が医療やケアに反映される仕組みづくり

「ときどき入院、ほぼ在宅」という文脈の中でACP プロセスを共有

- 本人を取り巻く多機関の医療・介護従事者
 - ➡機関間の情報分断は未だ大きな課題
 - ➡これまで積み重ねてきたACP（人生会議）プロセスが、機関を越えて共有されるにはどうしたらいいのか？
- 人の気持ちは揺れる・変わる
 - ➡変化する意向に関する情報をタイムリーに共有するにはどうしたらよいか？
 - ➡今後、独居高齢者も増えるため、平時からの情報共有の仕組みが必要

人生の最終段階における意思決定支援 事例集

本人が望む最期の過ごし方が実現されるよう、人生の最終段階を迎えられた療養者本人やその家族等が意思決定をしていく過程で、医療・ケアチームがどのように支援したのかを事例集としてまとめたもの。



事例 1 独居、非がん

本人が意思表示できなくなったとき、
遠居の子どもとともに本人の最善を考え、意思の推定を支援

【妻と同じように自宅で最期を迎えたいとの思いをチームで支える】

居住地域/性/享年	東北/男性/90歳
主な疾患	慢性呼吸不全、痔瘻性腸閉塞、肝細胞癌手術
死因	慢性呼吸不全の悪化
家族構成	独居（息子2人が遠居）
在宅療養期間	約6か月
主なチームメンバー	在宅医、在宅クリニック看護師、訪問看護師、MSW、ケアマネジャー、ヘルパー、福祉用具、訪問薬剤師

本人の人格など

退職後は様々な地域活動に携わるなど面倒見が良く、話し好き。こだわりが強く、何でも自分でこなす頑張り屋だった。寝たきりの妻を自宅で看取っており、自分の体がだんだん弱っていく中でもヘルパーの作った食事を妻の仏壇に先に供えてもらうなど、妻のことが一番だった。

家族の介護力

遠居の息子2人は仕事に忙しく、電話や帰省時に食料品等を買う程度で介護の役を担えない。更に兄弟仲が悪いため協力し合えず、ケアマネジャーとの連絡も滞りがちであった。母の看取り時は「なぜ病院で治療しないのか」と、父や在宅チームに懐疑的だった。

本人・家族の意向

【本人】入院はしたくないし、経口摂取が困難になったとしても経管栄養は希望しない。妻の看取りのときに世話になった在宅チームに看ってもらえるなら、自分で建てた自宅で、妻が寝ていた向しベッドで最期を迎えたい。できるだけ治療させないし、施設入所してくれれば安心。ただ、本人は自分の思いを述べるだろう。

振り返ってみて重要だった場面

①「俺は自宅で最期を迎えたい」との揺るぎない明確な意思を受け止める

状態

◆呼吸が苦しく、自宅内の移動も困難。リン酸コデインを服用していたが、便秘を嫌い、あまり服用しなかった。

本人の意向

◆本人：どこにも行きたくない。どうせ妻のそばに行くから、苦しくても何してもいいから、とにかくここ（自宅）にいたい。経口摂取が困難になって、経管栄養は希望しない。人工呼吸器もつけない。

支援内容

◆訪問診療を開始する際に医師から病状説明を行い、本人の言葉でどのように理解しているのか、今後の意向について確認を行った。
◆妻の看取りのときと同じ医師・ケアチームだったため、当初より信頼関係があり、介入当初から本人が大事にしていることや最終段階における意思を背景情報を含めてチーム内で共有できていた。

支援の結果

◆苦しくても入院は一切望まないことをしっかりとチーム内で再共有できた。

② 本人と家族の板挟みにあった、ケアマネジャーの揺るぎをチームで支える

状態

◆体力低下で衰弱が激しく、トイレにも行けなくなる。せん妄症状が出現し、幻聴などが表れ、夜中の電話が増え、警察や消防を誤って呼んでしまうこともあった。

ケアマネジャーの苦悩

◆遠居の息子は施設入所が安心だと、本人と家族で異なる意向の板挟みになっていた。
◆チーム内の情報量が多く、対応に迷っていた。

支援内容

◆本人・クリニック・訪問看護・ケアマネジャー・ヘルパーが一室に会する担当者会議を開催。「家にいられないって言われたらどうする？」との問い掛けに対し、本人は自宅での生活を希望。
◆特に「夜が寂しい」との本人の要望に応え、サービスを調整。

支援の結果

◆本人の揺るぎない意思を再確認し、「最期まで自宅で看る」という方針を本人・チームで共有して対応を確認できた。
◆「チームの一員として携われば良いんだ」と、ケアマネジャーの覚悟が決まる。

③ 最期のとき、施設入所に揺れる遠居家族とともに「本人の最善」を考える

状態

◆本人は意識が朦朧とした状態で、意思表示ができなくなった。今後の方針を決めるため、ケアマネジャーが長男に「危ない状態のため絶対に来てください」と連絡し、家族を交えた担当者会議を開催することになった。

家族の意向

◆長男：入所できる施設がないか探して欲しい。そうであれば入院はできないのか。その方が安心できる。

支援内容

◆クリニック院長から「入院するような状態ではなく、いずれにしても在宅医療と同じことをやるだけになる。療養環境を変えるなら小規模多機能型居宅介護もあるが、現在のチーム全員が手を引くことになる」と説明し、「本人だったら、どう選択するのか、みんなが話し合えばいいんじゃないか」と提案。

支援の結果

◆話し合っていくなかで、長男が「本人のためにならないなら延命しなくても良い」と本人の意思を推定し、自宅看取りの方針が決まった。

<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000623552.pdf>

令和元年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）
在宅における看取りの推進に関する調査研究事業

- ◆ ACPは、「病院か在宅か」、「人工呼吸器をつけるかつかないか」といった二元論で選択を迫ることでは決してない。
- ◆ “ときどき病院、ほぼ在宅”という地域包括ケアシステムの基本的な文脈の中で、 本人が望む生活を最期の瞬間まで営むという、人として当たり前のことを、必要なときに適切に支援することができるよう、医療・ケアチームが、各々の立場で何ができるのかに真摯に向き合うことが重要。
- ◆ そもそも人の幸せや価値観は、多様である。“こうすべきといった絶対解”はない。
- ◆ 本人はもちろんのこと、関わる人たちの“納得解”をいかに模索することができるか。この模索のプロセスそのものが、本人の尊厳を重視した倫理的側面からの“機関を超えたチーム医療・介護”を強化していくことになる。

118

**得られた“納得解”を地域全体で支えていくプロセスそのものが
地域包括ケアシステムになる**

山岸、看護管理.2017

E-FIELD Home

Education For Implementing End-of-Life Discussion at home

臨床倫理

～医療・ケアにおける倫理の基礎～

今日の内容

1. 臨床倫理とは
2. 臨床倫理はなぜ必要か
 - インフォームド・コンセント
 - QOL
 - プロセス・ガイドライン
3. 臨床の倫理原則

1. 臨床倫理とは

そもそも「倫理」とは

人間関係のあり方についての社会的要請

要請の目的：
社会の平和的
& 調和を保った
存続

社会的要請とは：
成員間の**通念**
& **互いに要請し合っている**
→ **自発的に自らの自由**（自分勝手）**を制限する**
→ **（倫理的）評価（非難・賞賛）**
が伴う

(例)

他人に害を加えて
はいけません

互いに助け合い
ましょう

医療・ケアにおける倫理

- よくある誤解：倫理は「結局それぞれ」「個人の心がけ次第」
- 社会的要請であること＝共有され、関係者間で互いに要請し合っているもの
 - － 一番わかりやすいのは「職業倫理」
(医の倫理、看護倫理 等々)
 - ・ 個人ではなく職業「集団」にとってのルール
- 特に医療・ケアチームが直面する困難な選択・意思決定を念頭において使われるのが「臨床倫理」という言葉

特にどんな意思決定か

- 本人にとっての最善がわからない場合
- 本人や家族、医療・ケアチームの間で本人にとっての最善に関する判断が一致しない場合
 1. 本人・家族と医療・ケアチームの間
 2. チームの間（例：医師と看護師）
 3. 本人と家族の間
 4. 家族の間（例：母親と長男）

例1：十分な食事量が摂れなくなったとき

- 88歳女性 グループホーム入居中
- 認知症（認知症高齢者の生活自立度判定基準Ⅳ）。「はい、いいえ」などの会話の受け答えはできるが、一貫性はない。
- 誤嚥性肺炎を繰り返していたが、摂食嚥下リハビリテーションを行いつつ、ソフト食であればしっかり必要量を摂取できていた。
- 2か月前、誤嚥性肺炎を発症。入院加療中に噛むことが難しくなり、ミキサー食に変更した。
- 3週間前に退院したが、むせやすく、食事も中断することが増え、十分な経口摂取量が難しくなってきた。ご本人の意向は分からない。

同居していた息子
頻繁に面会



一秒でも長く生きて欲しいので、食べられないなら、栄養を点滴やチューブで入れてください。母ならがんばれると思うのです。
孫を連れていくと楽しそうにしていますし、本人も元気なら長生きしたいと思うはずです。

遠方に住む娘
本人が信頼



母は長いこと小学校の給食のおばさんとして活躍した人で、何より食べることが楽しみでした。母の姉が胃ろうを造ることになった時も「食べられない人生なんて可哀そうね」と言っていました。私は胃ろうには反対です。

例2：自分の足で最期まで歩きたい

- 70歳男性。73歳の妻と2人暮らし。一人息子がいるが海外在住
- 膀胱がん末期、半年前から自宅療養。症状緩和を中心とする治療やケアを受けている。痛みは、医療用麻薬によりコントロール良好。
- 自宅で最期の時を迎えたいという、ご本人の強い希望あり。
- ふらつきが強く、ここ数週間で2回転倒した。ADLが日増しに低下
- 頻尿があり、前立腺肥大があるため薬を服用しているが、効果は見られていない。



家で死ぬ覚悟はできている。
しかし、最期の瞬間まで、自分の
この二本足で歩きたい。
特にトイレは必ず自分で行きたい。



1～2時間おきのトイレ。多い時は
夜中も4、5回起こされます。
主人は体が大きいので、支えるの
もたいへん。希望は叶えたいけど、
私の体がもちそうにありません。



訪問看護師

本人の意向を尊重し
たいけれど、転倒の
リスクが高くて不安。
この時期の骨折は
避けたい。
介護負担も大きく、
このままでは在宅
療養継続が難しくなる
可能性も。

臨床倫理の目指すところ

- 本人と医療・ケアチームがともに納得できる意思決定の実現
- そのためには本人の意向を十分に踏まえ医療・ケアチームでよく話し合うことが必要
- その際に、話し合うべきポイントや話し合いの進め方についてチーム内で共通の理解を持つこと

臨床における倫理の基礎

2. 臨床倫理はなぜ必要か

①医療の進め方の変化

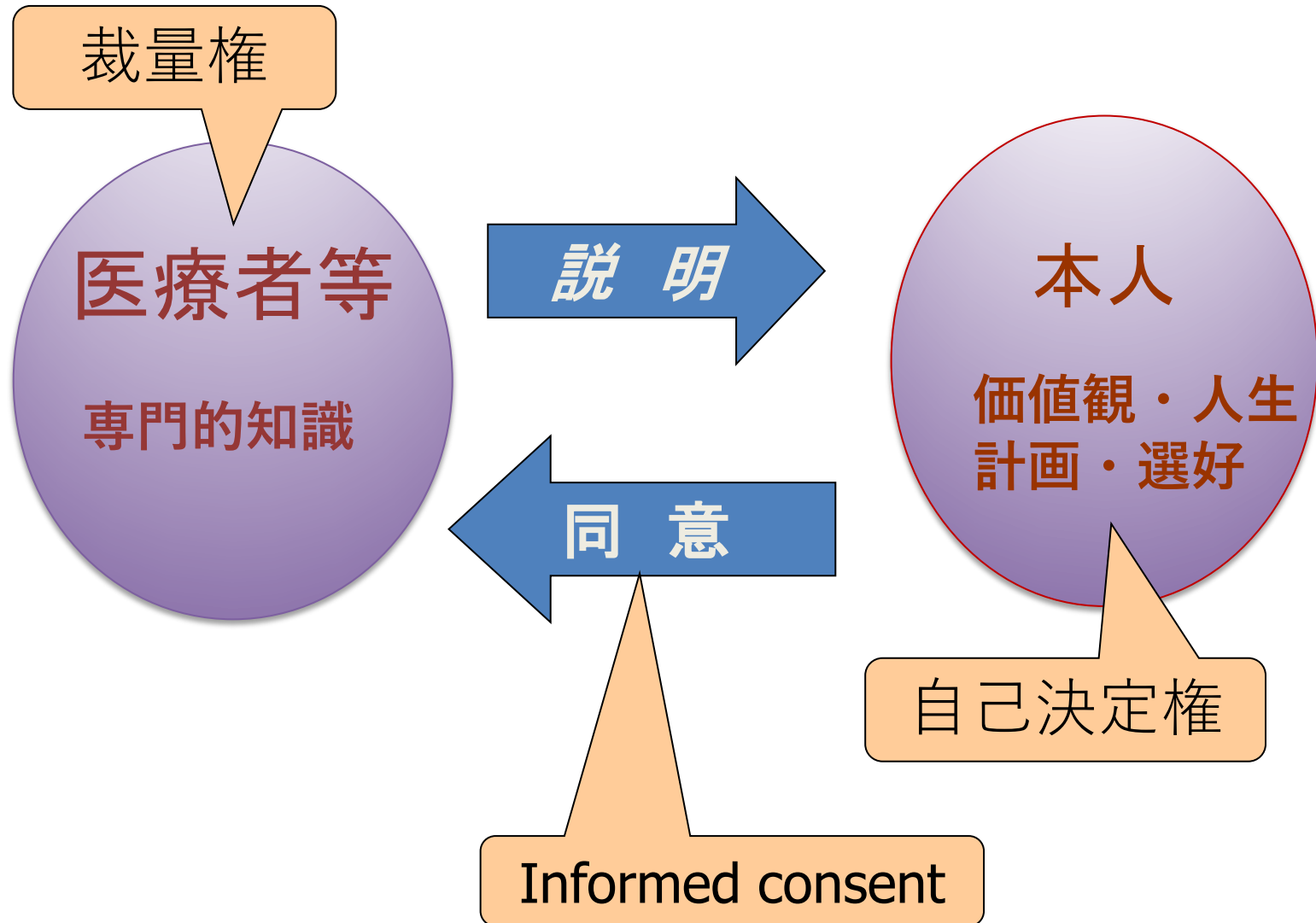
- 「ともに考える」プロセスとしての
インフォームド・コンセント（IC）に
関する理解の一般化
 - － 「医師が決める」又は「本人が決める」の
二分法を超えて

「インフォームド・コンセント」

- 先生、患者さんにきちんとICしてくださいね！
 - IC＝説明？ ムンテラ？
- Informed Consent (IC)
 - 「説明されたうえでの承諾」ないしは「情報に通じたうえでの同意」
 - あくまでも患者側の Consent（同意）が中心（医療者が「する」ものではない）

意思決定のプロセス

説明-同意モデル



では、決定は本人にお任せ？

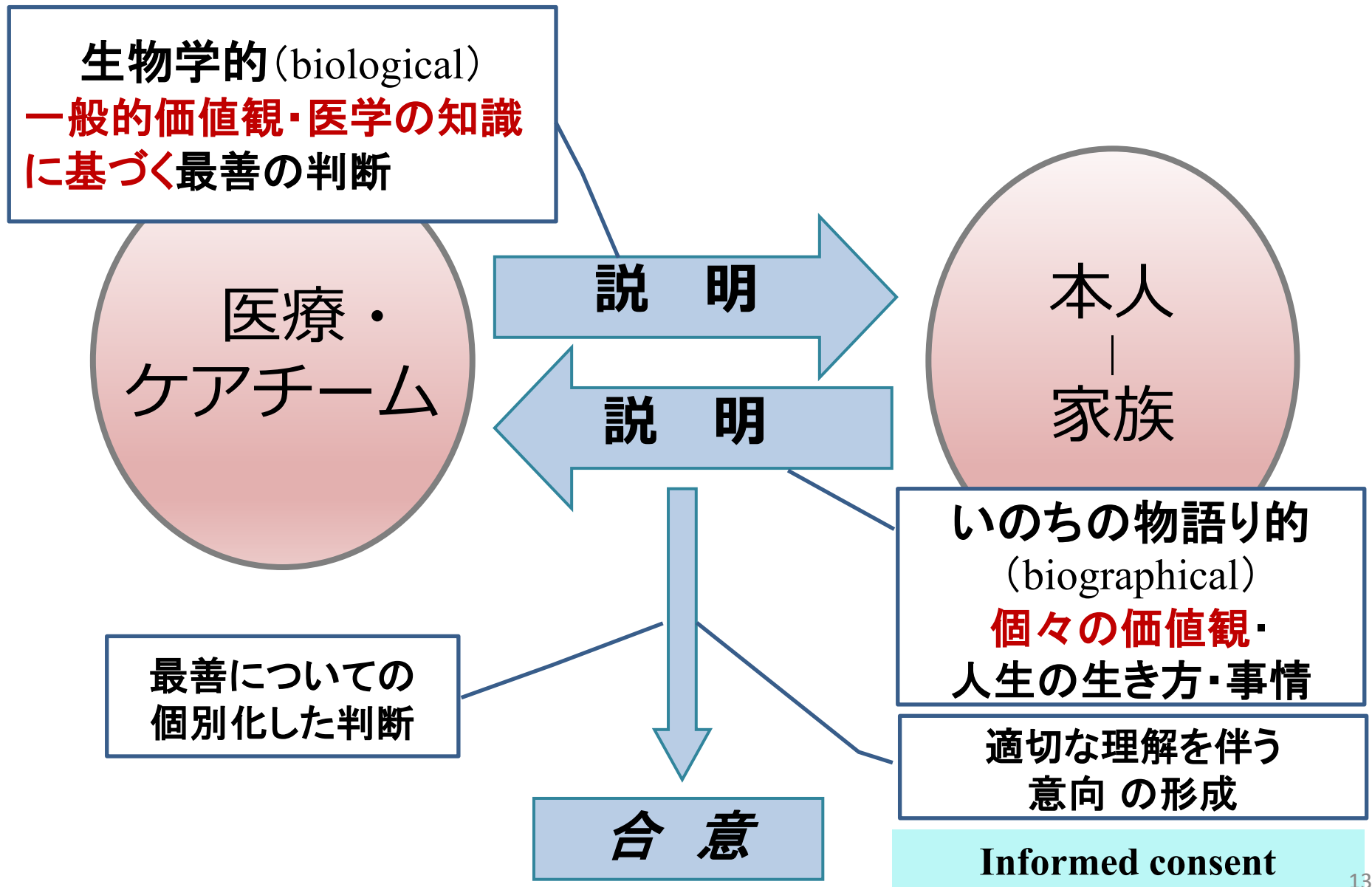
- 70代女性がん患者の例
 - 胃がんで胃の全摘手術を受けた2年後、医師から突然、骨に転移しており、末期の状態であると告げられる
 - 医師は「抗がん剤をしてもあと2年持つかどうかかわからない」が、いずれにしても抗がん剤治療を開始するか否か、家族と相談して早急に決めるように、と言う

プロセスとしてのIC

- 医療者と患者本人が互いに情報を共有したうえで十分に話し合い、合意へ至るプロセスを重視

アメリカ大統領委員会報告書
『医療における意思決定』（1982）

ここでいうインフォームド・コンセントとは、ヘルスケアの提供者が単に患者の同意を求めるだけではなく、医療を行う側と患者との間で、医療の内容を明らかにした上で、十分な討議をするプロセスを通じて、十分な説明を受け理解した上で患者の同意を得るようにするということである。



ICの考え方の大きな推移

1. 医師が本人の最善を考え方針を決める
(パターンリズム)
2. 医師から情報提供を受け、本人が決める
(消費者主義)
3. 医療・ケアチームと本人・家族等がよく
話し合ったうえで「ともに」決める
(共同意思決定 *shared decision making*)

「ともに考える」と何が起きる？

- 様々な立場の人の意見を考慮するので、意見の対立が起こりやすくなる
 - むしろ違って当たり前、そこが出発点に
- 医療やケアの技術的な問題だけではなく、本人・家族等の生活や人生の事情を考慮に入れる必要が出てくる
 - 「何のために医療やケアを提供するのか」
根本から見直す必要があることも

②医療の目的の変化

- 「治癒して社会復帰」を唯一の目標とするものから「QOLの維持・向上」へ
- とりわけ慢性疾患や難病、高齢者ケア・終末期ケアにおいて（そもそも「治らない」）

QOLを真剣に考える

- Quality of life : 本人にとっての「生活/人生のの質」 (良い暮らし/ひどい暮らし)
 - 専門家が一方的に評価しきれるものではないし、本人であってても良くわからない場合もある
 - QOLは究極的には「不可知」 (猪飼周平)
- そもそも何を目標として医療・ケアを提供すべきか、その都度話し合うことに
 - 例1 : 十分な食事量が摂れなくなったとき
 - 「口から食べられること」この意味は個人によって違う

日本老年医学会「高齢者ケアの意思決定 プロセスに関するガイドライン」

2012年6月公表

- 豊かな「人生」のため「生命」を支える

2. いのちについてどう考えるか

生きていることは良いことであり、多くの場合本人の益になる——このように評価するのは、本人の人生をより豊かにし得る限り、生命はより長く続いたほうが良いからである。医療・介護・福祉従事者は、このような価値観に基づいて、個別事例ごとに、本人の人生をより豊かにすること、少なくともより悪くしないことを目指して、本人のQOLの保持・向上および生命維持のために、どのような介入をする、あるいはしないのがよいかを判断する。

③社会的な要請

- 意思決定プロセスの充実と透明化に対する社会的な要請（説明責任）
 - 国や学会による「プロセス・ガイドライン」の登場

「プロセス・ガイドライン」

- マニュアル的な判断基準は定めず、踏むべきプロセスだけを定めたルール（WhatではなくHow）
 - 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」
- 「こういう場合には治療中止してよい」といった記載の代わりに、どういう手続き（プロセス）を経てそうした決定をすべきかを定める
 - 「決め方」についてのガイドライン

厚労省ガイドラインの骨子

1. 医療・ケアチームで取り組む
 - － 主治医の単独行動からチームプレーへ
 - － 看護師、ソーシャルワーカー、介護支援専門員等の介護従事者を含む「チーム」で
2. 本人の意思確認が大事
3. 本人の意思確認ができない場合には、
 - － 家族等が十分な情報を得たうえで、本人が何を望むか、本人にとって何が最善かを、医療・ケアチームとの間で話し合う

ガイドラインの背景

- 医師による治療中止（主に人工呼吸器の取り外し）などにより警察が動いた事例が相次ぎ、何らかのルール作りが必要だと考えられるようになった
- 過去に問題になった事例に共通した問題を踏まえた内容になっている
 - 本人の意思が不明で、専ら家族からの要請による
 - 主治医の独断による
- 現場でしっかり考えるためのガイドライン

専門領域ごとのガイドラインも

- 日本小児科学会「重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン」（2012年）
- 日本老年医学会「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」（2012年）
- 日本救急医学会・日本集中治療医学会・日本循環器学会「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン」（2014年）
- 日本透析医学会「透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」（2020年）

なぜ「プロセス」が大事なのか

- 臨床上の倫理的問題に唯一の正解を与えることはできない
 - ただし適切な手続きを踏み、関係者がそれなりの合意にいたることは可能（よりましな選択）
- 「手続的正義」の重要性
 - 何が正しいことなのかを一義的に決めにくい社会（価値観の多様化した社会）でも、ものごとを判断する手続き（プロセス）はフェアであるべき
- 説明責任を果たすことにもなる

社会が求めていること

- 難しい意思決定に「正解」を出すことではない
- 医療・ケアチームが何が本人にとっての最善かについて真剣に悩み、十分に話し合った結果の「決定」であること
- 決定に至るまでのプロセスに本人が可能な限り参画していること (*Nothing about us without us*)

臨床における倫理の基礎

3. 臨床の倫理原則

倫理原則とは

- 現場の諸ルールや日々行われている諸活動の根拠（なぜ？）をたどっていくと、
 - ・ 本人に害を与えてはならない
 - ・ 相手を人間として尊重する– などの、いくつかの「原則」に整理が可能
- これらの原則は「偉い学者」が決めたものではなく、すでに現場で大切にされているルールを整理してまとめたもの

基本的な倫理原則

- 自律尊重原則
 - 自律的な本人の意思決定を尊重せよ
 - ・ 干渉しないこと以外に自己決定を支援することを含む
- 与益&無危害
 - 本人に利益をもたらせ&危害を及ぼすのを避けよ
 - ・ 治癒以外に多様な利益の考慮が必要
 - ・ 身体的な利益と危害だけを重視しない
- 公正
 - 利益や負担は公平に配分されなければならない
 - ・ 形式的な公平さ以外にも実質的な公平さが問題になる

【参考】倫理原則修正の試み

- 人間尊重（相手を人間として尊重する）
 - － 相手を人間として尊重しつつ、コミュニケーションを通じて活動を進める
 - ・ 明示的な意思だけでなく、気持ちや存在も尊重
- 与益（相手の益になるように）
 - － 相手にとってできるだけ益になるように、害にならないようにする
 - ・ 選択肢を枚挙し、益と害のバランスを選択肢間で比較
- 社会的視点での適切さ
 - － 自分たちがしようとしている医療・看護活動を、社会全体を見渡す視点に立ってチェックし、適切であるようにする

石垣靖子・清水哲郎『臨床倫理ベーシック』日本看護協会出版会, 2012年

自分なりの言葉で言い換える

- 本人の思いを大事にしたい
 - こちらの都合だけで一方的にものごとを進めない、相手の事情を考える
- 可能な限りベストの医療やケアを提供したい
 - 「ベストの医療やケア」とは何か？
 - ・ 専門家として妥当で、かつ個別性に配慮したもの
- あまりにも不公平なことはしないように
 - ただし「ニーズに応じて」ということもあり得る
 - ・ 資源の「掘り起こし」も十分に検討したうえで

倫理問題のパターン（1）

- どうすることが原則に沿うのかよくわからない
 - － 例1：十分な食事量が摂れなくなったとき
- 「相手にできるだけ大きな益となるようにする」という原則は分かっているが、この場合、何が益なのかわからない

倫理問題のパターン（2）

- 複数の原則を同時に満たすことが難しい
 - － 例2：自分の足で最期まで歩きたい
- 「相手にできるだけ大きな益となるように」という原則と「相手を人間として尊重する」という原則とが両立しないようにみえる（「倫理的ジレンマ」）

問題の検討 ぎりぎりまで調整

- 倫理的ジレンマは、「あちら立てれば、こちらが立たず」状態で、「どちらを立てるか」という優先順位をつける方向に走りやすい
 - どうしても合意に達しない時には「どちらが優先するか」の問題とならざるを得ない
- が、ぎりぎりまで両立させる努力を！

ぎりぎりまで調整するために

- 本人や家族の思い・行動の背景を探る
 - 「なぜそのようなことを言うのか/なぜそのように振る舞うのか」をしっかりと確認する（勝手にわかったつもりにならない）
- 選択肢を単純な二択にしない
 - 例えば「告知する/しない」「入院/退院」「胃ろう/IVH」などはその典型
 - どのくらい豊かな選択肢を挙げられるかで意思決定の質は変わってくるはず

まとめ

- 臨床倫理とは、本人の意向を尊重しながら医療・ケアチームが活動していく際に、共通の基盤となる考え方
- 臨床倫理のベースになっている発想
 1. 「ともに考える」プロセスとしてのインフォームド・コンセント
 2. 「QOLの維持・向上」という目標（「人生」のために「生命」を支える）
 3. 意思決定プロセスの充実と透明化

まとめ

- 基本的な倫理原則
 1. 自律尊重
 2. 与益&無危害
 3. 公正
- 原則同士が対立しているように見えるときでも、ぎりぎりまで調整を試みる
 - 「なぜ」を大事に&別の選択肢の可能性