

令和4年度厚生労働省委託事業
人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業

本人の意向を尊重した 意思決定のための相談員研修会

E-FIELD

Education For Implementing End-of-Life Discussion



筑波大学
University of Tsukuba

目次

| | |
|---|-----|
| イントロダクション | 1 |
| 講義1 ガイドラインに基づいた意思決定 -overview- | 5 |
| アイス・ブレイキング | 21 |
| 講義2 意思決定に関連する法的な知識 | 23 |
| 講義3 臨床における倫理の基礎 | 33 |
| STEP1 本人の意思決定する力を考える | 43 |
| STEP2 本人の意思の確認ができる場合の進め方 | 83 |
| STEP3 本人の意思を推察する | 97 |
| STEP4 多職種お呼び家族等も含め、慎重に本人にとって最善の方針について合意する | 101 |
| 講義4 アドバンス・ケア・プランニング(人生会議) | 119 |
| アドバンス・ケア・プランニング(人生会議)の実践を学ぶ | 131 |
| ロールプレイ1 もしも、の時について話し合いを始める | |
| ロールプレイ2 意思を推定する者を選定する | |
| ロールプレイ3 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する | |
| 発表用フォーマット | 159 |

イントロダクション

E-FIELD

Education For Implementing End-of-Life Discussion

本人の意向を尊重した
意思決定のための
相談員研修会

Education For Implementing End-of-Life Discussion

令和4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
 - 医療機関や在宅医療の場等において、「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」及びアドバンス・ケア・プランニングへの理解を深めてもらう
 - ガイドラインに則って、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事ができる相談員を育成する

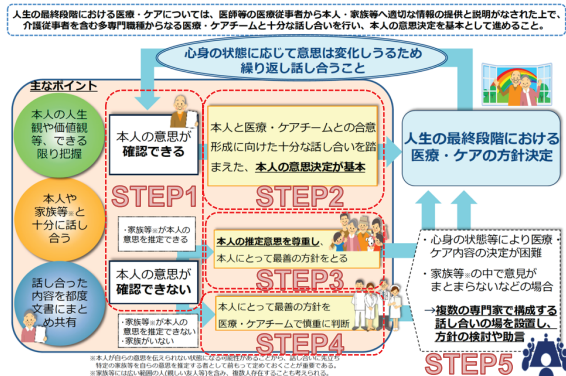
Education For Implementing End-of-Life Discussion

研修会での具体的な目標

- 人生の最終段階において、本人の意向と最善利益を尊重した医療・ケアを実践するために
 - 人生の最終段階の医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインを理解し実践できる
 - 意思決定に必要な法的、倫理的な知識を習得する
 - 患者本人と十分な話し合いを行った上で意思決定をすることができる
 - 家族・介護者が本人の最善利益を考えることができるような相談・支援を実施することができる
 - 本人に『これからの医療・ケアに関する話し合い』（ACP：人生会議）を適切に実施できる

Education For Implementing End-of-Life Discussion

「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）



プログラムの構成

- 法的・倫理的な基礎知識とガイドラインの概要を学ぶ（事前学習）
- 本人の意思決定に関する力を評価する（Step1）
- 本人との対話を通じた意思決定（Step2）
- 事前に本人が定めた本人の意思を推定する者と、本人にとって最善の方針を取る（Step3）
- 本人にとって最善の方針を医療・ケアチームで判断（Step4）
- 意思決定する力を失ったときに備えて、あらかじめ本人の価値観や考え、医療・ケアの内容などについて話し合う（ACP）
 - ひとりの患者さんの経過を追っていきながらケースを通して学ぶ

Education For Implementing End-of-Life Discussion

資料確認

- テキスト
- 名簿
- 配布資料（事例とワークシート）
- 発表用フォーマット（施設ごと）

Education For Implementing End-of-Life Discussion

研修会での留意点

- 講義のときはマイクをミュート、カメラはオンで
- グループワークのときは、カメラもマイクもオンで
- 手元にワークシートがあることを確認してください
- テキストを参照しながら進めてください
- (グループワーク時) 発言時には職種と名前を言ってから
- 質問がある時はチャットに書くか、挙手をお願いします

ファシリテーター紹介

講 義 1

ガイドラインに基づいた意思決定 -Overview-

E-FIELD

Education For Implementing End-of-Life Discussion

ガイドラインに基づいた意思決定
- overview -

Education For Implementing End-of-Life Discussion

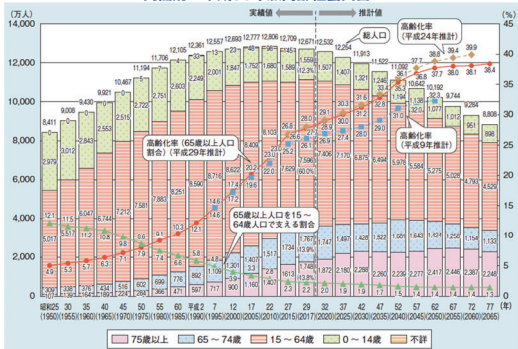
学習目標

- 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

Education For Implementing End-of-Life Discussion

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

Education For Implementing End-of-Life Discussion

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
 - 東海大学病院事件
 - 川崎協同病院事件
- 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

Education For Implementing End-of-Life Discussion

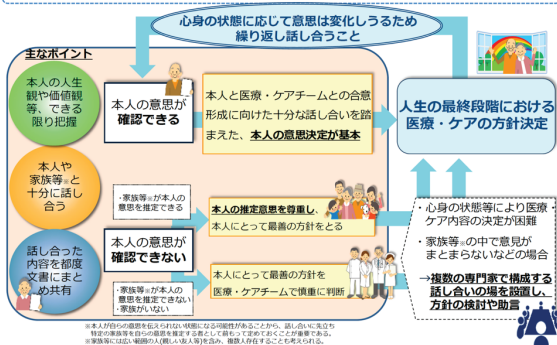
H30 ガイドライン改訂の要点

- 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

Education For Implementing End-of-Life Discussion

「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。

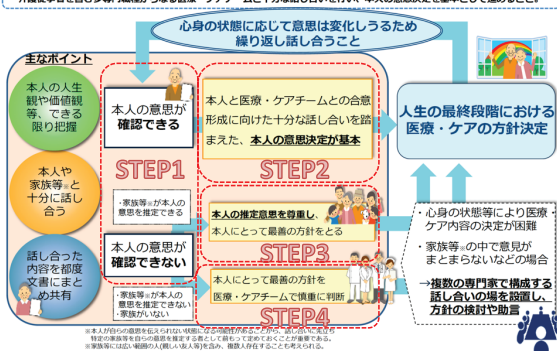


ガイドラインの骨子

- 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。



「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」 における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

・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**

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な場合
- ・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合等

→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。

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

厚生労働省

改訂 平成30年3月

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

1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

- 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、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種 of 医療・介護従事者から構成される医療・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、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。
また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。
さらに、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、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。この話し合いに先立ち、本人は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も重要である。
- ② 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定は次によるものとする。

(1) 本人の意思の確認ができる場合

- ① 方針の決定は、本人の状態に応じた専門的な医学的検討を経て、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ることが必要である。
そのうえで、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による意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行う。

- ② 時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化しうるものであることから、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明がなされ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行われることが必要である。この際、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、家族等も含めて話し合いが繰り返し行われることも必要である。
- ③ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

(2) 本人の意思の確認ができない場合

本人の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- 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、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- 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、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。
- 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、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

(3) 複数の専門家からなる話し合いの場の設置

上記(1)及び(2)の場合において、方針の決定に際し、

- ・医療・ケアチームの中で心身の状態等により医療・ケアの内容の決定が困難な場合
 - ・本人と医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
 - ・家族等の中で意見がまとまらない場合や、医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
- 等については、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

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 解説編

人生の最終段階における医療の普及・啓発の
在り方に関する検討会
改訂 平成30年3月

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

【平成19年版ガイドライン作成の経緯】

人生の最終段階における治療の開始・不開始及び中止等の医療のあり方の問題は、従来から医療現場で重要な課題となってきました。厚生労働省においても、人生の最終段階における医療のあり方については、昭和62年以来4回にわたって検討会を開催し、継続的に検討を重ねてきたところです。その中で行ってきた意識調査などにより、人生の最終段階における医療に関する国民の意識にも変化が見られることと、誰でもが迎える人生の最終段階とはいいながらその態様や患者を取り巻く環境もさまざまなものがあることから、国が人生の最終段階における医療の内容について一律の定めを示すことが望ましいか否かについては慎重な態度がとられてきました。

しかしながら、人生の最終段階における医療のあり方について、患者・医療従事者ともに広くコンセンサスが得られる基本的な点について確認をし、それをガイドラインとして示すことが、よりよき人生の最終段階における医療の実現に資するとして、厚生労働省において、初めてガイドラインが策定されました。

本解説編は、厚生労働省において策定されたガイドラインを、より広く国民、患者及び医療従事者に理解いただけるよう、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」において議論された内容をとりまとめたものです。

国に対しては、本ガイドラインの普及を図るとともに、緩和ケアの充実など人生の最終段階を迎える患者及び家族を支えるため、その体制整備に積極的に取り組むことを要望します。

【平成30年版ガイドライン改訂の経緯】

平成27年3月には、「終末期医療に関する意識調査等検討会」において、最期まで本人の生き方（＝人生）を尊重し、医療・ケアの提供について検討することが重要であることから、「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」へ名称の変更を行いました。

今回の改訂は、ガイドライン策定から約10年の歳月を経た平成30年3月には、近年の高齢多死社会の進行に伴う在宅や施設における療養や看取りの需要の増大を背景に、地域包括ケアシステムの構築が進められていることを踏まえ、また、近年、諸外国で普及しつつあるACP（アドバンス・ケア・プランニング：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス）の概念を盛り込み、医療・介護の現場における普及を図ることを目的に「人生の最終段階における医療の普及・啓発に関する検討会」において、次の1）から3）までの観点から、文言変更や解釈の追加を行いました。

- 1) 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。
- 2) 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。
- 3) 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。

加えて、本ガイドラインについて、人生の最終段階における医療・ケアに従事する医療・介護従事者が、人生の最終段階を迎える本人及び家族等を支えるために活用するものであるという位置づけや、本人・家族等の意見を繰り返し聞きながら、本人の尊厳を追求し、自分らしく最期まで生き、より良い最期を迎えるために人生の最終段階における医療・ケアを進めていくことが重要であることを改めて確認しました。

国に対しては、医療・介護従事者が、丁寧に本人・家族等の意思をくみ取り、関係者と共有する取組が進むよう、また年齢や心身の状態にかかわらず、家族等との繰り返しの話し合いを通じて本人の意思を確認しておくことの重要性が、広く国民、本人、医療・介護従事者に理解されるよう、改訂された本ガイドラインの普及を図ることを要望します。

【基本的な考え方】

- 1) このガイドラインは、人生の最終段階を迎えた本人・家族等と医師をはじめとする医療・介護従事者が、最善の医療・ケアを作り上げるプロセスを示すガイドラインです。
- 2) そのためには担当の医師ばかりでなく、看護師やソーシャルワーカー、介護支援専門員等の介護従事者などの、医療・ケアチームで本人・家族等を支える体制を作ることが必要です。このことはいうまでもありませんが、特に人生の最終段階における医療・ケアにおいて重要なことです。
- 3) 人生の最終段階における医療・ケアにおいては、できる限り早期から肉体的な苦痛等を緩和するためのケアが行われることが重要です。緩和が十分に行われた上で、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケアの内容の変更、医療・ケア行為の中止等については、最も重要な本人の意思を確認する必要があります。確認にあたっては、適切な情報に基づく本人による意思決定（インフォームド・コンセント）が大切です。
- 4) 人生の最終段階における医療・ケアの提供にあたって、医療・ケアチームは、本人の意思を尊重するため、本人のこれまでの人生観や価値観、どのような生き方を望むかを含め、できる限り把握することが必要です。また、本人の意思は変化しうるものであることや、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、本人が家族等の信頼できる者を含めて話し合いが繰り返し行われることが重要です。
- 5) 本人の意思が明確でない場合には、家族等の役割がいっそう重要になります。特に、本人が自らの意思を伝えられない状態になった場合に備えて、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いる場合は、その者から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必要があります。
- 6) 本人、家族等、医療・ケアチームが合意に至るなら、それはその本人にとって最もよい人生の最終段階における医療・ケアだと考えられます。医療・ケアチームは、合意に基づく医療・ケアを実施しつつも、合意の根拠となった事実や状態の変化に応じて、本人の意思が変化しうるものであることを踏まえて、柔軟な姿勢で人生の最終段階における医療・ケアを継続すべきです。
- 7) 本人、家族等、医療・ケアチームの間で、話し合いを繰り返し行った場合においても、合意に至らない場合には、複数の専門家からなる話し合いの場を設置し、その助言により医療・ケアのあり方を見直し、合意形成に努めることが必要です。
- 8) このプロセスにおいて、話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくことが必要です。

1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

- 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、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・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、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。

また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。

さらに、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、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。この話し合いに先立ち、本人は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も重要である。

*注1 よりよい人生の最終段階における医療・ケアには、第一に十分な情報と説明（本人の心身の状態や社会的背景に鑑み、受ける医療・ケア、今後の心身の状態の変化の見通し、生活上の留意点等）を得たうえでの本人の決定こそが重要です。ただし、②で述べるように、人生の最終段階における医療・ケアとしての医学的妥当性・適切性が確保される必要のあることは当然です。

*注2 医療・ケアチームとはどのようなものかは、医療機関等の規模や人員によって変わり得るものです。一般的には、担当の医師と看護師及びそれ以外の医療・介護従事者というのが基本形ですが、例えばソーシャルワーカーなど社会的な側面に配慮する人が参加することも想定されます。また、在宅や施設においては、担当の医師と看護師のほか、本人の心身の状態や社会的背景に応じて、ケアに関わる介護支援専門員、介護福祉士等の介護従事者のほか、他の関係者が加わることも想定されます。

*注3 医療・ケアチームは、丁寧に、本人の意思をくみ取り、関係者と共有する取組を進めることが重要です。また、本人の意思は、時間の経過や心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、大きく変化する可能性があることから、繰り返し話し合いを行うことが、本人の意思の尊重につながります。

- ② 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。

*注4 人生の最終段階には、がんの末期のように、予後が数日から長くとも2-3ヶ月と予測が出来る場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など数ヶ月から数年にかけ死を迎える場合があります。どのような状態が人生の最終段階かは、本人の状態を踏まえて、医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断によるべき事柄です。また、チームを形成する時間のない緊急時には、生命の尊重を基本として、医師が医学的妥当性と適切性を基に判断するほかありませんが、その後、医療・ケアチームによって改めてそれ以後の適切な医療・ケアの検討がなされることとなります。

*注5 医療・ケアチームについては2つの懸念が想定されます。1つは、結局、強い医師の考えを追認するだけのものになるという懸念、もう1つは、逆に、責任の所在が曖昧になるという懸念です。しかし、前者に対しては、医療・介護従事者の協力関係のあり方が変化し、医師以外の医療・介護従事者がそれぞれの専門家として貢献することが認められるようになってきた現実をむしろ重視すること、後者に対しては、このガイドラインは、あくまでも人生の最終段階の本人に対し医療・ケアを行う立場から配慮するためのチーム形成を支援するためのものであり、それぞれが専門家としての責任を持って協力して支援する体制を作るため

のものであることを理解してもらいたいと考えています。特に刑事責任や医療従事者間の法的責任のあり方などの法的側面については、ガイドライン策定以降、このような側面から大きく報道されるような事態は生じていませんが、引き続き検討していく必要があります。

③ 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。

*注6 緩和ケアの重要性に鑑み、2007年2月、厚生労働省は緩和ケアのための麻薬等の使用を従来よりも認める措置を行いました。

*注7 人が人生の最終段階を迎える際には、疼痛緩和ばかりでなく、他の種類の精神的・社会的問題も発生します。可能であれば、医療・ケアチームには、ソーシャルワーカーなど、社会的側面に配慮する人やケアに関わる介護支援専門員などが参加することが望まれます。

④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

*注8 疾患に伴う耐え難い苦痛は緩和ケアによって解決すべき課題です。積極的安楽死は判例その他で、きわめて限られた条件下で認めうる場合があるとされています。しかし、その前提には耐え難い肉体的苦痛が要件とされており、本ガイドラインでは、肉体的苦痛を緩和するケアの重要性を強調し、医療的な見地からは緩和ケアをいっそう充実させることが何よりも必要であるという立場をとっています。そのため、積極的安楽死とは何か、それが適法となる要件は何かという問題を、このガイドラインで明確にすることを目的としていません。

2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定は次によるものとする。

(1) 本人の意思の確認ができる場合

① 方針の決定は、本人の状態に応じた専門的な医学的検討を経て、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ることが必要である。

そのうえで、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による意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行う。

② 時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化しうるものであることから、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明がなされ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行われることが必要である。この際、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、家族等も含めて話し合いが繰り返し行われることも必要である。

③ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

*注9 話し合った内容を文書にまとめるにあたっては、医療・介護従事者からの押しつけにならないように配慮し、医療・ケアについての本人の意思が十分に示された上で、話し合われた内容を文書として残しておくことが大切です。

*注10 よりよき人生の最終段階における医療・ケアの実現のためには、まず本人の意思が確認できる場合には本人の意思決定を基本とすべきこと、その際には十分な情報と説明が必要なこと、それが医療・ケアチームによる医学的妥当性・適切性の判断と一致したものであること

とが望ましく、そのためのプロセスを経ること、また合意が得られた場合でも、本人の意思が変化しうることを踏まえ、さらにそれを繰り返し行うことが重要だと考えられます。

*注1 1 話し合った内容については、文書にまとめておき、家族等と医療・ケアチームとの間で共有しておくことが、本人にとっての最善の医療・ケアの提供のためには重要です。

(2) 本人の意思の確認ができない場合

本人の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- 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、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- 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、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。
- 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、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

*注1 2 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も考えられます（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）。

*注1 3 本人の意思決定が確認できない場合には家族等の役割がますます重要になります。特に、本人が自らの意思を伝えられない状態になった場合に備えて、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、その者を含めてこれまでの人生観や価値観、どのような生き方や医療・ケアを望むかを含め、日頃から繰り返し話し合っておくことにより、本人の意思が推定しやすくなります。その場合にも、本人が何を望むかを基本とし、それがどうしてもわからない場合には、本人の最善の利益が何であるかについて、家族等と医療・ケアチームが十分に話し合い、合意を形成することが必要です。

*注1 4 家族等がない場合及び家族等が判断せず、決定を医療・ケアチームに委ねる場合には、医療・ケアチームが医療・ケアの妥当性・適切性を判断して、その本人にとって最善の医療・ケアを実施する必要があります。なお家族等が判断を委ねる場合にも、その決定内容を説明し十分に理解してもらうよう努める必要があります。

*注1 5 本人の意思が確認できない場合についても、本人の意思の推定や医療・ケアチームによる方針の決定がどのように行われたかのプロセスを文書にまとめておき、家族等と医療・ケアチームとの間で共有しておくことが、本人にとっての最善の医療・ケアの提供のためには重要です。

(3) 複数の専門家からなる話し合いの場の設置

上記(1)及び(2)の場合において、方針の決定に際し、

- ・医療・ケアチームの中で心身の状態等により医療・ケアの内容の決定が困難な場合
 - ・本人と医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
 - ・家族の中で意見がまとまらない場合や、医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
- 等については、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

*注16 別途設置される話し合いの場は、あくまでも、本人、家族等、医療・ケアチームの間で、人生の最終段階における医療・ケアのためのプロセスを経ても合意に至らない場合、例外的に必要とされるものです。第三者である専門家からの検討・助言を受けて、あらためて本人、家族等、医療・ケアチームにおいて、ケア方法などを改善することを通じて、合意形成に至る努力をすることが必要です。第三者である専門家とは、例えば、医療倫理に精通した専門家や、国が行う「本人の意向を尊重した意思決定のための研修会」の修了者が想定されますが、本人の心身の状態や社会的背景に応じて、担当の医師や看護師以外の医療・介護従事者によるカンファレンス等を活用することも考えられます。

アイス・ブレイキング

E-FIELD

Education For Implementing End-of-Life Discussion

アイス・ブレイキング

Education For Implementing End-of-Life Discussion

はじめに

- 各施設で
 - 実際に集まっている施設ごとで作業します
- グループで
 - 2つの施設を合体させたものをグループと呼ぶことにします
- アイスブレイキングはこのグループ単位で行います

Education For Implementing End-of-Life Discussion

アイス・ブレイキング

- 自己紹介（1人45秒）
 - 名前
 - 勤務先と所属
 - 「最期の晩餐」として何を食べたいか
 - それはなぜ？
- 全員が終わったらグループで最も印象深かった「本日のお題」を選ぶ
- 今日の研修会の役割分担をする



Education For Implementing End-of-Life Discussion

アイスブレイキング 司会・書記・発表者を決めてください

| セッション | 司会 | 書記 | 発表者 |
|---------|----|----|-----|
| Step1 | | | |
| Step3・4 | | | |

- ・司会と書記は別の施設から選んでください
- ・書記はキーボード入力早い、PC操作に慣れている人が望ましいです

Education For Implementing End-of-Life Discussion

本日のお題

- 「**最期の晩餐—最期に何を食べたいか**」

Education For Implementing End-of-Life Discussion

全体発表

- 会場みなさんに、グループで決めた「最期の晩餐」について30秒で紹介ください。
- 会場の皆さんは、率直な感想を反応、ジェスチャーなどで伝えて下さい

Education For Implementing End-of-Life Discussion

講 義 2

意思決定に関連する法的な知識

E-FIELD

Education For Implementing End-of-Life Discussion

意思決定に関連する法的な知識



Education For Implementing End-of-Life Discussion

終末期医療と法

- 終末期医療と法について、**今、何が**、問われているか？
- わが国における**法のあり方そのものが**、問われている。
 - 法は、**介入のしすぎ**ではないか？
 - **本当の役に立つ部分での法の役割**は、ないのだろうか？



Education For Implementing End-of-Life Discussion

今日の論点3つ

- 「終末期医療と法」では、延命治療の差し控え・中止が、刑法上の犯罪（殺人罪、嘱託殺人罪）に当たるか否かに焦点が当たりすぎてきたが、実は、その心配はない
- アメリカでは、法的免責を明記し自己決定を促す法律（いわゆる尊厳死法）が40年も前に成立したが、医療実務は必ずしも法律通りになっていないこと
- 今後は、自己決定支援をする法の工夫が大事であること



Education For Implementing End-of-Life Discussion

今日の論点3つ

- 「終末期医療と法」では、延命治療の差し控え・中止が、刑法上の犯罪（殺人罪、嘱託殺人罪）に当たるか否かに焦点が当たりすぎてきたが、実は、その心配はない
- アメリカでは、法的免責を明記し自己決定を促す法律（いわゆる尊厳死法）が40年も前に成立したが、医療実務は必ずしも法律通りになっていないこと
- 今後は、自己決定支援をする法の工夫が大事であること



Education For Implementing End-of-Life Discussion

これまでの終末期医療と法

- 関心の狭さ
- 終末期医療の最後の部分、延命治療の差し控え・中止という死につながる部分だけしか関心がない
 - **刑罰**のおそれ 殺人罪 嘱託殺人罪
- こわい、暗いもの 関わりたくないが**事後的に**、関わりを強制されるもの
- **本当に患者のための終末期をいかに実現するかという視点や関心がない**



Education For Implementing End-of-Life Discussion

日本の課題—これまでの焦点

- 事後的な裁判例2つ いずれも執行猶予つきの有罪
 - 東海大学事件、川崎協同病院事件
- 尊厳死法も持続的代理権法もない
 - 尊厳死法提案の動きはあるがこれらを見ると、医療と法 = 医療と刑事法
- 警察（検察）は怖い → 終末期医療のあり方を事後的に規制 → 法的免責をという発想



Education For Implementing End-of-Life Discussion

アメリカのcasebook

- ある金曜の午後4時半、300床の病院の顧問弁護士であるあなたのもとに電話が入った。電話をかけてきたのはスミス医師で、あなたの助言を求めてきたのだ。医師はジョーンズさんという37歳の患者を診てきた。患者は、**肺癌の末期**にあり、すでに骨に転移が生じていた。**余命はせいぜいで1ヶ月**というのが現在の状況であり、治療はもっぱら進行を遅らせるための化学療法と疼痛緩和に向けられていた。また、ジョーンズさんには心臓ペースメーカーも装着されている。このジョーンズさんが、いっさいの治療を中止してくれという。繰り返し、意思表示が行われた。弁護士のあなたはどのような助言をするだろうか。



Education For Implementing End-of-Life Discussion

延命治療と法の関係

日本の厚労省は法制化に消極的で、1980年代から5年ごとの世論調査だけをしてきた
1987年 末期医療に関するケアの在り方の検討会（森岡恭彦座長）

医師が関わる延命治療中止事件が頻発

- **1995年 東海大学病院事件横浜地裁判決**
- 1994年 日本学術会議 死と医療特別委員会・意見表明「尊厳死について」（延命治療の中止を尊厳死であるとして肯定）



Education For Implementing End-of-Life Discussion

1996年 京都国保京北病院事件

- 病院長が末期癌患者に筋弛緩剤を点滴投与した事件。翌年、投与量が致死量未満であったとして不起訴処分



Education For Implementing End-of-Life Discussion

1998年 川崎協同病院事件

- ただし明るみに出たのは2002年
- 気管支喘息で植物状態になった患者に対し、主治医が家族の目の前で気管内チューブを抜き、さらに筋弛緩剤を点滴投与して死亡させる。2002年、医師が殺人罪で逮捕され、2005年横浜地裁は懲役3年（執行猶予5年）の有罪判決。東京高裁は2007年有罪判決を維持するも家族の要請もありえたとして懲役1年半（執行猶予3年）に減刑。筋弛緩剤の投与ばかりでなく、チューブを外した抜管行為も犯罪とした。2009年最高裁でもこの判決が支持された



Education For Implementing End-of-Life Discussion

2004年 北海道立羽幌病院事件

- 当時90歳の男性患者が人工呼吸器を外されて死亡した事件。2005年書類送検されるも因果関係の立証困難で不起訴



Education For Implementing End-of-Life Discussion

2006年 富山県射水市民病院事件

- 外科部長が複数の患者の人工呼吸器を外したとして警察の捜査対象となる。筋弛緩剤の投与を伴わない、純粹の延命治療中止事例
- その後、2008年、県警は「厳重な処罰は求めるものではない」という意見つきで事件を地検に送ったことが報じられた。そのまま不起訴処分



Education For Implementing End-of-Life Discussion

2007年 岐阜県立多治見病院

- 患者本人の書面による意思表示と倫理委員会での決定がありながら、病院長が反対し、延命治療中止の行動に出ないまま患者が死亡した事件



2007年 和歌山県立医大病院

- 呼吸器を外した医師が殺人容疑で書類送検。家族の希望によるものであり、警察も刑事処分を求めないという意見書つきで送検



終末期医療の 決定プロセスに関するガイドライン

- 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



ガイドライン 3点

- 医療・ケアチームで
 - 医師が1人で判断しない
- 本人の意思が大事、それが不明なら家族等に
 - 家族等 = 本人意思の推定
 - 本当にわからない場合は本人の最善の利益
- 緩和ケアの充実が国の責務



2009年川崎協同病院事件最高裁決定

- 被害者が気管支ぜん息の重積発作を起こして入院した後、本件抜管時までに、同人の余命等を判断するために必要とされる脳波等の検査は実施されておらず、発症からいまだ2週間の時点でもあり、その回復可能性や余命についての的確な判断を下せる状況にはなかったものと認められる。そして、被害者は、本件時、こん睡状態にあったものであるところ、本件気管内チューブの抜管は、被害者の回復をあきらめた家族からの要請に基づき行われたものであるが、その要請は上記の状況から認められるとおり被害者の病状等について適切な情報が伝えられた上でされたものではなく、上記抜管行為が被害者の推定的意思に基づくということもできない。以上によれば、上記抜管行為は、法律上許容される治療中止には当たらないというべきである。



2007年以降

- 救急医学会や老年医学会でのガイドライン
- 実際には、刑事事件化していない
- すでに、課題は別のところへ
 - ① どうやって患者本人の意思を確認するか
 - ② 医療ケアチームと患者家族の協議のあり方
 - ③ 医療代理人の必要性 単身世帯の増加
 - ④ 緩和ケアの内容と改善



もはや殺人罪にはならない

- 特報首都圏
– 2016年6月10日7時30分～
– NHK
- 昭和大学病院での、人工呼吸器を外す様子を放映
- しかし、担当医師はもちろん逮捕されていないし、たぶん捜査も入っていない



試案 日本の法律では？

- 第1条 終末期医療については、医療者は、独断ではなく、医療ケアチームによる判断をするものとする。
- 第2条 終末期医療については（も）、患者の意思を尊重しなければならない。その意思は何度も確認しなければならない。
- 2 患者の意思を尊重する手段としては、患者自身が判断できない状況において、患者が信頼する代理人（家族など）に判断を委ねることを含む。
- 第3条 国は緩和ケアの充実拡大を図る義務を負う
- 第4条 この法律を実施するにあたり必要な事項は、厚生労働省令で定める。



今日の論点3つ

- 「終末期医療と法」では、延命治療の差し控え・中止が、刑法上の犯罪（殺人罪、嘱託殺人罪）に当たるか否かに焦点が当たりすぎてきたが、実は、その心配はない
- **アメリカでは、法的免責を明記し自己決定を促す法律（いわゆる尊厳死法）が40年も前に成立したが、医療実務は必ずしも法律通りになっていないこと**
- 今後は、自己決定支援をする法の工夫が大事であること



法の先進国アメリカでも 法 = 医療実務ではない

- 2015年の論文の中の、ある文章から
– 医療がうまくいっていない場面がある。
– その典型が終末期医療の場面である。患者も医師も、不可避な死の話題を避けたがる。それによって、自分自身の価値観や選好を実現するチャンスを逃している。自己決定の意思表示がなければ、原則は、死亡ではなく生命維持の方向へ動く。その結果、過剰な治療や不適切な延命とそれに伴う苦痛の長期化が生じている



…続き…

終末期における過剰な医療は、患者自身による死に直面したくないという想いだけでなく、終末期医療に関する学びの場の不足や、死なせたという非難を避けたいという気持ちなど、より制度的な要因による。患者が、死が間近であることを認めたくないのは理解できるとしても、医師ですらそれを伝えがらない。一般に、アメリカの医療は、治療や治癒に重点が置かれ、患者の緩和ケアを重視する視点が十分でない。多くの医師は、いまだに死は医療の敗北だと考え、死は必然であり、その過程をできるだけ平穏にかつ尊厳をもって迎えるものだと考えていない。



…続き2…

多くの患者は在宅での死亡を望んでいる。ところが、アメリカの患者でそれができているのは3割に過ぎない。それに代わって、病院で相当の量の資源を費やして終末期医療に当たっている。その延命が、患者のQOL向上に役立たず、延命期間もそれほどに伸びているわけでもなく、あるいはまったく伸びていない場合もあるにもかかわらず。多くの患者は、死が直近で不可避であっても、蘇生措置やICUにおけるケアなどの介入を受けている。



…続き3

アメリカにおいて終末期医療で最重要視されるのは、法律上も医療倫理上も患者の意思・希望である。理想的には、患者がその希望を表明し、患者が判断能力を失った際には、医師は事前指示書を探し、家族または医療代理人と話し合った上で、患者の価値観や生き方を尊重する決定をする。この枠組みでは、患者は、判断能力がなくなってもなおその自己決定を尊重することになっている。病状の重い患者で判断能力を失った場合は、事前に何らかの話し合いや指示書があることが必要になる。ところが、事前指示の割合は依然として低い。現実的に見ると、終末期における自己決定は幻想である。何よりも患者自身が死について認めた上で、それについて話し合いをするのに消極的だからである。



これはどこの国の話だろうか

- Barbara A. Noah, A Better Death in Britain?, 40 Brook. J. Int'l L. 870-915 (2015).
– Available at:
<http://brooklynworks.brooklaw.edu/bjil/vol40/iss3/4>
- つまり終末期の医療に関する法整備の進んでいるはずのアメリカの話である



アメリカからの教訓

- 法的整備がなされても、人々の行動は同じ
 - 1976：カレン事件 ニュー・ジャージー州最高裁判決
 - ・人工呼吸器の取り外しを認める
 - 1976：カリフォルニア州 アメリカ最初の自然死法
 - ・リビング・ウィルの法的効力を認め、医師を免責
 - ・その後 持続的代理権法を作り、医療代理人が終末期医療の代行判断を制度化。代理人による決定も自己決定
 - 1991：患者の自己決定法（連邦法）
 - ・入院時やナーシング・ホーム入所時に、病院やナーシング・ホームに事前指示の情報提供を義務づける



アメリカからの教訓 2

- ところが、実際は、法の想定通りにならない
- リビング・ウィルの問題点
 - いざという時に発見できない
 - そもそも作成する人が少数
 - 実際の状況と指示された状況が合わない
 - そもそもそれが真の意思かという課題
- そこで持続的代理権（医療代理人）という工夫
- 現状、このような自己決定方法ではうまくいかない



自己決定の限界 アメリカ

- Uniform Health Care Decision Act 1993
 - まず代理人の指名、その後自分自身の希望を書く欄
- (b) Choice To Prolong Life
 - I want my life to be prolonged as long as possible **within the limits of generally accepted health-care standards.**



緩和ケアについては

- Uniform Health Care Decision Act 1993
- (8) RELIEF FROM PAIN: Except as I state in the following space, I direct that treatment for alleviation of pain or discomfort be provided at all times, **even if it hastens my death:**
 - **終末期にかかわらず、at all times**
 - **死期を早めることがあっても**



アメリカでも

- 法と倫理の役割は別で後者こそ重要
- リビング・ウィル法の適用がなくとも、患者本人の意思を尊重
 - 実態は、リビング・ウィルを作る人は少数で作っている人でも適用除外も多い
 - 本人の意思の尊重といっても、うつ病や自殺願望の場合は別
- 問題があれば倫理委員会でも相談し、医療の方針が定まる。何でも法に頼る態度はとられていないのである



本人の意思の法的証拠、証明力

- 自発的に書かれた
 - 自書（遺言書、メモ書き）
 - 代書（公正証書、メモ書き）
 - 声やビデオ カルテの記載
- どれが、本人の意思を反映する法的証拠になるだろうか
 - 実質的に本人の意思が表明されているなら、どれも証拠となる
 - 家族や友人の証言でも本人の推定的意思として有効な証拠となる



アメリカに学ぶとすれば

- 課題1 法律だけでは動かない
 - 実務とそこでの倫理が大事
- 課題2 自己決定だけでは動かない
 - 医療代理人も自己決定
- 課題3 緩和ケアは重要
 - それは現在どの程度利用可能でどのような説明がなされているのか



今日の論点3つ

- 「終末期医療と法」では、延命治療の差し控え・中止が、刑法上の犯罪（殺人罪、嘱託殺人罪）に当たるか否かに焦点が当たりすぎてきたが、実は、その心配はない
- アメリカでは、法的免責を明記し自己決定を促す法律（いわゆる尊厳死法）が40年も前に成立したが、医療実務は必ずしも法律通りになっていないこと
- **今後は、自己決定支援をする法の工夫が大事であること**



自己決定支援の工夫と法

- 今後の重要課題
- 終末期を自らの価値に沿って生きる
- その希望をどうやって引き出すか
- そのために法ができることはないか



アメリカの新たな動き

- POLST (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment)
 - 医療者を起点とする
 - 医療者と患者・家族の相談を重ねる
 - 電子カルテに入れる
 - NY Times 2015/12/28: It's not a lot of money: \$86 for a 30-minute conversation with your doctor. That's the amount Medicare decided this year to pay physicians for talking with patients about the medical choices they would make if they become so sick they are unable speak for themselves.



- But in 2014, I wrote **that the tide was changing, as more patients, doctors and even some private insurers were seeing value in discussions about interventions like feeding tubes or ventilators**. Whether patients would want every possible measure to keep them alive or whether they would want pain relief and comfort care, many liked being able to specify beforehand, **partly to save family members the angst of having to decide**.



最も重要なことは

- アメリカでも最も重要なのは話し合い
- 医療者と患者・家族との話し合いをいかに続けるか
 - 死に逝く者への配慮
 - いかにその人を尊重するか
 - それこそ平凡だが真実



法による支援

- どうやって自己決定を支援するか
- 医師・本人・家族の協議へのインセンティブ
 - アメリカの動き（相談料）への賛否
- アメリカではうまくいかなかった法政策が日本では機能するか
 - すべての病院・施設で、医療者を交えての協議を義務づける→日本なら、みんながすることだといふので、自己決定支援が円滑になるかもしれない
- 医療代理人を法的に支援（法的有効性を明確にする）ことも重要かもしれない



終末期医療と法の役割

- 医療を邪魔するのではなく、医療や介護の支援を
- **超高齢社会で、介護者が高齢者を安楽死させる悲劇をなくすこと**
 - 医療側・施設側の対応 その基本的なルール
 - 在宅の高齢者 同様に協議の輪を
 - そのスキームを構築するのを法が支援



不明確な法 = 実は明確なメッセージ

- 生き方・死に方は個人の自由の問題
 - 「こうなったら死になさい・これでも生きなさい」の拒否
- これまでの検察・警察・裁判所の態度
 - 「法を過剰に恐れる必要はありません。これは法律の問題ではありません」



不明確な法 = 実は明確なメッセージ

- 終末期医療の倫理：何がよいかはわからない。そのときは、せめて手だてを尽くすのが人間の知恵
 - What がだめなら Howで。これがプロセス重視の考え方
 - 「何が本当にこの患者のためになるか」で悩むプロセス、手だてを尽くすプロセスを定めることが重要



2018 厚労省ガイドラインの改訂

- 要点は3点
 1. ACP advance care planning(人生会議)の重要性
 2. 医療ケアチームに介護者も
 3. 意思を推定する者（信頼できる人、キーパーソン）が誰かを明らかにする
- どうやってACPの実践を進めるかが課題



講 義 3

臨床における倫理の基礎

本講義の位置づけ

- 基本的には指導者向けの講義ではない
 - 多くの研修会では、事前学習用として使用を想定（1日コースの場合）
- 「臨床倫理」という言葉を（やや違和感をもって）初めて聞いた人を念頭に
 - 実際にやることの「イメージ」を共有して、心のハードルを下げつつ
 - ・ 「なんだいつも病棟でやってる話じゃないか」
 - 実際「やる気」になってもらうための導入
 - ・ 「まあそういうことなら、やっても良いかもな」



その他の主な「ねらい」

- トップダウンで考えない
 - 「倫理原則 = 誰か偉い人が決めたルール」という考え方からの脱却（あてはめ志向）
 - ・ 原則はむしろ臨床現場ですでに守られていることを単にまとめたものであること
- 倫理的ジレンマをあおらない
 - 倫理的ジレンマの構造を発見し、どちらの原理を優先させるべきか決めることが倫理的問題の解決法、という志向からの脱却
 - ・ どちらも満たす道はないか、を第一選択に



E-FIELD

Education For Implementing End-of-Life Discussion



臨床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
 - QOL
 - インフォームド・コンセント
 - プロセス・ガイドライン
3. 臨床の倫理原則



臨床における倫理の基礎

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

Education For Implementing End-of-Life Discussion

医療における「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
- では「臨床倫理」は？

Education For Implementing End-of-Life Discussion

臨床倫理 Clinical Ethics

- **職種を超えて**、医療・ケアチームが直面する**個別具体的な倫理的課題**を話し合う際の共通ルール
- 一般論ではなく個別事例に即した検討
 - ただし検討の仕方はある程度の標準化が可能
 - どのような原則を参照しながら、どのような点を押さえ、どのように検討していくか
- **選択・意思決定**の問題が要となる

Education For Implementing End-of-Life Discussion

特にどんな意思決定か

- 患者・家族・医療・ケアチームの間で患者にとっての**最善に関する判断が一致しない**場合（あるいは最善がわからない場合）
 1. 患者・家族と医療・ケアチームの間
 2. 医療・ケアチームの間（例：医師と看護師）
 3. 患者と家族の間
 4. 家族の間（例：母親と長男）
- 意思決定に必要な情報提供が行われていない場合も含む（いわゆる「告知」の問題）

Education For Implementing End-of-Life Discussion

例1：高齢の喉頭癌患者に対する手術

- 手術をすれば完治する可能性があるが、永久気管孔となり、声を失う。その場合、この患者は大変高齢なので、今後の日常生活に対するダメージは大きい
- 手術をしなければ、しばらくは現状のままの生活が続けられる。が、やがて癌が進行し、つらい症状がおき、手術をした場合よりも余命は短くなるかもしれない
- しかし高齢であり、手術をしたほうが長く生きられるとも言い切れない

Education For Implementing End-of-Life Discussion

例2：適応の無い抗がん剤治療を希望する患者

- この患者は末期がんの状態であり、治癒ないし支持目的であれ、緩和目的であれ、有効と思われる化学療法等はない。したがって、緩和ケア中心の方針をたてるのがよい
- しかし、患者本人はまだ試していない抗がん剤を使ってほしいと、強く希望している。患者の意思を尊重するなら、その意向に従うべき？

Education For Implementing End-of-Life Discussion

臨床倫理の目指すところ

- 患者・家族と医療・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、患者・家族の意向を踏まえて、医療・ケアチームでよく話し合うことが必要
- そうした話し合いのプロセスを支援するためのツールの開発・提供
 - 四分割表 (Jonsen)
 - 臨床倫理検討シート (清水哲郎) など

13

Education For Implementing End-of-Life Discussion

臨床における倫理の基礎

2. 臨床倫理はなぜ必要か

14

Education For Implementing End-of-Life Discussion

①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
 - 特に慢性疾患や難病、高齢者ケア・終末期ケアの文脈で (そもそも「治らない」)

15

Education For Implementing End-of-Life Discussion

QOLを真剣に考える

- Quality of life : 本人にとっての「生活/人生の質」
 - 究極的には客観的な測定は困難
 - 医療者は「生き方」の専門家ではない
- そもそも何を目標として医療を行うべきか、医療者が一方的に決めることはできない
 - 例1 : 高齢の喉頭癌患者に対する手術
 - ・ 「声を失う」ことの意味は個人によって大きく違う

16

Education For Implementing End-of-Life Discussion

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

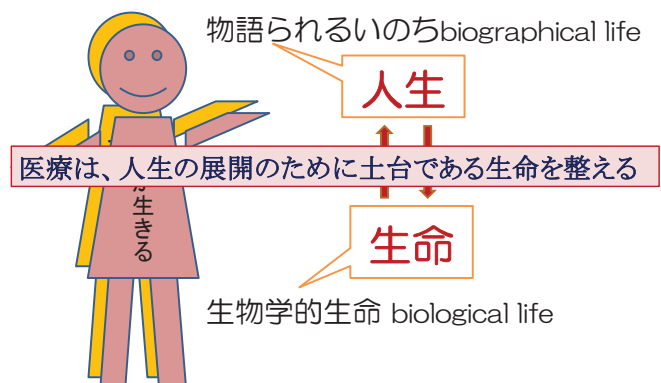
2. いのちについてどう考えるか

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。

17

Education For Implementing End-of-Life Discussion

人のいのちの二重の見方



18

Education For Implementing End-of-Life Discussion

②医療の進め方の変化

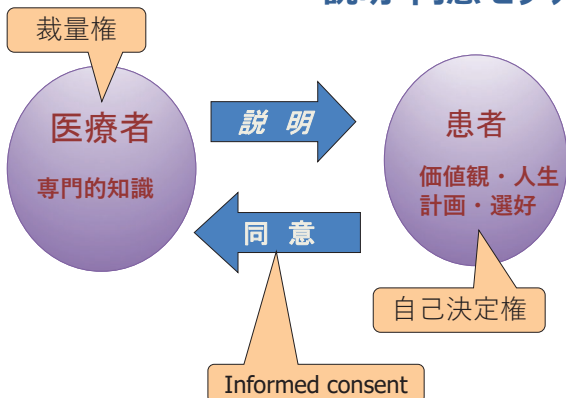
- 「ともに考える」プロセスとしてのインフォームド・コンセント（IC）理解の一般化
 - 「医師が決める」又は「患者が決める」の二分法を超えて

「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、決定は患者にお任せ？

- 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

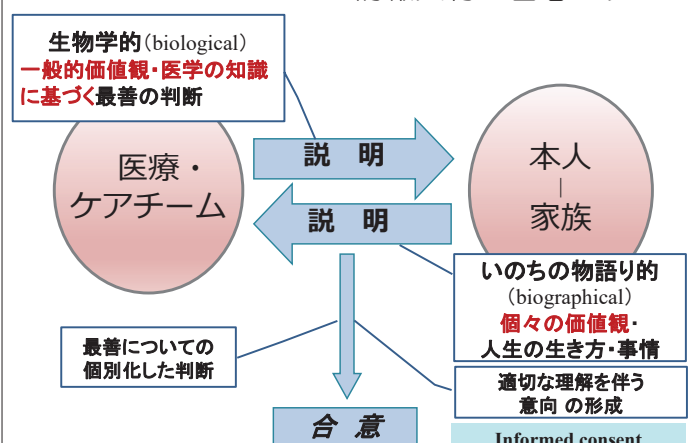
プロセスとしてのIC

- 医療者と患者が互いに情報を共有したうえで十分に話し合い、合意に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ということである。

意思決定のプロセス 情報共有-合意モデル



〈共同行為〉としての医療・ケア

医療者側には、病気の状態と治療法についての専門的知識がある一方、患者側には自分の人生の実情についての情報、自分はどのように生きたいかの判断ないし人生設計がある。これら両者からの情報をお互いに提供しあい、現時点で如何にするかを考え、合意による決定に至るプロセスが、行為が共同であるための要となる——〈インフォームド・コンセント〉という用語によって提示されていることはこのことにほかならない

清水哲郎『医療現場に臨む哲学』勁草書房、1997年

25

Education For Implementing End-of-Life Discussion

ICの考え方の大きな推移

1. 医師が患者の最善を考え治療法を決める（医師のパターナリズム）
2. 医師から情報提供を受け、患者が決める（消費者主義）
3. 医療・ケアチームと患者・家族がよく話し合ったうえで「ともに」決める（共同意思決定）

26

Education For Implementing End-of-Life Discussion

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

27

Education For Implementing End-of-Life Discussion

プロセス・ガイドラインとは？

- マニュアル的な判断基準ではなく、踏むべきプロセスを定めたもの（WhatではなくHow）
 - 厚生労働省「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」
- 「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

28

Education For Implementing End-of-Life Discussion

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
 - メンバーは医療スタッフのみに限られない
2. 患者の意思確認が大事
3. 患者の意思が明確でない場合には、「家族が十分な情報を得たうえで、患者が何を望むか、患者にとってなにが最善かを、医療・ケアチームとの間で話し合う」

29

Education For Implementing End-of-Life Discussion

プロセス・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

30

Education For Implementing End-of-Life Discussion

考えないためのガイドラインから 考えるためのガイドラインへ

厚労省研究班「重篤な疾患を持つ新生児の家族と医療
スタッフの話し合いのガイドライン」（2003）

わたしが懸念するのは、「18トリソミーだから
クラスCだよ」という医師の台詞に端的にあらわ
れているような、疾患を単位とした治療方針決定の
ありかたであり、とりわけ、疾患名そののみを頼り
にして治療しないことを医療者が選択してしまうこ
とです。加えて、「だってガイドラインにそう書いてあるから」に象徴されるような、医療者が半ば
思考を停止させている姿に対してです。

田村正徳・玉井真理子編『新生児医療現場の生命倫理』メディカ出版、2005年

31

Education For Implementing End-of-Life Discussion

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）
- 日本透析医学会「維持血液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」（2014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）

32

Education For Implementing End-of-Life Discussion

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

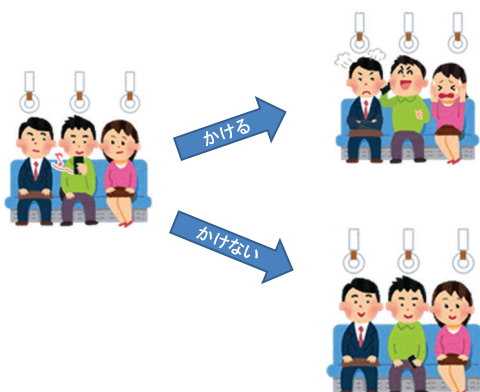
33

Education For Implementing End-of-Life Discussion

臨床における倫理の基礎

3. 臨床の倫理原則

電車の中で電話がかかってきたら？



倫理的行為の構造

* 結果としての**行動** 源としての**姿勢**

状況に向かう姿勢 + 状況把握 → 行動

周囲の迷惑にならないようにしよう + 電車の中での携帯電話は迷惑 → かけない

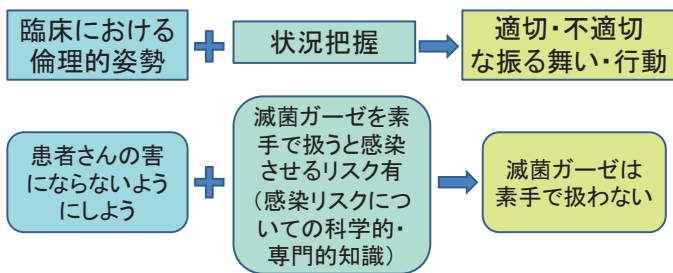
↑
倫理的姿勢

↑
倫理的に適切な振舞い

☆倫理的評価：行動の適切さ・不適切さを見て、姿勢を評価

☆適切な行動のためには、倫理的姿勢と適切な状況把握の
双方が必要

医療・ケアでも同じ構造



- * すべての医療・介護行為には、倫理的姿勢が伴っている
- * 社会における役割としてケアという行為を行う
→ 倫理的姿勢が伴う

倫理原則とは

- 医療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、
 - ・患者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、**すでに医療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
 - 自律的な患者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
 - 患者に利益をもたらせ&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

- 患者さんや家族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を提供したい
 - 「ベストの医療」とは何か？
 - ・医学的に妥当で、かつ個性性に配慮したもの
- 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
 - ・医療資源の「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：高齢の喉頭癌患者に対する手術
- 「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：適応の無い抗がん剤治療を希望する患者
- 「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見える（「倫理的ジレンマ」）

43

Education For Implementing End-of-Life Discussion

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！

44

Education For Implementing End-of-Life Discussion

ぎりぎりまで調整するために

- 患者や家族の思い・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

45

Education For Implementing End-of-Life Discussion

まとめ

- 臨床倫理とは、患者・家族の意思を尊重しながら医療・ケアチームが活動していくさいに、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. 「QOLの維持・向上」という目標（「人生」のために「生命」を支える）
 2. 「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
 3. 意思決定プロセスの充実と透明化に対する社会的要請

46

Education For Implementing End-of-Life Discussion

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

47

Education For Implementing End-of-Life Discussion

例2：適応の無い抗がん剤治療を希望する患者

- Cさん、50代 男性、妻子あり。一部上場企業で管理職として働いていた。
- Cさんは、がんの治療のためあらゆる手段を尽くしてきましたが、徐々に抗がん剤が効かなくなってきました。医療者側は、現状ではもう積極的な治療は効果が見込めないのので、抗がん剤治療を中止して緩和ケア中心の対応をすることで、Cさんが充実した最後の日々を過ごせるような環境を整えるのが最善だと考えています。しかしCさんは、まだ試していない抗がん剤を投与してみることを強く希望し、自分の人生観や価値観に基づき理由を次のように医療者に提示しました。

清水哲郎監修『教育・事例検討・研究に役立つ看護倫理 実践事例46』日総研, 2014年

48

Education For Implementing End-of-Life Discussion

- 「私は、及ばずながら最後まで闘う姿勢を貫きたいのです。私はまだ若い妻や幼い子に責任を感じています。少なくとも、子どもが一人立ちするまでは家族を支えていかなければならないのに、それができないのですから、妻や子に申し訳ない気持ちなんです。だから、薬がもう効かないからがんを抑える努力をやめて、自分が少しでも楽になる方法を選ぶことは私の人生観に反します。せめて、及ばずながら最期まで闘う姿勢でいることが、妻子への良いわけでした、そういう最期であったといずれ幼い子が知って、逝ってしまった父を懐かしんでくれればと思うわけです」
- その後、検討と話し合いの末、本人の生き方についての意志を認めて、医学的には益が無いと思われる治療（抗がん剤投与）を実施することになりました。

清水哲郎監修『教育・事例検討・研究に役立つ看護倫理 実践事例46』日総研, 2014年



STEP 1

本人の意思決定する力を考える

E-FIELD

Education For Implementing End-of-Life Discussion

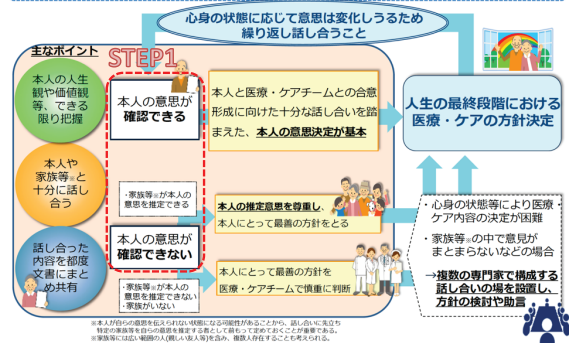
STEP1

本人の意思決定する力を考える

Education For Implementing End-of-Life Discussion

「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。



学習目標

- 本人の『意思決定する力』の評価がなぜ必要かを説明することができる
- 印象だけで『意思決定する力』の欠如を判断しなくなる
- 『意思決定する力』を高めることの重要性を理解している
- 本人の『意思決定する力』を評価するときのポイントを概説できる

Education For Implementing End-of-Life Discussion

事例紹介

楠木さん

- 84歳、軽度認知障害を指摘されている
- 変形性膝関節症で受診

- この時点での、楠木さんの『意思決定する力』をどのように評価しますか？
- どのような支援をすると、楠木さんの『意思決定する力』が高まりますか？

Education For Implementing End-of-Life Discussion

『意思決定する力』を慎重に評価すべき状況

- 話し合いの内容が複雑である
- 決定内容が深刻な結果をもたらす可能性がある
- 例) 手術や検査の拒否
- 表明する決定内容が相手によって異なる
- 『意思決定する力』に関する評価が医療者の間で異なる
- 本人と評価者との間に利害対立がある

(イギリス2005年意思能力法・行動指針)

Education For Implementing End-of-Life Discussion

『意思決定する力』を評価する際の注意点

- 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
- 評価時には『意思決定する力』を高める
- 求められる『意思決定する力』のレベルは、状況や内容によって異なる

Education For Implementing End-of-Life Discussion

『意思決定する力』を評価する際の注意点

- 周囲からみて不合理な選択だからといって「意思決定する力がない」とは判断してはならない（不合理な選択の尊重原則）
- 評価者には「意思決定する力がない」ことを証明する責任がある（「欠如している」と断言できないなら「ある」とみなす）
- 意思決定する力の支援をした上での評価が前提

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）より一部改変

Education For Implementing End-of-Life Discussion

『意思決定する力』を高める支援

- 病状説明の工夫
 - －例）複数回の説明、文章・図・通訳の活用
- 安心できる場の設定
 - －例）家族や友人に同席してもらう
- 症状の緩和
 - －例）酸素投与、鎮痛薬投与
- 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、薬剤調整など
- 質問の機会と熟考する時間の確保

Education For Implementing End-of-Life Discussion

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

表明

自分の考えや結論を伝える

理解

意思決定のために必要な事項を正しく記憶している

認識

病気の存在、治療や意思決定の必要性を、自分の問題として自覚している

論理的思考

選択肢を比較検討し自分の価値観に基づいて考えている

本人との話し合いにおける病状説明や質問を通して、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) 一部改変

Education For Implementing End-of-Life Discussion

意思決定する力の評価の手順

1. 説明する：意思決定に必要な情報を伝える
 - 病名、病因、症状、経過
 - 推奨される治療：医学的に見て最善と思われるもの
 - 治療しない場合に予想される経過
 - 代替となる治療
 - それぞれの治療に伴うデメリット
2. 質問する：質問に対する返答や発言の内容を評価する
 - 開かれた質問 例：“受けた説明の内容について教えてください”など
 - 閉じた質問：重要事項や返答が不十分な項目については、具体的に質問する 例：“病名は何ですか？”、“治療を受けなかったらどうなりますか？”など
 - 誤解がある場合には、再度説明し質問する
3. 記録する：患者の返答や発言を記録する

(Grisso, et al. 1998) 一部改変

Education For Implementing End-of-Life Discussion

表明

【概念】自分の考えや選択を伝える

【“表明”の評価のポイント】

- 自分の考えや選択を、口頭で伝えられる
- 自分の考えや選択を、書面やジェスチャー等で伝えられる
- 自分の考えや選択を、他者を介して伝達できる
- 自分で決定せず、他者に選択を任せる

上記のいずれかができるなら、表明する力はある

(Grisso, et al. 1998) 一部改変

Education For Implementing End-of-Life Discussion

理解

【概念】意思決定のために必要な事項を、正しく記憶している

【“理解”の評価のポイント】

- 説明を受けた内容を正しく述べることができるか？
 - 病名、病状、病期など
 - 提案された検査や治療と代替案の内容
 - それらのメリット（効果など）とデメリット（副作用など）

【評価するための質問の例】

- どのような説明を受けましたか？
- あなたの病名は何ですか？

それぞれ○○さんの言葉で教えてください

(Grisso, et al. 1998) 一部改変

Education For Implementing End-of-Life Discussion

楠木さんの意思決定する力の評価：理解

- この会話のやりとりからは病名・病状に言及しておらず、変形性膝関節症という疾患を理解できているかどうかは不明である（20年間通院してはいるが）
- 痛みに対して、手術か鎮痛薬での対応か2択であること、手術の利益である疼痛が緩和される可能性や負担である合併症、鎮痛薬の他の選択肢に言及しており、医師の説明を理解できていると考える
- 一方で「先生は、手術しろって言った」という発言から、部分的に誤解もあると考えられる

* 長谷川式簡易知能評価スケール 17点と認知機能は低下しているが、医師の説明内容を理解し記憶を保持する能力は十分にあると考える

Education For Implementing End-of-Life Discussion

意思決定する力を評価するために不足している情報と対応：理解

- **不足している情報**：病名・病状に言及しておらず、変形性膝関節症という疾患を理解できているかどうかは、この会話からは不明



- **対応**：病名・病状を本人の言葉で話してもらい、記憶しているか確認する

例：「ご自分の病名や病状についてどのような説明を受けたか、教えていただいてもよろしいですか？」

Education For Implementing End-of-Life Discussion

意思決定する力を高める支援：理解

- 「先生は、手術しろって言った」という発言から、部分的に誤解もあると考えられる



- 例：部分的な誤解については、一度に情報を口頭で伝えても理解が難しいことが一因ではないかと推測され、複数回説明する、パンフレットを活用するなどの説明の工夫をすることで、より理解が深まる可能性がある

Education For Implementing End-of-Life Discussion

認識

【概念】 病気の存在、治療や意思決定の必要性を、自分の問題として自覚している
【“認識”の評価のポイント】

- 診断を受けた疾患の存在を認めているか（自分のこととしてとらえているか）？
- 疾患や治療選択が自分にもたらしうる結果の重大性・重要性を自覚しているか？
- 感情の動きが確認できるか？
 - 病気や症状がもたらすつらさ
 - 提案された治療への期待や不安
 - 治療や意思決定の心理的負担

【評価するための質問の例】

- 今回のご病気について、どのようにお感じになっておられますか？
- 説明された治療について、どう思われますか？

(Grisso, et al. 1998) 一部改変

Education For Implementing End-of-Life Discussion

理解と認識の違い

理解：不十分、認識：十分の例

- 80代男性。認知症で通院中。手術可能な胃癌と診断された。
 - 病名（胃癌）は言えるが、進行度や治療については説明されても忘れてしまう：『理解』不十分
 - 「大変な病気になっちゃったなあ。早く治療して欲しい。」：『認識』十分

理解：十分、認識：不十分の例

- 40代男性。検診を契機に進行胃癌と診断された。無症状。
 - 医師の説明（診断名、進行度等）は家族にも正しく伝えることができた：『理解』十分
 - 「何の症状もないし元気なのに、進行胃がんの訳がない。」：『認識』不十分

Education For Implementing End-of-Life Discussion

論理的思考

【概念】 自分の価値観に基づいて、選択肢を比較検討する
【“論理的思考”の評価のポイント】

- 以下のような点から、選択しているか？
 - 提示された複数の方針を比較している
 - 一つの方針について、メリットとデメリットを考慮している
 - 選択が日常生活に与える影響について考慮している
 - 選択は患者自身の価値観と一致している

【評価するための質問の例】

- 説明された治療の中でどれが最もよいですか？希望されない治療はどれですか？その理由を教えてください
- あなたが選択した方針は、あなたの今後の生活にどのように影響すると思われますか？

(Grisso, et al. 1998) 一部改変

Education For Implementing End-of-Life Discussion

意思決定する力の評価リスト

| | |
|---|---|
| 表明 考えや選択を下記のいずれかの方法で伝えられているか <ul style="list-style-type: none"> □ 口頭で □ 書面やジェスチャー等で □ 他者を介して □ 自分で決定せず、他者に選択を任せている | 理解 正しく記憶/言及できているか <ul style="list-style-type: none"> □ 病名、病状、病期など □ 提案された検査や治療、代替案 □ 上記のメリットとデメリット |
| 認識 自覚しているか <ul style="list-style-type: none"> □ 診断された病気に罹患していること □ 病気や治療が、大きな影響をもたらすこと □ 病気や症状がもたらすつらさ □ 治療への期待や不安 □ 決定を求められていること | 論理的思考 比較検討できているか <ul style="list-style-type: none"> □ 複数の選択肢を比較している □ メリットとデメリットを考慮している □ 選択が日常生活に与える影響を考慮している □ 患者自身の価値観や日常生活で大切にしていることに基づいて考えている |

Education For Implementing End-of-Life Discussion

意思決定する力を高める支援と再評価

- 「今できていない」からといって「意思決定する力がない」とは言えない
- 意思決定する力を最大限に高めたうえで、あらためて評価することが重要

Education For Implementing End-of-Life Discussion

評価と判定の注意点

- バランスのとれた評価か？
 1. 本人の選択がもたらしうる効果：良い結果と好ましくない結果の比較
 2. 本人の意向を尊重しつつ、危険な結果から保護するように判定する
- 各要素が著しく欠如している場合、本人にとって不利益であることが明らかな場合は、本人の推定意思を尊重したり、家族等と最善の方針に関する検討を行ったほうがよい
- 判定が困難な場合には、精神科医等の専門家にコンサルテーション（相談）する

Education For Implementing End-of-Life Discussion

まとめ

- 意思決定する力の評価のポイント
 - 年齢、病名、社会背景などからの憶測ではない
 - 力を最大限に高めてから行う
 - 適切な病状説明の上で
 - 本人の発言や質問に対する返答から
 - 表明、理解、認識、論理的思考を評価する
 - 不合理であっても、論理性があれば「あり」
 - バランスに留意する：自己決定尊重と保護、利益と不利益
 - 意思決定する力の必要とされるレベルは、状況により異なる

Education For Implementing End-of-Life Discussion

グループワーク

- グループ内で話し合い（35分）
 - ワークシートにそって話し合う
 - 書記は話し合った内容をワークシートに記載する
- 全体共有（15分）
- 評価例提示（5分）

Education For Implementing End-of-Life Discussion

STEP 1:本人の意思決定する力を考える

楠木さんの意思決定する力の各要素（表明、理解、認識、論理的思考）について、話し合ってください

- ① 評価の根拠について話し合い、（ ）内に番号または○・△・×を記入してください。また、そう判定した理由は何ですか
（○：できている、△：一部できている、×：できていない）
- ② 評価の結果を 1：十分、2：再評価が必要、3：不十分のいずれかからを選択してください
 - 1を選択：次の要素へ進んでください
 - 2か3を選択：以下の③、④をそれぞれ話し合ってください
- ③ より正しく評価するための対応や不足している情報について
- ④ 力を高めるための支援方法について

Education For Implementing End-of-Life Discussion

STEP 1 : 本人の意思決定する力を考える「理解」評価例

| | |
|------------------------------|---|
| ①評価の根拠 (判定した理由も話し合ってください) | 説明を受けた下記の事項について、正しく言及／記憶しているか？ 括弧に○、△、×を記入 1：病名、病状、病期 (△) 2：推奨された検査や治療、代替案 (△) 3：それらのメリット (効果など) とデメリット (副作用など) (△) |
| ②評価の結果 | 下記の1～3の中から一つを選択： (2) 1：十分、2：再評価が必要、3：不十分 |
| ③より正しく評価するために不足している情報や対応 | 病名・病状を本人の言葉で話してもらおう (上記1について) 「ご自分の病名や病状についてどのような説明を受けたか、教えていただけてよろしいですか？」と質問する |
| ④「理解」の力を高めるためにできる支援 | ・ 複数回の説明 (上記1について)：部分的な誤解については、一度に情報を口頭で伝えても理解が難しいことが一因ではないかと推測される ・ パンフレットなど言語以外の方法 (上記1、2、3について)：より理解が深まる可能性がある |

STEP 1 : 本人の意思決定する力を考える「表明」

| | |
|------------------------------|--|
| ①評価の根拠 (判定した理由も話し合ってください) | 下記のいずれかができるなら、ありと判断する 1：自分の考えや選択を、口頭で伝える 2：自分の考えや選択を、書面やジェスチャー等で伝える 3：自分の考えや選択を、他者を介して伝えている 4：自ら決定せず、他者に選択を任せている |
| ②評価の結果 | 下記の1～3の中から一つを選択： () 1：十分、2：再評価が必要、3：不十分 |
| ③より正しく評価するために不足している情報や対応 | |
| ④「表明」の力を高めるためにできる支援 | |

STEP 1 : 本人の意思決定する力を考える「理解」評価例

| | |
|------------------------------|---|
| ①評価の根拠 (判定した理由も話し合ってください) | 説明を受けた下記の事項について、正しく言及／記憶しているか？ 括弧に○、△、×を記入 1：病名、病状、病期 (△) 2：推奨された検査や治療、代替案 (△) 3：それらのメリット (効果など) とデメリット (副作用など) (△) |
| ②評価の結果 | 下記の1～3の中から一つを選択： (2) 1：十分、2：再評価が必要、3：不十分 |
| ③より正しく評価するために不足している情報や対応 | 病名・病状を本人の言葉で話してもらおう (上記1について) 「ご自分の病名や病状についてどのような説明を受けたか、教えていただけてよろしいですか？」と質問する |
| ④「理解」の力を高めるためにできる支援 | ・ 複数回の説明 (上記1について)：部分的な誤解については、一度に情報を口頭で伝えても理解が難しいことが一因ではないかと推測される ・ パンフレットなど言語以外の方法 (上記1、2、3について)：より理解が深まる可能性がある |

STEP 1 : 本人の意思決定する力を考える「認識」

| | |
|------------------------------|---|
| ①評価の根拠 (判定した理由も話し合ってください) | 下記の事項について、自覚しているか？ 括弧に○、△、×を記入 1：診断されている病気に罹患していること () 2：病状や治療が、自分に大きな影響をもたらすこと () 3：病状や症状がもたらすつらさ () 4：提案された治療への期待や不安 () 5：意思決定を求められていること () |
| ②評価の結果 | 下記の1～3の中から一つを番号を選択： () 1：十分、2：再評価が必要、3：不十分 |
| ③より正しく評価するために不足している情報や対応 | |
| ④「認識」の力を高めるためにできる支援 | |

STEP 1 : 本人の意思決定する力を考える「論理的思考」

| | |
|------------------------------|--|
| ①評価の根拠 (判定した理由も話し合ってください) | 下記の事項に基づいて受ける治療を選択しようとしているか？ 括弧に○、△、×を記入 1：提示された複数の選択肢の比較 () 2：一つの方針がもたらすメリットとデメリットについての考慮 () 3：選択がその後の日常生活に与える影響についての考慮 () 4：患者自身の価値観や日常生活で大切にしていること () |
| ②評価の結果 | 下記の1～3の中から一つを番号を選択： () 1：十分、2：再評価が必要、3：不十分 |
| ③より正しく評価するために不足している情報や対応 | |
| ④「論理的思考」の力を高めるためにできる支援 | |

STEP 1 : 本人の意思決定する力を考える

4要素の評価を踏まえ、
今後の変形性膝関節症の治療に関する
楠木さんの意思決定する力を判断してください

決定する力はあると考える (STEP2へ進む)

決定する力はないと考える (STEP3/4へ進む)

ワーク終了後、発表（15分）
引き続いて評価の例を提示（5分）

STEP1：意思決定する力の評価

事例の概要

- ・ 楠木さん。84才 男性。80歳の妻と二人暮らし。小児時に肺結核に罹患しており、低肺機能の状態にある。50代のころ、胆石症で胆嚢摘出術の既往がある。60代から両膝の変形性膝関節症で内服治療を行い、定期的に膝の水を抜いてもらっていた。
- ・ 78才の時に脳梗塞を発症しその後日常生活動作が低下。現在要介護2の生活状況である。また、軽度の心不全に罹患している。
- ・ かかりつけ医は家から10分程度の診療所で、脳梗塞を発症した後からは定期的に受診をしている。また、週1回のホームヘルプサービスを受けていた。
- ・ 車で15分程度の場所に長男家族が住んでおり、月に一度ほど訪問している。
- ・ 生活に支障はないものの認知機能が低下しており、長谷川式簡易知能評価スケールで17点。かかりつけ医からはアルツハイマー型認知症と言われていた。
- ・ 妻との二人暮らしの生活においては、しばしば言葉のつじつまが合わないようなことはあったが、特に大きな支障はなかった。
- ・ 自宅には庭があるため、調子がいいと庭に出て過ごすことが多かった。昔から、植木や盆栽の手入れが好きで、今でも時々盆栽の手入れをしている。
- ・ 3か月前から右膝の痛みと、臀部の痛みが強くなってきて徐々に増悪。以前から杖をついてゆっくり歩行する状態だったが、トイレに行くことも難しくなっている。かかりつけ医を受診したところ、変形性膝関節症の増悪と診断され、アルツの注射と内服で経過を見ていたが、改善しないばかりか徐々に増悪。一向に痛みは治まらず、その後一日のうちの半分程度をベッド上で生活するようになった。
- ・ 患者自身の「せめてこの痛みをもう少し減らしたい、ひとりで苦労することなくトイレに行けるようになりたい」という求めもあり、膝痛に対して総合病院への紹介受診が行われた。
- ・ 総合病院の整形外科は、一通りの精密検査を行った後、患者本人、妻、長男に対して、以下のような説明を行った。
 - 右膝が痛いのは、膝の変形性関節症が原因と考えられる。
 - 治療については、2つの治療が選択肢として考えられる。一つは手術をせず痛み止めの内服薬による治療、二つ目は、全人工膝関節置換術（手術）である。

- 手術を行うことで、移動のときの膝の痛みが良くなる可能性が80%程度ある。しかしながら、もともとの機能が充分でないところに、この3か月で廃用が進んでいることから、ADLが回復するかどうかはなんとも言えない。リハビリ次第というところはあるだろう。一方で、必ず痛みが楽になるかという、そうとも言えず、約2割の方で痛みが残る。ただ、痛みが楽になれば、ご本人の頑張り次第で日常生活動作は高まるかもしれない。
 - 手術には全身麻酔が必要で、全身麻酔による合併症の可能性はありうる。特に、肺と心臓が弱いために、全身麻酔で手術を受けること自体で体の機能が弱くなってしまうことはあるかもしれない。
 - また、深部静脈血栓症が起こりやすい手術であり、もともとの低肺機能と心不全があることから、もし肺塞栓症が起こった場合は命にかかわることがある。
 - 手術を行わずに薬で治療するのが無難な気がしており、薬を変更するのもひとつだが、痛み止めも眠気を誘発するなどの副作用があるので、今より強い薬を使うことは難しいかもしれない。
 - 今すぐに治療方法を決めるのは難しいと思うので、良い方法を一緒に考えていきましょう。
- ・ 医師からの説明後、看護師が確認のために楠木（以下K）さんと話をした。
- 看護師（以下N）：「楠木さん、あまり食欲無いですね。痛みはお薬を飲んでもつらいですか？」
- K：「痛いねえ。動けないんで、もしこのまま動けないんだらって思うと、つらいねえ。」
- N：「動けないのも、おつらいですね」
- K：「そりゃあね。お手洗い一つ行けないんですよ。情けなくって。せめて楽にお手洗いに行けるようになりたいよ。」
- N：「医師からどんな説明を受けましたか？」
- K：「手術するか薬で様子見るかだっ。手術だと痛みが取れるかもしれないって。でも、すたすた歩くのは無理らしい」
- N：「医師から、手術のお話聞かれたんですね。他にはなんて言っていました？」
- K：「先生は、手術しろって言った。」
- N：「手術を受けるとしたら、何か心配なことってありますか？」
- K：「でもなんか、血の塊ができやすくなって、息が苦しくなって最悪死んじゃうかもしれないって、そんなこと言われたら怖くなっちゃって・・・。」

N:「手術を受けることは、怖くはないですか？」

K:「手術自体は怖くはないよ。若いころ胆嚢とったことあるもん。寝て起きたら終わってた。でも今回は、ねえ、血の塊がね・・・苦しいんでしょ。」

N:「薬でももう少し様子を見ることについてはどのようにお考えですか？」

K:「できれば薬は飲みたくないし、今まで飲んだ薬はあんまり効かない。何か、もう少し強い薬があるらしいけど・・・。」

N:「ご家族のご意見は、いかがですか？」

K:「息子もねえ、お父さんがいいと思うほうに決めれば、どっちでも大丈夫だからとは言ってくれてるんだけど、良くならないうえに、このまま死んでしまうんじゃないかと思ったら、不安でねえ。がんとかなら腹くくれるけど、そういうんじゃないから。どうするのがいいのやら・・・。」

STEP1 ワークシート

- 楠木さんの意思決定する力を評価してください

－ 表明

| | |
|------------------------------|---|
| ①評価の根拠 (判定した理由も話し合ってください) | 下記のいずれかができるなら、ありと判断する 1：自分の考えや選択を、口頭で伝える 2：自分の考えや選択を、書面やジェスチャー等で伝える 3：自分の考えや選択を、他者を介して伝達している 4：自ら決定せず、他者に選択を任せている |
| ②評価の結果 | 下記の1～3の中から一つを選択：（ ） 1：十分、2：再評価が必要、3：不十分 |
| ③より正しく評価するために不足している情報や対応 | |
| ④「表明」の力を高めるためにできる支援 | |

－ 理解

| | |
|------------------------------|--|
| ①評価の根拠 (判定した理由も話し合ってください) | 説明を受けた下記の事項について、正しく言及／記憶しているか？ 括弧に○、△、×を記入 1：病名、病状、病期（ △ ） 2：推奨された検査や治療、代替案（ △ ） 3：それらのメリット（効果など）とデメリット（副作用など）（ △ ） |
| ②評価の結果 | 下記の1～3の中から一つを選択：（ 2 ） 1：十分、2：再評価が必要、3：不十分 |
| ③より正しく評価するために不足している情報や対応 | 病名・病状を本人の言葉で話してもらおう（上記1について） 「ご自分の病名や病状についてどのような説明を受けたか、教えていただいてもよろしいですか？」と質問する |
| ④「理解」の力を高めるためにできる支援 | <ul style="list-style-type: none"> • 複数回の説明（上記1について）：部分的な誤解については、一度に情報を口頭で伝えても理解が難しいことが一因ではないかと推測される • パンフレットなど言語以外の方法（上記1、2、3について）：より理解が深まる可能性がある |

－ 認識

| | |
|---|---|
| <p>①評価の根拠 (判定した理由も 話し合っ て ください)</p> | <p><u>下記の事項について、自覚しているか？</u> 括弧に ○、△、× を記入 1：診断されている病気に罹患していること () 2：病気や治療が、自分に大きな影響をもたらすこと () 3：病気や症状がもたらすつらさ () 4：提案された治療への期待や不安 () 5：意思決定を求められていること ()</p> |
| <p>②評価の結果</p> | <p>下記の1～3の中から一つを番号を選択： () 1：十分、2：再評価が必要、3：不十分</p> |
| <p>③より正しく評価 するために不足 している情報や対応</p> | |
| <p>④「認識」の力を 高めるために できる支援</p> | |

－ 論理的思考

| | |
|---|--|
| <p>①評価の根拠 (判定した理由も 話し合っ て ください)</p> | <p><u>下記の事項に基づいて受ける治療を選択しようとしているか？</u> 括弧に ○、△、× を記入 1：提示された複数の選択肢の比較 () 2：一つの方針がもたらすメリットとデメリットについての考慮 () 3：選択がその後の日常生活に与える影響についての考慮 () 4：患者自身の価値観や日常生活で大切にしていること ()</p> |
| <p>②評価の結果</p> | <p>下記の1～3の中から一つを番号を選択： () 1：十分、2：再評価が必要、3：不十分</p> |
| <p>③より正しく評価 するために不足 している情報や対応</p> | |
| <p>④「論理的思考」の 力を高めるために できる支援</p> | |

- 4要素の評価を踏まえ、今後の変形性膝関節症の治療に関する楠木さんの意思決定する力を判断してください。

決定する力はあると考える (Step2 へ進む)

決定する力はないと考える (Step3/4 へ進む)

STEP 1：本人の意思決定する力を考える「表明」

| | |
|---|---|
| <p>①評価の根拠 (判定した理由も 話し合っ て ください)</p> | <p><u>下記のいずれかができるなら、ありと判断する</u> 1：自分の考えや選択を、口頭で伝える 2：自分の考えや選択を、書面やジェスチャー等で伝える 3：自分の考えや選択を、他者を介して伝達している 4：自ら決定せず、他者に選択を任せている</p> |
| <p>②評価の結果</p> | <p>下記の1～3のから一つを選択：（ ） 1：十分、2：再評価が必要、3：不十分</p> |
| <p>③より正しく評価 するために不足 している情報や対応</p> | |
| <p>④「表明」の力を 高めるために できる支援</p> | |

STEP 1：本人の意思決定する力を考える「理解」評価例

| | |
|--------------------------------------|--|
| <p>①評価の根拠 (判定した理由も話し合ってください)</p> | <p>説明を受けた下記の事項について、正しく言及／記憶しているか？ 括弧に○、△、×を記入 1：病名、病状、病期 (△) 2：推奨された検査や治療、代替案 (△) 3：それらのメリット(効果など)とデメリット(副作用など) (△)</p> |
| <p>②評価の結果</p> | <p>下記の1～3の中から一つを選択： (2) 1：十分、2：再評価が必要、3：不十分</p> |
| <p>③より正しく評価するために不足している情報や対応</p> | <p>病名・病状を本人の言葉で話してもらおう (上記1について) 「ご自分の病名や病状についてどのような説明を受けたか、教えていただいてよろしいですか？」と質問する</p> |
| <p>④「理解」の力を高めるためにできる支援</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 複数回の説明(上記1について)：部分的な誤解については、一度に情報を口頭で伝えても理解が難しいことが一因ではないかと推測される • パンフレットなど言語以外の方法(上記1、2、3について)：より理解が深まる可能性がある |

STEP 1：本人の意思決定する力を考える「認識」

| | |
|---|--|
| <p>①評価の根拠 (判定した理由も 話し合っ て ください)</p> | <p>下記の事項について、自覚しているか？ 括弧に○、△、×を記入</p> <p>1：診断されている病気に罹患していること ()</p> <p>2：病気や治療が、自分に大きな影響をもたらすこと ()</p> <p>3：病気や症状がもたらすつらさ ()</p> <p>4：提案された治療への期待や不安 ()</p> <p>5：意思決定を求められていること ()</p> |
| <p>②評価の結果</p> | <p>下記の1～3の中から一つを番号を選択： ()</p> <p>1：十分、2：再評価が必要、3：不十分</p> |
| <p>③より正しく評価 するため不足 している情報や対応</p> | |
| <p>④「認識」の力を 高めるために できる支援</p> | |

STEP 1：本人の意思決定する力を考える「論理的思考」

| | |
|---|---|
| <p>①評価の根拠 (判定した理由も 話し合っ て ください)</p> | <p>下記の事項に基づいて受ける治療を選択しようとしているか？ 括弧に ○、△、× を記入</p> <p>1：提示された複数の選択肢の比較 ()</p> <p>2：一つの方針がもたらすメリットとデメリットについての考慮 ()</p> <p>3：選択がその後の日常生活に与える影響についての考慮 ()</p> <p>4：患者自身の価値観や日常生活で大切にしていること ()</p> |
| <p>②評価の結果</p> | <p>下記の1～3のから一つを番号を選択： ()</p> <p>1：十分、2：再評価が必要、3：不十分</p> |
| <p>③より正しく評価 するため不足 している情報や対応</p> | |
| <p>④「論理的思考」の 力を高めるために できる支援</p> | |

STEP 1：本人の意思決定する力を考える

4要素の評価を踏まえ、
今後の変形性膝関節症の治療に関する
楠木さんの意思決定する力を判断してください

決定する力（はありと考える）（STEP2へ進む）

決定する力（はないと考える）（STEP3/4へ進む）

CLINICAL PRACTICE

Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment

Paul S. Appelbaum, M.D.

This Journal feature begins with a case vignette highlighting a common clinical problem. Evidence supporting various strategies is then presented, followed by a review of formal guidelines, when they exist. The article ends with the author's clinical recommendations.

A 75-year-old woman with type 2 diabetes mellitus and peripheral vascular disease is admitted with a gangrenous ulcer of the plantar aspect of her left foot. A surgical consultation results in a recommendation for a below-the-knee amputation, but the patient declines the procedure on the grounds that she has lived long enough and wants to die with her body intact. Her internist, who has known her for 15 years, is concerned that she has been increasingly confused over the past year and now appears to be depressed. How should her physician determine whether her decision is a competent one?

THE CLINICAL PROBLEM

From the Division of Law, Ethics, and Psychiatry, Department of Psychiatry, College of Physicians and Surgeons, Columbia University and New York State Psychiatric Institute, New York. Address correspondence to Dr. Appelbaum at the New York State Psychiatric Institute, Unit 122, 1051 Riverside Dr., New York, NY 10032, or at psa21@columbia.edu.

N Engl J Med 2007;357:1834-40.

Copyright © 2007 Massachusetts Medical Society.

Physicians are required by law and medical ethics to obtain the informed consent of their patients before initiating treatment.¹ Valid informed consent is premised on the disclosure of appropriate information to a competent patient who is permitted to make a voluntary choice. When patients lack the competence to make a decision about treatment, substitute decision makers must be sought. Hence, the determination of whether patients are competent is critical in striking a proper balance between respecting the autonomy of patients who are capable of making informed decisions and protecting those with cognitive impairment.

Although incompetence denotes a legal status that in principle should be determined by a court, resorting to judicial review in every case of suspected impairment of capacity would probably bring both the medical and legal systems to a halt. (The terms "competence" and "capacity" are used interchangeably in this article, since the oft-cited distinctions between them — competence is said to refer to legal judgments, and capacity to clinical ones — are not consistently reflected in either legal or medical usage.) Thus, in most situations there is good reason to continue the traditional practice of having physicians determine patients' capacity and decide when to seek substituted consent.² Indeed, statutes regarding advance directives for medical treatment generally recognize a medical determination of incapacity as the trigger for activating these directives.³ In addition, since consent obtained from an incompetent patient is invalid, physicians who do not obtain a substituted decision may be subject to claims of having treated the person without informed consent.¹ Physicians must therefore be aware that their patients may have impaired decision-making capacities, and they must be skilled at evaluating that possibility.

Patients whose competence is impaired are commonly found in medical and surgical inpatient units, and less frequently in outpatient clinics. Between 3 and 25% of requests for psychiatric consultation in hospital settings involve questions about patients' competence to make treatment-related decisions.^{4,5} In many other cases, impaired decision making in hospitalized patients may go undetected,⁶⁻⁹ even when

patients decline recommended treatment.¹⁰ One study of 302 medical inpatients with acute conditions estimated that as many as 48% were incompetent to consent to medical treatment. This group included patients with a broad array of medical conditions, but most commonly neurologic and infectious diseases. The clinical team responsible for these patients had identified only approximately one quarter of this group as being impaired.¹¹

Any diagnosis or treatment that compromises mentation may be associated with incompetence. However, since a range of severity is associated with most diagnoses, no diagnosis in which consciousness is retained is invariably predictive of incapacity. Data on the diagnostic and other clinical predictors of incapacity are derived from studies of decisions regarding both consent to receive treatment and consent to participate in clinical research. Patients with Alzheimer's disease and other dementias have high rates of incompetence with regard to such decisions; more than half of patients with mild-to-moderate dementia may have impairment, and incompetence is universal among patients with more severe dementia.¹² Stroke can affect the capacity to make decisions, depending on the location and size of the affected area of the brain.¹³ Among psychiatric disorders, schizophrenia has a stronger association with impaired capacity than depression; roughly 50% of patients hospitalized with an acute episode of schizophrenia have impairment with regard to at least one element of competence, as compared with 20 to 25% of patients admitted with depression.^{14,15} Less severe depression, treated on an outpatient basis, may not impair capacity at all.¹⁶ Patients with symptomatic bipolar disorder may have levels of impairment in decision making that are similar to those of patients with schizophrenia.¹⁷ Among psychiatric patients, lack of insight (the lack of awareness of illness and the need for treatment) has been reported to be the strongest predictor of incapacity.¹⁸

In the absence of accompanying cognitive impairment, medical conditions such as unstable angina,¹⁹ diabetes mellitus,²⁰ and human immunodeficiency virus infection²¹ have not been found to be associated with an incapacity for decision making. However, a group of outpatients with cancer had quite variable performance on competence assessments,²² with impairment in decision making correlated with older age, fewer years of education, and cognitive impairment; these data

underscore the need to be attentive to limitations in capacity in every patient group.

Intensive care units⁸ and nursing homes^{23,24} include substantial proportions of incompetent patients. Measures of neuropsychological impairment are among the strongest predictors of limited capacity,²⁵ although the specific cognitive functions that correlate most strongly with impairment in decision making vary across diagnostic groups (e.g., patterns in schizophrenia differ from those in Alzheimer's disease).^{21,26,27}

STRATEGIES AND EVIDENCE

Notwithstanding the importance of the assessment of patients' competence by physicians and the incidence of impaired capacity among patients, data suggest that the performance of capacity assessments is often suboptimal. Physicians are frequently unaware of a patient's incapacity for decision making. When incapacity is suspected, physicians may not know which standard to apply, and, as a result, their evaluations may omit mention of the relevant criteria or may not apply them specifically to decisions about treatment.²⁸ The assignment of diagnostic categories may be confused with the determination of capacity. For example, a diagnosis of dementia or a psychotic disorder may be presumed incorrectly to indicate incompetence.²⁹ Hence, the reliability of unstructured judgments of competence by physicians has been poor. In one study, five physicians reviewing videotapes of capacity assessments and rating the competence of patients achieved a rate of agreement that was no better than chance (kappa statistic, 0.14).³⁰ Although the detection of an incapacity for decision making in patients depends in part on an appropriate level of suspicion by physicians, improvement in the performance of capacity evaluations themselves requires clarification of the applicable criteria and the use of a systematic approach to assessment.

CRITERIA FOR ASSESSMENT OF DECISION-MAKING CAPACITY

Legal standards for decision-making capacity for consent to treatment vary somewhat across jurisdictions, but generally they embody the abilities to communicate a choice, to understand the relevant information, to appreciate the medical consequences of the situation, and to reason about treatment choices.³¹⁻³³ Table 1 describes these four criteria and how they are assessed.

Table 1. Legally Relevant Criteria for Decision-Making Capacity and Approaches to Assessment of the Patient.

| Criterion | Patient's Task | Physician's Assessment Approach | Questions for Clinical Assessment* | Comments |
|---|--|--|--|---|
| Communicate a choice | Clearly indicate preferred treatment option | Ask patient to indicate a treatment choice | Have you decided whether to follow your doctor's [or my] recommendation for treatment? Can you tell me what that decision is? [If no decision] What is making it hard for you to decide? | Frequent reversals of choice because of psychiatric or neurologic conditions may indicate lack of capacity |
| Understand the relevant information | Grasp the fundamental meaning of information communicated by physician | Encourage patient to paraphrase disclosed information regarding medical condition and treatment | Please tell me in your own words what your doctor [or I] told you about: The problem with your health now The recommended treatment The possible benefits and risks (or discomforts) of the treatment Any alternative treatments and their risks and benefits The risks and benefits of no treatment | Information to be understood includes nature of patient's condition, nature and purpose of proposed treatment, possible benefits and risks of that treatment, and alternative approaches (including no treatment) and their benefits and risks |
| Appreciate the situation and its consequences | Acknowledge medical condition and likely consequences of treatment options | Ask patient to describe views of medical condition, proposed treatment, and likely outcomes | What do you believe is wrong with your health now? Do you believe that you need some kind of treatment? What is treatment likely to do for you? What makes you believe it will have that effect? What do you believe will happen if you are not treated? Why do you think your doctor has [or I have] recommended this treatment? | Courts have recognized that patients who do not acknowledge their illnesses (often referred to as "lack of insight") cannot make valid decisions about treatment Delusions or pathologic levels of distortion or denial are the most common causes of impairment |
| Reason about treatment options | Engage in a rational process of manipulating the relevant information | Ask patient to compare treatment options and consequences and to offer reasons for selection of option | How did you decide to accept or reject the recommended treatment? What makes [chosen option] better than [alternative option]? | This criterion focuses on the process by which a decision is reached, not the outcome of the patient's choice, since patients have the right to make "unreasonable" choices |

* Questions are adapted from Grisso and Appelbaum.³¹ Patients' responses to these questions need not be verbal.

DETERMINING WHETHER IMPAIRMENT CONSTITUTES INCOMPETENCE

The level of impairment that renders a patient incompetent to make treatment decisions should ideally reflect a societal judgment about the appropriate balance between respecting the patient's autonomy and protecting the patient from the consequences of a bad decision.³⁴ When physicians perform competence assessments, they should attempt to strike the same balance that would result if a court in the jurisdiction decided the case. In that regard, the presumption intrinsic to a mod-

ern democracy is that the vast majority of persons are capable of making their own decisions. Hence, only patients with impairment that places them at the very bottom of the performance curve should be considered to be incompetent. In practice, the stringency of the test applied varies directly with the seriousness of the likely consequences of patients' decisions.^{2,35} Although some commentators object to this "sliding scale" approach,³⁶ it makes sense from a policy perspective, it was endorsed by the President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Be-

havioral Research,² and in the judgment of many experts, it reflects how courts actually deal with these cases.

APPROACHES TO ASSESSMENT

Given the requirement of competence for valid informed consent, the assessment of the patient's capacity to make decisions is an intrinsic aspect of every physician–patient interaction. Usually, the assessment will be implicit, since in the absence of a reason to question a patient's decision making, the presumption of competence will prevail. When an explicit competence evaluation is required, physicians should be aware of the relevant criteria and should be encouraged to use a structured approach to assessment. In one set of studies, simply providing physicians with specific legal standards to guide their judgments, similar to the criteria in Table 1, significantly increased interrater agreement (the kappa statistic for agreement increased from 0.14 to 0.46).^{30,37} Another research group found that asking physicians and nurses to use a systematic set of questions for competence assessment led to a high rate of agreement with expert judgments.³⁸ Published question sets with good face validity are readily available, and they should be used to guide clinical assessments.^{31,38} Table 1 includes sample questions.

Any physician who is aware of the relevant criteria should be able to assess a patient's competence. Indeed, treating physicians may have the advantage of greater familiarity with the patient and with available treatment options. Psychiatric consultation may be helpful in particularly complex cases or when mental illness is present. Although a simple instrument to screen patients for impaired capacity would facilitate the identification of patients who may require more detailed assessment, to date the quest for a brief neuropsychological screening instrument has not yielded consistent findings. However, the Mini-Mental State Examination (MMSE) has been found to correlate with clinical judgments of incapacity,¹¹ and it may have some use in identifying patients at the high and low ends of the range of capacity, especially among elderly persons with some degree of cognitive impairment.^{39,40} MMSE scores range from 0 to 30, with lower scores indicating decreasing cognitive function. No single cutoff score yields both high sensitivity and high specificity.

MMSE scores of less than 19 are highly likely to be associated with incompetence^{39,40}; studies vary in suggesting that scores of 23 to 26 or higher are strongly indicative of competence.^{11,38-40}

In an effort to further standardize and hence increase the reliability and validity of competence evaluations, several more formal assessment instruments have been developed. Their characteristics and psychometric properties have been described elsewhere.^{41,42} The most widely used of these instruments is the MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment, a structured interview that, unlike many other assessment instruments, incorporates information specific to a given patient's decision-making situation.⁴³ Quantitative scores are generated for all four criteria related to decision-making capacity, but evaluators must integrate the results with other data in order to reach a judgment about competence. The high interrater agreement on these scores that has been reported by a number of research groups^{11,41,44} is usually greater than that reported in studies of systematic clinical assessment.

The MacArthur test takes approximately 20 minutes to administer and score, assuming that the person who administers and scores the test has experience with the format and scoring criteria. Given the extra time associated with the use of assessment instruments, they would appear to have particular value when assessment is especially difficult or when a case is likely to be resolved in court, where the availability of systematic data collected in a standard format may be useful to a nonmedical fact finder. However, even if scores are not generated, the use of a structured instrument can help guide the clinical assessment process.

Whatever approach to assessment is used, examiners should first ensure that patients have been given the information that is relevant to making an informed decision about their treatment. Typically, such disclosure includes the nature of the patient's condition, the nature and purpose of the proposed treatment, and the risks and benefits of the proposed treatment and of alternative treatments, including the option of no treatment at all.¹ Since such disclosure cannot be presumed, either the evaluator should ask a physician responsible for the patient's care to disclose the relevant information again in the evaluator's presence or the

evaluator should undertake such disclosure. Given the possibility of fluctuations in the patient's mental state and hence his or her level of capacity, and the seriousness of depriving a patient of decision-making rights, when possible a decision that a patient is not competent should be deferred until at least two evaluations have been performed at different times. Collateral informants such as family members and nursing staff may be helpful in assessing competence. Patients should generally be informed of the purpose of the evaluation, but they need not give explicit consent for the assessment to occur.⁴⁵

CONSEQUENCES OF A FINDING OF INCOMPETENCE

If the evaluator believes that a patient is incompetent to make a treatment decision, unless the urgency of the patient's medical condition requires that a substituted decision be sought immediately, efforts should be made to identify the causes of the impairment and to remedy them. To the extent that cognition may be impaired by fever, hypoxia, uremia, sedation, and other identifiable factors, amelioration may render patients able to make their own treatment decisions. Patients with psychiatric and other disorders that directly affect cognition may benefit not only from a period of treatment but also from more intensive efforts at education, at least with regard to their understanding of relevant information.^{27,46} When fear or anxiety appears to be interfering with a patient's ability to attend to and process information, introducing a known and trusted confidant or adviser to the consent process may permit the patient to make competent judgments.

If, despite such efforts, it is clear that a patient lacks the capacity to make treatment decisions, a substitute decision maker must be sought. In emergencies, physicians can provide appropriate care under the presumption that a reasonable person would have consented to such treatment.¹ For patients with advance directives, either the treatment choice that the patient made in advance or the choice of a surrogate decision maker may be indicated.³ In the absence of an advance directive and when time is available, the recourse is usually to contact family members. Many states have statutes indicating the priority order in which family members may be approached; in general, the order is the spouse, adult children, parents, siblings, and other relatives.⁴⁷ Disagreement among

family members at the same level of priority can often be resolved by assembling the involved parties for clarification and discussion; intractable disagreement may require resolution by a court.

AREAS OF UNCERTAINTY

Notwithstanding general recognition of the criteria for decision-making capacity, there is a divergence of opinion about which criteria should be included and how they should be applied.⁴⁸⁻⁵⁰ Although the development of assessment instruments has increased the reliability of the evaluation process, the various instruments differ in their identification of patients who are impaired, raising questions as to which approach is most valid.⁵¹ There is no clear standard against which clinical determinations can be measured, although sophisticated models of expert judgment are being developed.⁵²

GUIDELINES

There are currently no formal practice guidelines from professional societies for the assessment of a patient's capacity to consent to treatment.

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

To the extent that the patient described in the vignette can clearly communicate her decisions, understands the information about her condition, appreciates the consequences of her choices (especially the likelihood of death if she forgoes amputation), and can weigh the relative risks and benefits of the options, she should be considered competent to make a treatment decision. Given the life-and-death nature of her choice, however, a relatively high level of performance with respect to the relevant criteria should be required, and the use of a structured assessment instrument may be helpful. In light of the presence of depression and mild cognitive impairment or early dementia, psychiatric consultation should be considered, although these conditions do not preclude the patient's ability to make a competent decision.

Dr. Appelbaum reports receiving fees from Professional Resource Press on sales of the MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment manual, forms, and training tape. No other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

REFERENCES

1. Berg JW, Appelbaum PS, Lidz CW, Parker L. Informed consent: legal theory and clinical practice. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2001.
2. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Making health care decisions: a report on the ethical and legal implications of informed consent in the patient-practitioner relationship. Vol. 1. Washington, DC: Government Printing Office, 1982.
3. Krohm C, Summers S. Advance health care directives: a handbook for professionals. Chicago: American Bar Association, 2002.
4. Farnsworth MG. Competency evaluations in a general hospital. *Psychosomatics* 1990;31:60-6.
5. Jourdan JB, Glickman L. Reasons for requests for evaluation of competency in a municipal general hospital. *Psychosomatics* 1991;32:413-6.
6. Fitten LJ, Waite MS. Impact of medical hospitalization on treatment decision-making capacity in the elderly. *Arch Intern Med* 1990;150:1717-21.
7. Fitten LJ, Lusky R, Hamann C. Assessing treatment decision-making capacity in elderly nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:1097-104.
8. Cohen LM, McCue JD, Green GM. Do clinical and formal assessments of the capacity of patients in the intensive care unit to make decisions agree? *Arch Intern Med* 1993;153:2481-5.
9. EtcHELLS E, Katz MR, Shuchman M, et al. Accuracy of clinical impressions and Mini-Mental State Exam scores for assessing capacity to consent to major medical treatment. *Psychosomatics* 1997;38:239-45.
10. Appelbaum PS, Roth LH. Patients who refuse treatment in medical hospitals. *JAMA* 1983;250:1296-301.
11. Raymont V, Bingley W, Buchanan A, et al. Prevalence of mental incapacity in medical inpatients and associated risk factors: cross-sectional study. *Lancet* 2004;364:1421-7.
12. Kim SYH, Karlawish JHT, Caine ED. Current state of research on decision-making competence of cognitively impaired elderly persons. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002;10:151-65.
13. White-Bateman SR, Schumacher HC, Sacco RL, Appelbaum PS. Consent for thrombolysis in acute stroke: review and future directions. *Arch Neurol* 2007;64:785-92.
14. Grisso T, Appelbaum PS. The MacArthur Treatment Competence Study. III. Abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments. *Law Hum Behav* 1995;19:149-74.
15. Vollmann J, Bauer A, Danker-Hopfe H, Helmchen H. Competence of mentally ill patients: a comparative empirical study. *Psychol Med* 2003;33:1463-71.
16. Appelbaum PS, Grisso T, Frank E, O'Donnell S, Kupfer DJ. Competence of depressed patients for consent to research. *Am J Psychiatry* 1999;156:1380-4.
17. Palmer BW, Dunn LB, Depp CA, Eyer LT, Jeste DV. Decisional capacity to consent to research among patients with bipolar disorder: comparison with schizophrenia patients and healthy subjects. *J Clin Psychiatry* 2007;68:689-96.
18. Cairns R, Maddock C, Buchanan A, et al. Prevalence and predictors of mental incapacity in psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry* 2005;187:379-85.
19. Appelbaum PS, Grisso T. Capacities of hospitalized, medically ill patients to consent to treatment. *Psychosomatics* 1997;38:119-25.
20. Palmer BW, Dunn LB, Appelbaum PS, et al. Assessment of capacity to consent to research among older persons with schizophrenia, Alzheimer disease, or diabetes mellitus: comparison of a 3-item questionnaire with a comprehensive standardized capacity instrument. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:726-33.
21. Moser DJ, Schultz SK, Arndt S, et al. Capacity to provide informed consent for participation in schizophrenia and HIV research. *Am J Psychiatry* 2002;159:1201-7.
22. Casarett DJ, Karlawish JH, Hirschman KB. Identifying ambulatory cancer patients at risk of impaired capacity to consent to research. *J Pain Symptom Manage* 2003;26:615-24.
23. Goodwin PE, Smyer MA, Lair TI. Decision-making incapacity among nursing home residents: results from the 1987 NMES survey. *Behav Sci Law* 1995;13:405-14.
24. Pruchno RA, Smyer MA, Rose MS, Hartman-Stein PE, Henderson-Larabee DL. Competence of long-term care residents to participate in decisions about their medical care: a brief, objective assessment. *Gerontologist* 1995;35:622-9.
25. Gurrera RJ, Moye J, Karel MJ, Azar AR, Armesto JC. Cognitive performance predicts treatment decisional abilities in mild to moderate dementia. *Neurology* 2006;66:1367-72.
26. Earnst KS, Marson DC, Harrell LE. Cognitive models of physicians' legal standard and personal judgments of competency in patients with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:919-27.
27. Carpenter WT Jr, Gold JM, Lahti AC, et al. Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:533-8.
28. McKinnon K, Cournos F, Stanley B. *Rivers in practice: clinicians' assessments of patients' decision-making capacity.* *Hosp Community Psychiatry* 1989;40:1159-62.
29. Markson LJ, Kern DC, Annas GJ, Glantz LH. Physician assessment of patient competence. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:1074-80.
30. Marson DC, McInturff B, Hawkins L, Bartolucci A, Harrell LE. Consistency of physician judgments of capacity to consent in mild Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:453-7.
31. Grisso T, Appelbaum PS. Assessing competence to consent to treatment: a guide for physicians and other health professionals. New York: Oxford University Press, 1998.
32. Berg JW, Appelbaum PS, Grisso T. Constructing competence: formulating standards of legal competence to make medical decisions. *Rutgers Law Rev* 1996;48:345-96.
33. Lane v. Candura, 376 N.E.2d 1232 (Mass.1978).
34. Kim SYH. When does decisional impairment become decisional incompetence? Ethical and methodological issues in capacity research in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2006;32:92-7.
35. Drane JF. The many faces of competency. *Hastings Cent Rep* 1985;15(2):17-21.
36. Culver CM, Gert B. The inadequacy of incompetence. *Milbank Q* 1990;68:619-43.
37. Marson DC, Earnst KS, Jamil F, Barolucci A, Harrell L. Consistency of physicians' legal standard and personal judgments of competency in patients with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:911-8.
38. EtcHELLS E, Darzins P, Silberfeld M, et al. Assessment of patient capacity to consent to treatment. *J Gen Intern Med* 1999;14:27-34.
39. Kim SYH, Caine ED. Utility and limits of the Mini Mental State Examination in evaluating consent capacity in Alzheimer's disease. *Psychiatr Serv* 2002;53:1322-4.
40. Karlawish JHT, Casarett DJ, James BD, Xie SX, Kim SYH. The ability of persons with Alzheimer disease (AD) to make a decision about taking an AD treatment. *Neurology* 2005;64:1514-9.
41. Dunn LB, Nowrangi MA, Palmer BW, Jeste DV, Saks ER. Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: a review of instruments. *Am J Psychiatry* 2006;163:1323-34.
42. Sturman ED. The capacity to consent to treatment and research: a review of standardized assessment tools. *Clin Psychol Rev* 2005;25:954-74.
43. Grisso T, Appelbaum PS. *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T).* Sarasota, FL: Professional Resource Press, 1998.
44. Cairns R, Maddock C, Buchanan A, et al. Reliability of mental capacity assess-

CLINICAL PRACTICE

- ments in psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry* 2005;187:372-8.
45. Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. *N Engl J Med* 1988;319:1635-8. [Erratum, *N Engl J Med* 1989;320:748.]
46. Wirshing DA, Wirshing WC, Marder SC, Liberman RP, Mintz J. Informed consent: assessment of comprehension. *Am J Psychiatry* 1998;155:1508-11.
47. ABA Commission on Law and Aging. *Surrogate consent in the absence of an advance directive*. Chicago: American Bar Association, June 2007. (Accessed October 4, 2007, at http://www.abanet.org/aging/legislativeupdates/docs/Famcon_05-07.pdf.)
48. Charland LC. Is Mr. Spock mentally competent? Competence to consent and emotion. *Philos Psychiatry Psychol* 1998;5:67-95.
49. Slobogin C. "Appreciation" as a measure of competence: some thoughts about the MacArthur group's approach. *Psychol Pub Pol Law* 1996;2:18-30.
50. Saks ER, Dunn LB, Marshall BJ, Nayak GV, Golshan S, Jeste DV. The California Scale of Appreciation: a new instrument to measure the appreciation component of capacity to consent to research. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002;10:166-74.
51. Gurrera RJ, Karel MJ, Azar AR, Moyer J. Agreement between instruments for rating treatment decisional capacity. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15:168-73.
52. Kim SYH, Appelbaum PS, Swan J, et al. Determining when impairment constitutes incapacity for informed consent in schizophrenia research. *Br J Psychiatry* 2007;191:38-43.

Copyright © 2007 Massachusetts Medical Society.

《Appelbaum 先生論文 表1の和訳》

意思決定能力の基準と患者を評価するためのアプローチ

1) 【基準】選択を“表明”する

【患者が行う内容】

自分が希望する治療の選択肢を明示する

【評価するためのアプローチ】

患者に治療の選択肢を述べてもらう

【評価するための質問】

- ・主治医(または私)から勧められた治療を受けるかどうか決めましたか？
- ・その決めた内容を私に教えてくださいませんか？
- ・まだ決めていなければ、なぜ決めることが難しいのでしょうか？

【注釈】

精神状態や神経学的病状による頻回の異なる治療の選択が、能力欠如を示すことになるかもしれない

2) 【基準】関連する情報を“理解”する

【患者が行う内容】

医療福祉従事者が伝えた情報の基本的意義を把握している

【評価するためのアプローチ】

病状や治療に関して示された情報を患者におうむ返ししてもらう

【評価するための質問】

以下の項目について、主治医(または私)があなたに言った内容をあなたの言葉で私に教えてください

- ・あなたの今の健康状態の問題
- ・勧められた治療
 - ・その治療により起こりうる利益と不利益
 - ・他の代替治療とそれらの不利益と利益
 - ・無治療の不利益と利益

【注釈】

理解された情報は以下の内容を含む：

自分の病状、提案された治療の内容と目的、その治療により起こりうる利益と不利益、そして(無治療を含めた)代替治療、およびその利益と不利益

3) 【基準】状況とその結果を“認識”する

【患者が行う内容】

病状および治療の選択肢により起こりうる結果を認める

【評価するためのアプローチ】

病状や提案された治療、そして起こりうる結果に対する考え方を述べてもらう

【評価するための質問】

- ・あなたの今の健康状態のどこが悪いとお考えでしょうか？
- ・何らかの治療が必要だとお考えですか？
- ・あなたに適した治療は何でしょうか？
- ・その治療はあなたにどのような効果をもたらすとお考えですか？
- ・もし治療を行わなかったら、どんなことが起こると考えますか？
- ・なぜ主治医(または私)はこの治療を勧めたと思いますか？

【注釈】

自分の病気を認めない患者(「病識の欠如」と呼ばれる)は、治療に関する有効な決定は不可能であると考えられる

妄想、認知の歪みや否認は、治療を決定する能力を障害する最も一般的な原因である

4) **【基準】**治療の選択肢について“**論理的思考**”する

【患者が行う内容】

関連する情報を合理的に処理する

【評価するためのアプローチ】

治療の選択肢とそれぞれの結果を比較して、その選択肢に決めた理由を説明してもらう

【評価するための質問】

- ・どのようにして勧められた治療を受ける/拒否することにしたのですか？
- ・なぜ選択した方針が他の選択肢より良いと思われたのですか？

【注釈】

患者は医療従事者からみて「不合理な」選択を行う権利を有しており、患者が行った選択の結果ではなく、決定に到達するまでの思考過程を重視する

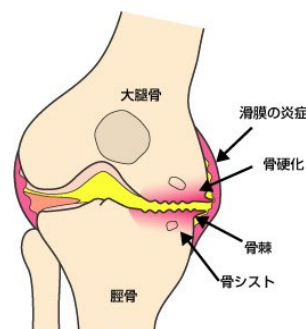
なお**【評価するための質問】**は、Grisso and Appelbaum.³¹の論文から引用している
この質問に対する患者の返答は口頭である必要はない

参照文献:(テキスト p69)

Appelbaum PS. Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment. N Engl J Med 2007;357:1834-40 Table 1. Legally Relevant Criteria for Decision-Making Capacity and Approaches to Assessment of the Patient.

1. 正常な膝の仕組み

膝は大腿骨（太もも）と脛骨（すね）と膝蓋骨（膝のお皿）の3つの骨により構成されています。体重を支えるために大腿骨と脛骨は軟骨や半月板などを介してがっちりと接しています。またこれらの骨を靭帯が支え、安定した膝関節が成り立っています。

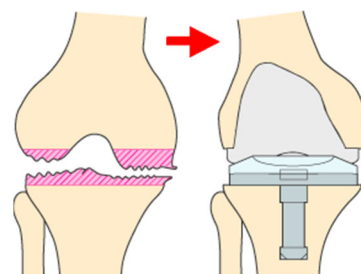


2. 変形性膝関節症とは

世界的な高齢化で変形性膝関節症患者は増加しています。膝のスムーズな動きを保つには、骨の表面にあり、骨と骨との摩擦を軽くし、運動中の衝撃を吸収する軟骨や半月板が重要な役割を担っています。それらが長年の荷重によってすり減り、関節の炎症を起こし、痛みがおきる状態を変形性膝関節症と言います。進行していくと関節が変形して膝がO脚またはX脚となってきます。

3. 主な症状

- ①膝の痛み：膝を曲げると痛い：立ち座りが痛い、階段の上り下りが痛い、足をつくると痛いなど
- ②膝の動く範囲が少なくなる：膝がまっすぐ伸びない、膝が曲がりづらい。
- ③動揺する、安定しない



4. 人工膝関節形成術

傷んでしまった膝の表面の軟骨を切り取り、膝の変形を治し、人工物でできている人工関節をかぶせる手術のことです。イメージとしては虫歯の治療のように悪いところを削り、銀歯をかぶせることを想像してもらえば良いかもしれません。膝がとても痛くて薬の治療などでよくならない60歳以上の方に適応があります。またリウマチの患者さんにも行います。膝や他の部位が化膿している方や、虫歯がある方には人工関節手術ができません

5. 人工膝関節手術を受けると

- ・手術により痛みが軽くなり膝の変形が治ります。
- ・痛みが軽くなり変形が治ることで快適な日常生活を送ることを目標にしています。
- ・2割ぐらいの方では完全に痛みを取り切ることにはできません。
- ・手術後の膝の曲がり、手術前の状態にもよりますが110-130°程度で、正座するのは難しくなることが多いです。椅子中心の日常生活に慣れていただくことになります。
- ・膝に過度の負荷重さがかかる作業は控えることが望ましいです。

6. 手術後心配なこと

- ① 膝の曲がり：術後の膝の曲がり、個人差はありますがおよそ110-130°の程度です。
- ② 痛み：手術直後は多少痛みがありますが、リハビリテーションで良くなることが多いです。
- ③ 違和感：大きな人工関節が入るので手術後3ヶ月くらいは痛み、違和感、熱感がありますが傷が治り膝が柔らかくなることにより自然にしだいに軽くなって馴染んでいきます。
- ④ 深部静脈血栓症：足の静脈に血栓という血の塊ができる合併症です。重度の場合は肺に血栓が飛んで肺塞栓になり、呼吸が苦しくなったり場合によっては死亡に至る重症な合併症を引き起こすことがあります。日本人では約5割程度にこの深部静脈血栓症が起こりうると言われていています。手術後フットポンプというマッサージ機を利用して血の巡りを良くして予防を行っています。万が一起こった場合は専門の心臓血管外科医に治療していただきます。
- ⑤ 関節の緩み：人工関節は長い年月が経つと骨との間に緩みが生じることがありますこれが人工関節の最も大きな問題で現在の全ての人工関節はいつかは緩みが発生する危険性があります。8年で1%、18年で5.3%が再手術を受けたという報告もあります。

STEP 2

本人の意思の確認ができる場合の進め方

E-FIELD

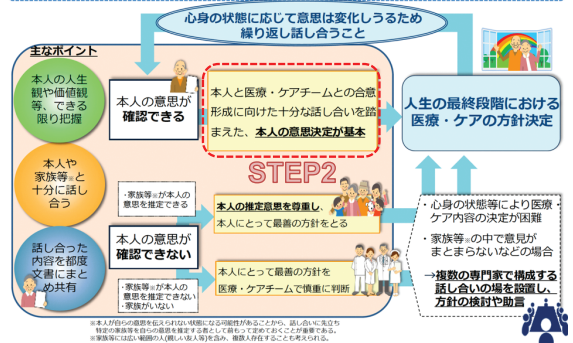
Education For Implementing End-of-Life Discussion

STEP2
本人の意思の確認が
できる場合の進め方

Education For Implementing End-of-Life Discussion

「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。

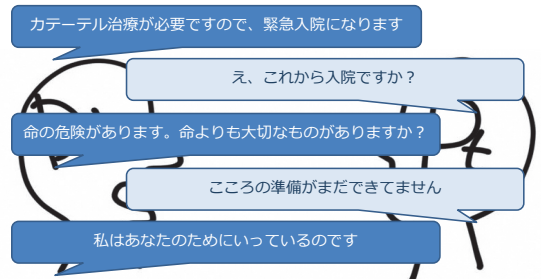


学習目標

- インフォームド・コンセントの主体は「本人であること」を理解する
- 本人の意向を知り、本人にとっての最善の選択のための対話ができる

Education For Implementing End-of-Life Discussion

どこが問題でしょうか？



Education For Implementing End-of-Life Discussion

ありがちな失敗

拒否されないことを前提とした一方的な説得

- たとえ医学的に正しくても、本人の理解やこころの準備を無視した一方的な説得は、インフォームド・コンセントではない
- 特に「本人に良かれと思ってやっている」態度は一方的な説得であることに気づきにくい
- 本来、インフォームド・コンセントは患者本人が決めることである

Education For Implementing End-of-Life Discussion

インフォームド・コンセントとは？

- 患者本人が
- 自身に行われる医療行為について
- 医療者から目的や内容についての十分な説明を受け
- その内容を適切に理解したうえで、
- 自身の意思で口頭もしくは文書で同意（もしくは拒否）すること

Education For Implementing End-of-Life Discussion

以下に関する十分な説明

- ・ 今の状況と今後の見通し
- ・ 想定される選択肢
- ・ 各選択肢がもたらす利益・不利益
- ・ 専門的推奨

説明内容の十分な理解

提案に対する同意、拒否、あるいは選択

インフォームド・コンセントは患者本人が主体である

Education For Implementing End-of-Life Discussion

どこが問題でしょうか？

Aという方法と、Bという方法があります。Aの方が治療効果が比較的大きいですが重大な副作用の懸念があります

どちらのほうが私にとってはよいのでしょうか？

私の話は可能性の話なので、結果についてはわかりません

やはりAの治療を受けたほうがいいのでしょうか？

患者の権利を尊重したいので、あなた自身で決めていただきます

Education For Implementing End-of-Life Discussion

ありがちな失敗

本人の権利の尊重だけを重視

- 患者本人が主体という意味ではインフォームド・コンセントといえる
- しかし、医療者は「本人の権利の尊重」を重視するあまり、求められている医療者の考えを伝える対話できていない
- 本人が必要とするときは、対話の中で医療者の推奨を伝えることが望ましい（推奨理由も伝えると本人は決断しやすい

Education For Implementing End-of-Life Discussion

十分な話し合いを踏まえた本人の意思決定

- 本人にとっての最善に基づく決断を行うためには、互いに説明し理解したうえで納得できるまで繰り返し話し合うことが望ましい
- すなわち、「インフォームドコンセントの場面で、ともに考えていく」という態度が推奨される

Emanuel J, JAMA. 1992, Childress JF, AMA J Ethics. 2020.

Education For Implementing End-of-Life Discussion

合意形成に向けた話し合いのすすめ方

医療・ケアの専門家として本人に説明 → 理解

理解 ← 自分自身の専門家として医療・ケアチームに説明

繰り返し

本人にとって何が最善な選択かについての合意

Education For Implementing End-of-Life Discussion

合意形成にあたり本人に理解してもらう医療のこと

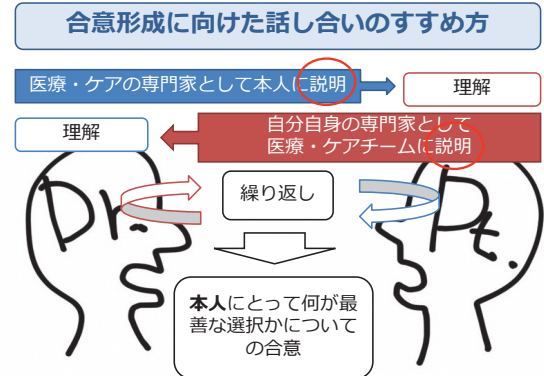
- 現在の病状と予想される予後（見通し）
- 選択肢に挙がる全ての医療・ケアの内容
- 選択肢ごとのメリットとデメリット
- その医療・ケアを受ける／受けないとどうなるか
- 専門家としての意見や推奨
- 選択肢の予想されるデメリットに対して医療者ができること

Education For Implementing End-of-Life Discussion

合意形成にあたり 医療・ケアチームが理解すべき本人のこと

- 優先したいこと／避けたいことは何か？
- どうなりたいか／受け入れ難いことは何か？
- 誰と相談したいか／誰に知られたくないか？
- 病気や医療が生活にどのような影響を与えそうか？
- 医療・ケアに何を期待しているか？
- その医療・ケアを遵守できそうか？

Education For Implementing End-of-Life Discussion

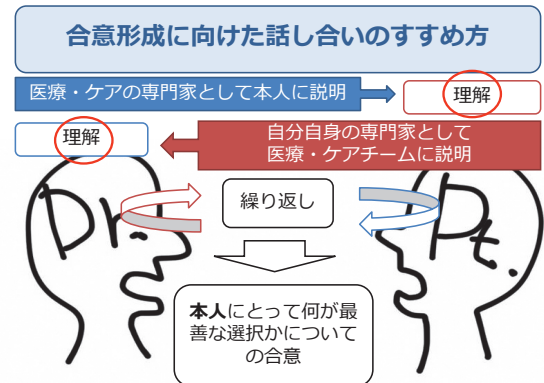


Education For Implementing End-of-Life Discussion

「説明」のステップで目指すこと

- 医学的情報の網羅ではなく、対話の中で、患者が何を知りたいのか・心配事は何かを知った上で説明をしていく
- 医療者の思惑で偏った情報を提供しない
- 必要なら専門家としての意見や推奨を伝えることをためらわない
- 本人が自身のことを説明しやすい、そして質問しやすいようできるだけ配慮をする

Education For Implementing End-of-Life Discussion

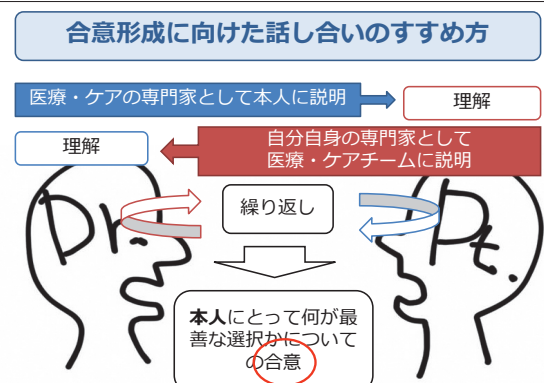


Education For Implementing End-of-Life Discussion

「理解」のステップで目指すこと

- 本人が偏った情報や他者に影響されず、バランスよく理解していることを確認する
- 本人の「わかりました」という発言のみで理解したと思いつままない
 - 例：「あなたの言葉で、私が説明したことをもう一度教えてくださいませんか」
 - 「私があなただけで理解したことを今一度確認させてください。〇〇ですね」

Education For Implementing End-of-Life Discussion



Education For Implementing End-of-Life Discussion

「合意」のステップで目指すこと

- 本人の価値観を最大限尊重する
- 本人も医療者も納得できるまで繰り返し話し合う
- こころの揺れ（判断に迷うこと）を受け入れ、相談すべき人と相談できるよう配慮する
- 本人が医療者の推奨と異なる最終判断をしてもその選択をしっかりサポートする

Education For Implementing End-of-Life Discussion

本人が治療を拒否した場合

- その選択でもし死期が早まったとしても、本人には治療を拒否する権利がある
- ただし医療者は「本人の選択」と「医学的な常識」がかけ離れていると感じたら話し合いを続けるべき
- 宗教に基づく信念は強固であり尊重すべきだが、最初から話し合いが不可能と決めつけるべきでない

Education For Implementing End-of-Life Discussion

どこが問題でしょうか？

Nさん、今回はA1c 7.6になりましたね。良くなっていますよ

そうですか。うれしいです。ありがとうございます

でもまだ目標の7.0には足りないので、さらにならばりましょう

はい、わかりました

お薬は引き続き服用してください。また、1時間程度の散歩を取り入れてみると思いますよ

そうですね、やってみます

Education For Implementing End-of-Life Discussion

ありがちな失敗

スムーズに流れる対話に満足してしまう

- 会話がスムーズに流れていると、医療者は本人が同意していると思いがち
- 医療者への遠慮や恐れから、反論や本当の気持ちを言えずにいるかもしれない（Nさんは本心ではこれ以上頑張れないと思っているかも…）

Education For Implementing End-of-Life Discussion

対立があるところには対話がある。
対立がないところには支配がある。

「医学的に正しいこと」と「本人にとっての最善」

- 「医学的に正しいこと」が「本人にとって最善」とは限らない
- 「医学的に最善でない」ことが必ずしも「本人にとって不利益」とは限らない
- 「本人の選好」=「本人にとって最善の選択肢」では必ずしもない

Education For Implementing End-of-Life Discussion

医療者は患者本人のことに對して素人

- 医療者は患者本人について「何もわかっていない」というスタンスが必要
- 患者自身の専門家である本人から、最善な選択を判断していくための情報を教えてもらう

Education For Implementing End-of-Life Discussion 

まとめ

- 本人と医療者がくりかえし話し合い、互いに説明し理解したうえで意思決定する
- とともに考えるためには医療者が本人の人生観や価値観を理解・共感することが大切である
- 医学的には推奨されない選択でも本人にとって最善の選択のことがある
- 人生の最終段階の医療では「どうしてもしてほしくないこと」を尊重する

Education For Implementing End-of-Life Discussion 

グループワーク

- 動画を視聴（7分）
- 施設単位での話し合い（10分）
- ワークシートにそって話し合う
- 全体共有（5分）

Education For Implementing End-of-Life Discussion 

追加の話し合い：設定

- 看護師の情報を受け、主治医は楠木さんと再度話し合う機会をもち、理解や認識を確認しながら情報提供を行った。また、**生活や考え方を十分に聞いて、今後どのように治療を進めるのがよいかを話し合う**必要性を感じた。しかしながら、外来が忙しく十分な時間をとることができないため、あなたに楠木さんとの話し合いを依頼することにした。

Education For Implementing End-of-Life Discussion 

追加の話し合いの目的

- 医療者が楠木さんの生活や考え方を十分に聞き、理解すること
- そのうえで、今後どのように治療を進めるのがよいかを話し合うこと

Education For Implementing End-of-Life Discussion 

Step 2:グループワーク

- 話し合いを視聴（7分）
- 施設単位で話し合い（10分）
 - 更に本人の価値観を知るためにはどのような言葉がけをしたら良いでしょうか？本人と医療者が相互に何を伝えるべきか、何を知るべきかという観点から具体的なセリフを書き出して下さい

Education For Implementing End-of-Life Discussion 

グループワーク

- 話し合いを視聴（7分）
- それではグループワークを始めてください
- 施設単位で話し合い（10分）
 - －ワークシートにそって話し合う
 - －シナリオは配布資料にあります

事務局へ: プレイク・アウトルームを開始してください

Step2 : 合意形成のために本人と話し合う

【場面】

看護師の情報を受け主治医は楠木さんの生活や考え方を十分に聞いて、今後どのように治療を進めるのがよいかを話し合う必要を感じた。しかしながら外来が忙しく十分な時間をとることができないため、自分の同僚に楠木さんとの話し合いを依頼することにした。

【楠木さんの背景情報】

楠木さん 84 歳男性

現在妻と二人暮らし

若い頃は建築会社でサラリーマンとして働いていた

専門は建築で二級建築士の資格をもつ

若い時からプロジェクトの責任者を任されることが多く、そのことを自負している

今の楽しみはテレビを見ること

読書も好きで、分野は様々だが歴史ものが好き

庭いじりをするのが楽しみだったが、庭いじりが難しくなってからは盆栽を手入れしていた

この3か月は膝の痛みのため盆栽の手入れも難しい

とにかく痛みがなく身の回りのことを自分でやりたい

自分自身のことを自分で決めて行動することが大切

人の世話にはなりたくないという思いが強い

ここ3か月は、妻に介護の負担をかけており、妻の体調を心配している

嫁は協力的だが、嫁やホームヘルプの支援なしで何とかならないかと考えている

盆栽の手入れもろくにできないことが気になっている

痛み止めはあまり効果的でなかった経緯から、薬を変更しても期待が薄いと感
じている

必ずしも痛みが良くなるのに、手術がうまくいかなかった場合の結果が重
大で迷っている

死ぬのは怖くないと思っていたがこの膝の手術をして急に血の塊ができて突然
死んでしまうかもしれないと考えると心の準備ができていないため不安が強
くなってしまっている

上月「楠木さんこんにちは、私は医師の上月といいます。申し訳ないのですが主治医の田中が手が離せないものですから、今日は私が今後の治療について楠木さんと時間をかけてお話できればと思います。」

楠木「そうですか、おねがいします。」

上月「楠木さん、田中先生からは病気のことどう聞いていらっしゃるんですか？もしよろしければ、楠木さんのお言葉で教えていただけますか？」

楠木「うん、とにかくこっこの膝が痛くてあれ、変形関節症？変形性関節症っていわれています。薬で様子見るか手術か。で、結局手術が必要だって。でも手術すると肺に血の塊が飛んで苦しくなるかもしれないって、苦しいんでしょう？それは困るなあ。」

上月「変形性関節症って言われてるんですよね。田中先生は手術が必要っていつてましたか？」

楠木「うーん、なんだかいろいろってたけど、結局そういう話だったんじゃないかな。」

上月「

「そのようなお話だったんですね。それを聞いて、どういった治療がよいと思われましたか？」

楠木「うーん、よく分からないんで、先生方におまかせしますよ。」

上月「わかりました。では楠木さんにとって一番良い方法を考えたいので、楠木さんのお話をもう少し詳しく聞かせていただけますか？」

楠木「ええ。」

上月「まず、今一番お困りのことはなんですか？」

楠木「それはやっぱり痛いことだよ。とにかくね、痛いのが楽になったらいいなあってそれだけだよ。」

上月「そうですよね。お薬飲んでも痛みがつかうかがっています。痛みのせいで特に困っていることは何ですか？」

楠木「動けないことだね。お手洗いひとついけないんですよ。」

上月「お手洗いに行くのも難しいんですね。」

楠木「情けない・・・」

上月「・・・」

楠木「一人で普通にトイレまでさっと行けるようになりたいよ。」

上月「治療して、トイレまで一人で行けるようになることが目標のひとつでしょうか。」

楠木「そうだね。自分のことくらいは自分でできないと情けなくて。」

上月「自分の身の回りのことをご自分でできるということが大切なんですね。」

楠木「そうそう。家族にも迷惑かからないし。」

上月「さっき楠木さんがおっしゃっていた手術のこと、僕もう一回説明してもいいですか？」

楠木「お願いします」

上月「まずは誤解を解いて置かなければ行けないんですけど、田中先生も、僕も、『手術

をするのがおすすめ』とは思っていません。簡単に言うと、5分5分の気持ちなんです。」
「今の薬をもう少し調節して、車椅子とか、歩行器を使いながらなんとか自分で身の回りのことをできるように調整して家で過ごす、というのが一つの方法。リハビリの人にも関わってもらって、調整していけばもう少し動きやすくなると思うんですよ」「もう一つが、手術すること、ですね。楠木さん肺に血の塊が詰まるのが心配しておっしゃってましたよね・・・」
楠木「あの先生脅かすから・・・。心臓悪いから出来やすいって、死ぬかも知れないって、苦しいんですよ。」

上月「はい、たしかにその危険はありますけれども、しっかり予防しますし、もちろんそうなる人は少ないんですよ。割合として5%以下ですし、命に関わるのは2%以下つまり50人に1人以下だと思います。」

楠木「そうなの」

上月「それよりも楠木さん、僕たちは手術しても痛いのが良くなる可能性が2割位あるから、そうならないかがむしろ心配なんです。手術して、寝ている時間が増えるから、痛みが良くならなければかえって寝たきりになる可能性があるんじゃないかって、、、」

楠木「それは怖いなあ、寝たきりは困ります。」

上月「そうですよね。身の回りのことをご自分でできることが大切なんですもんね。」

上月「楠木さんが大切にしていることがよくわかりました。」「もう一回治療のことをまとめると、1)今の薬をもう少し調節して、車椅子とか、歩行器を使いながらなんとか自分で身の回りのことをできるように調整して家で過ごす、リハビリの人にも関わってもらって、もう少し動きやすくなる工夫をする。2)膝の人工関節の手術をする。可能性としてご心配になっていた命に関わる肺血栓を起こす危険性が2%以下ですがあるのと、手術をしても痛みが良くなる可能性が2割程度あります。この場合も、薬の工夫をしたり、リハの人に入ってもらうことができます。」「ここまでのお話で何かご質問はありますか？」

Step 2. ワークシート

更に本人の価値観を知るためには、どのような言葉がけをしたら良いでしょうか？

本人と医療者が相互に何を伝えるべきか、何を知るべきかという観点から具体的なセリフを書き出してください

例) ・楠木さんの「治療を受けた上でどのような生活を送りたいか」を尋ねる質問

・楠木さんの「こんな生活になることは避けたい」と考えていることを知るための質問

(本人のセリフのあとに、「どうしてそう思うのですか？」と追加で尋ねると会話が深まる)

・楠木さんが治療の選択をしやすくするための追加情報をどう伝えるか

| 合意形成にあたり 医療・ケアチームが理解すべき本人のこと | 合意形成にあたり 本人に理解してもらう医療のこと |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">● 優先したいこと／避けたいことは何か？● どうなりたいか／受け入れ難いことは何か？● 誰と相談したいか／誰に知られたくないか？● 病気や医療が生活にどのような影響を与えそうか？● 医療・ケアに何を期待しているか？● その医療・ケアを遵守できそうか？ <p style="text-align: right;"><small>Education For Implementing End-of-Life Discussion</small></p> | <ul style="list-style-type: none">● 現在の病状と予想される予後（見通し）● 選択肢に挙がる全ての医療・ケアの内容● 選択肢ごとのメリットとデメリット● その医療・ケアを受ける／受けないとどうなるか● 専門家としての意見や推奨● 選択肢の予想されるデメリットに対して医療者ができること <p style="text-align: right;"><small>Education For Implementing End-of-Life Discussion</small></p> |

医療者の具体的なセリフ

- ・「」

- ・「」

- ・「」

- ・「」

- ・「」

- ・「」

- ・「」

STEP 3

本人の意思を推定する

E-FIELD

Education For Implementing End-of-Life Discussion

STEP3

「本人の意思を推定する」

Education For Implementing End-of-Life Discussion

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本人の意思を推定できる場合に、本人の推定意思を尊重するための方法を具体的に説明できる
- 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

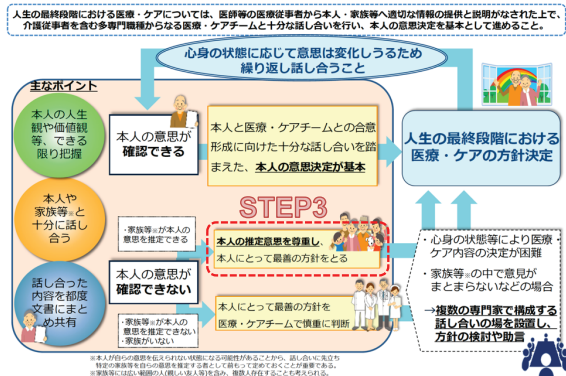
Education For Implementing End-of-Life Discussion

学習目標

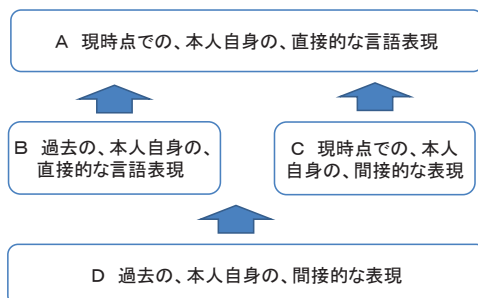
- 家族等が誰を指すものかを説明できる
- 家族等が本人の意向をより確かに推定できるように支援することができる
- 本人にとっての最善を考えるために、本人が固有に持つ価値観、人生観に関する情報を得ておくことの重要性を理解する

Education For Implementing End-of-Life Discussion

「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）



意思を推定する



Education For Implementing End-of-Life Discussion

意思を推定する際の「明らかなさ」と「妥当性」

| | 明らかなさ | 妥当性 |
|----------------------|----------|-----------|
| A 現時点での、本人の、直接的な言語表現 | 明らかな | 高いと考えられる |
| B 過去の、本人の、直接的な言語表現 | 明らかな | 必ずしも高くない |
| C 現時点での、本人の、間接的な表現 | 明らかなではない | 高いこともしばしば |
| D 過去の、本人の、間接的な表現 | 明らかなではない | 高くない |

あくまでも相対的な査定であり、Aが必ず採択されるというものではない

Education For Implementing End-of-Life Discussion

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もっとも強い根拠
 - しかしながら病状認識が違っていれば妥当性が高いとは言い切れない
- 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

Education For Implementing End-of-Life Discussion

B.過去の、本人の、直接的な言語表現

- Advance Care Planning
- 明記されたAdvance Directive
- メモや録音記録
- かかりつけ医の証言（やや間接的）
- 家族の証言（やや間接的）

Education For Implementing End-of-Life Discussion

C.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
 - 身体拘束
 - 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

Education For Implementing End-of-Life Discussion

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

Education For Implementing End-of-Life Discussion

本人の意思を推定する際の注意点

- A.現時点での、本人の、直接的な言語表現
 - 病状認識が違っていれば妥当性が高いとは言い切れない
- B.過去の、本人の、直接的な言語表現
 - その発言の際の病状と今の経過は予想通りの経過か
- C.現時点での、本人の、間接的な表現
 - 本人のどのような想いを反映した表現か、その根拠は
- D.過去の、本人の、間接的な表現
 - その内容が今でも本人の意向と合致しているか

本人の背景とナラティブを理解することで
推定された意思が確証的になる

Education For Implementing End-of-Life Discussion

本人の背景とナラティブ（人生の物語）

- 固有の人生観・価値観・死生観
- 人間関係
 - 家族との関係
 - 友人や、近隣との関係
- 文化的背景
 - 信仰
 - 伝統や家族内、地域内での慣習
- 経済状態
 - 介護保険、年金
 - 生活の継続に対する不安
- 医療・ケアに対する見解
 - 医療・ケアに対する期待
 - 診療アドヒアランス※

※診療アドヒアランス：
患者が積極的に治療・ケアの方針決定に参加し、その決定に従って自ら行動すること

Education For Implementing End-of-Life Discussion

家族の声：本人の最善利益の 査定において家族がもつ2つの役割

- 本人の声を代弁するもの
 - 「ご本人は、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？」

Education For Implementing End-of-Life Discussion 

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も考えられます（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」

Education For Implementing End-of-Life Discussion 

家族であるために重要なこと とても重要と回答した割合

- 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%
- 経済的なつながりがある 26.1%

(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」
家族の要件に関する妻の意識

Education For Implementing End-of-Life Discussion 

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
 - 「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
 - 本人の背景とナラティブを知ることが重要である
 - 「家族等」は本人の意思を推定し、代弁する役割がある

Education For Implementing End-of-Life Discussion 

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

E-FIELD

Education For Implementing End-of-Life Discussion

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」

Education For Implementing End-of-Life Discussion

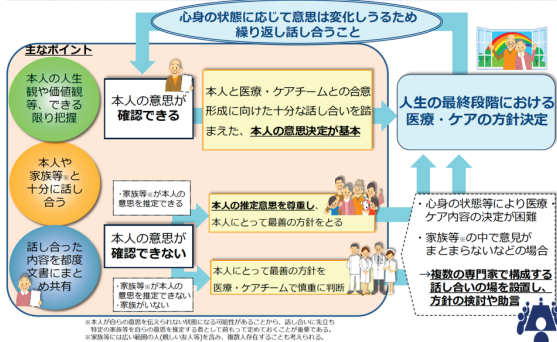
学習目標

- 意思決定に関する推奨または提案を行う上での根拠（理由）について整理することができる
- 臨床倫理の4分割法を使用する意義を理解し、情報整理に活用できる
- 異なる職種や立場をもつ者の視点や価値を尊重しつつ、合意形成を行うことができる
- 本人にとっての最善の利益となる医療・ケアを導き出すことができる

Education For Implementing End-of-Life Discussion

「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。



臨床倫理の目指すところ

- 患者・家族と医療・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、患者・家族の意向を踏まえて、医療・ケアチームでよく話し合うことが必要
- そうした話し合いのプロセスを支援するためのツールの開発・提供
 - 四分割表 (Jonsen)
 - 臨床倫理検討シート (清水哲郎) など

Education For Implementing End-of-Life Discussion

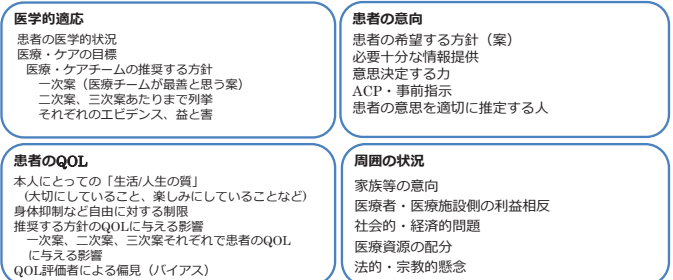
Jonsenらの4分割法 (The Four Topics Chart)

| | |
|--|---|
| 医学的適応 Medical Indications (与益 & 無危害原則に関連) | 患者の意向 (選好) Preferences of Patients (自律尊重原則に関連) |
| QOL (本人にとっての生活/人生の質) Quality of Life (与益 & 無危害および自律尊重原則に関連) | 周囲の状況 Contextual Features (公正原則に関連) |

4つの枠に何か入れること。2つ以上の枠に入れても可。わからなければ周囲の状況の「その他」に入れる。

Jonsen AR, et al. Clinical Ethics 9th edition, 2021および同5版翻訳版 (赤林ら, 2006) 参照
Education For Implementing End-of-Life Discussion

臨床倫理の4分割表



多職種で、お互いの考えを尊重しながら「本人にとっての最善」を探索

Jonsen AR, et al. Clinical Ethics 9th edition, 2021・清水を参照し作成

Education For Implementing End-of-Life Discussion

「医学的適応」についての具体的問い

- 患者の医学的状況
 - 4分割表とは別に詳細な症例提示のプリントがあることが望ましい
- 医療・ケアの目標は何か？
 - 治癒、QOL維持・向上、健康増進、予防、できるだけ長く生きる、低下した機能の維持・向上、教育・相談、害の回避、苦痛緩和・支持療法等
- 医療・ケアチームの推奨する方針の益と害を比較検討
 - 列挙された方針それぞれについて、それによって得られる利益と、それに伴う害を列挙

「患者の意向（選好）」についての具体的問い

- 患者の希望する方針（案）は何か
- 必要十分な情報提供がなされたうえでの表明か
- 意思決定する力に問題はないか？
- 本人のACP・事前指示との整合性は？
- 患者の意思を適切に推定する人は誰か？

「QOL」についての具体的問い

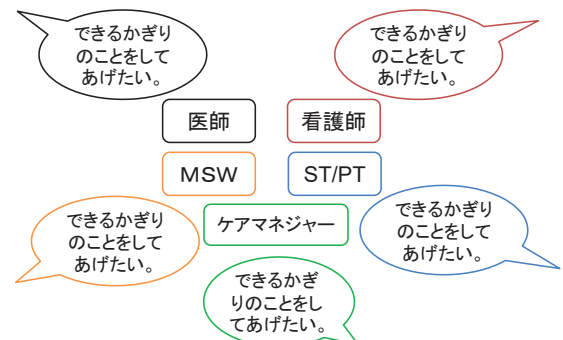
- 本人にとっての「生活/人生の質」についての情報
 - 大切にしていること、楽しみにしていることなど
- 身体抑制など自由に対する制限の状況を検討する
- 推奨する方針のQOLに与える影響について比較・検討する
 - 一次案、二次案、三次案それぞれで患者のQOLに与える影響を比較する
- QOL評価者による偏見（バイアス）がないかの確認

「周囲の状況」についての具体的問い

- 家族等の意向は何か？
 - 本人の意向、医療・ケアスタッフの推奨と合致しているか？
 - 家族等の中での対立はないか？
- 患者の治療に関して、医療者・医療施設側に利益相反はないか？
 - 個々の職業倫理観、他職種間関係など
- 経済的問題はないか？
 - 医療・ケアを実施する際の経済的問題はあるか？
- 社会的問題はないか？
 - 医療・ケアを実施する際の経済的問題はあるか？
- 医療資源の配分に関連した問題はないか？
 - 実現可能な範囲の方針・要求かを確認
- 法的・宗教的懸念
 - 医療・ケアを実施する際の法的・宗教的懸念はあるか？（自殺ほう助、殺人罪との関連、宗教的輸血拒否など）

本人にとって最善の方針について合意する

- 各職種の視点を考慮する
- 「本人にとっての最善」を中心に話を進める
- 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



各職種の視点（職種別に抱く価値）

職種により何を大切にケアをするかが異なる

- 病院医師：『命を延ばす』事を重視する傾向が強い
- 在宅医：『本人・家族の希望』を優先する傾向
- 看護師：『安全』を重視する傾向がある
- 医師・看護師は父権的傾向が強い傾向にある
- 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：患者の意思を代弁すること自体が仕事で、調整役。患者の自律を重んじる傾向がある

共通点は『本人の利益』を願っていること

Education For Implementing End-of-Life Discussion

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

Education For Implementing End-of-Life Discussion

多職種の視点を合意形成に 反映するための問いかけの一例

- 「このケースにおいて、医療・ケアチームとして『経腸栄養を中止する（あるいは、継続する）』ことを提案するとしたとき、皆さんはそれぞれの立場でどのようなことが懸念、あるいは心配されますか？」
- 「では、今出された懸念材料を最小にするにはどうしたらよいでしょうか？」

Education For Implementing End-of-Life Discussion

コンセンサス形成

- コンセンサスは医療者間におけるコンセンサスであることを意識し、実際の選択はその後の医療チームと患者側の対話によることを理解する
- 「患者にとっての最善」を常に意識する
- 「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
- 患者に関する事実認識が共通しているかを再確認する
- 関係者で最低限共有されている価値観を見出す

脚増他、Modern Physician 2016;36:411-4

Education For Implementing End-of-Life Discussion

方針を提示するときに 配慮すべきこと

- 医療・ケアチームから本人、家族等、関係者（当事者）に医療・ケアの方針について提案する場合は、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当事者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

Education For Implementing End-of-Life Discussion

2-(2)-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、本人にとっての 最善の方針をとることを基本とする。」

1. 「家族等」以外に、患者の意思を推定できる人をさらに探す（本人と個人的に親しく、本当にその人格を理解し、親身に本人にとっての最善を考えている人を探す必要あり）
2. 1がうまくいかない場合は、『疑わしきは生命の利益に』をモットーに、改善の可能性、治療の侵襲性、本人の痛みや苦痛、尊厳（ガイドライン解説編 p 1）を考慮し、医療・ケアチームで本人にとって最善の方針について合意を図る
3. 上記 1, 2 で診療方針について合意に至らない場合、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、医療・ケア行為の開始・不開始・変更・中止方針を含む診療方針についての慎重に検討する

Education For Implementing End-of-Life Discussion

まとめ：共通の立場（common ground） を見つけ合意を形成

- 話し合いに参加している人々が他の参加者の見解や議論を理解できるよう努める
 - 意見の背景になる価値観、経験、態度、法的制約、施設の方針、経済的制約等の理解も含む
- すべての個別見解が考慮され、偏りを排除し参加者全員が合意できる提案を目指す

Brinbacher D. Teaching clinical medical ethics. *The Cambridge medical Ethics Workbook 2nd ed.* Cambridge University Press, 2010, p218.

Education For Implementing End-of-Life Discussion 

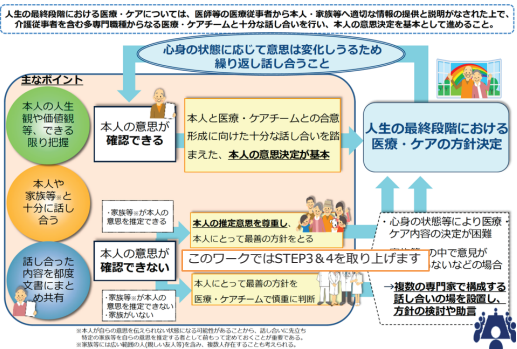
E-FIELD

Education For Implementing End-of-Life Discussion

Step 3 & 4
グループワーク

Education For Implementing End-of-Life Discussion

「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）



グループワーク

- 本人の意思が確認できず家族等が本人の意思を確認できない場合
→本人にとっての最善の方針について検討
- 本人が大切にしたい「人生観」、「価値観」を関係者で検討し、それを 基盤に本人の推定意思を探索する

Education For Implementing End-of-Life Discussion

グループワーク

1. 楠木さんが今後過ごしていく上で大切にしたいことは何でしょうか？
なぜ（どの情報から）そう考えましたか？
2. 楠木さんの大切にしたいことを尊重するために、どのような医療・ケアが提供できるのでしょうか？
3. 楠木さんの推定意思をより確かなものにするために、医療チームとしてどのような関わりができますか？

Education For Implementing End-of-Life Discussion

グループワーク

- グループワークの流れ確認（5分）
- 個人作業（15分）
 - 事例を読む
 - 4分割表を使って情報を整理する
- グループワーク：4分割表を使った情報共有（10分）
- ワークシートを用いたグループワークの説明（5分）
- グループ内で話し合い（35分）
 - ワークシートにそって話し合う
 - 書記は話し合った内容をパワーポイントに打ち込む
- 全体共有（20分）

Education For Implementing End-of-Life Discussion

グループワーク

- グループワークの流れ確認（5分）
- 個人作業（15分）
 - 事例を読む
 - 4分割表を使って情報を整理する
- グループワーク：4分割表を使った情報共有（10分）
- ワークシートを用いたグループワークの説明（5分）
- グループ内で話し合い（35分）
 - ワークシートにそって話し合う
 - 書記は話し合った内容をパワーポイントに打ち込む
- 全体共有（20分）

Education For Implementing End-of-Life Discussion

| | |
|---|--|
| <p>医学的適応 患者の医学的状況 医療・ケアの目標 医療・ケアチームの推奨する方針 一次案（医療チームが最善と思う案） 二次案、三次案あたりまで列挙 それぞれのエビデンス、益と害</p> | <p>患者の意向 患者の希望する方針（案） 必要十分な情報提供 意思決定する力 ACP・事前指示 患者の意思を適切に推定する人</p> |
| <p>患者のQOL 本人にとっての「生活/人生の質」 （大切にしていること、楽しみにしていることなど） 身体抑制など自由に対する制限 推奨する方針のQOLに与える影響 一次案、二次案、三次案それぞれで患者のQOLに与える影響 QOL評価者による偏見（バイアス）</p> | <p>周囲の状況 家族等の意向 医療者・医療施設側の利益相反 社会的・経済的問題 医療資源の配分 法的・宗教的懸念</p> |

Education For Implementing End-of-Life Discussion

4分割表を使って
情報を整理しましょう

意思を推定する

A 現時点での、患者自身の、直接的な言語表現

B 過去の、患者自身の、直接的な言語表現

C 現時点での、患者自身の、間接的な表現

D 過去の、患者自身の、間接的な表現

| | |
|---|--|
| <p>医学的適応 患者の医学的状況 医療・ケアの目標 医療・ケアチームの推奨する方針 一次案（医療チームが最善と思う案） 二次案、三次案あたりまで列挙 それぞれのエビデンス、益と害</p> | <p>患者の意向 患者の希望する方針（案） 必要十分な情報提供 意思決定する力 ACP・事前指示 患者の意思を適切に推定する人</p> |
| <p>患者のQOL 本人にとっての「生活/人生の質」 （大切にしていること、楽しみにしていることなど） 身体抑制など自由に対する制限 推奨する方針のQOLに与える影響 一次案、二次案、三次案それぞれで患者のQOLに与える影響 QOL評価者による偏見（バイアス）</p> | <p>周囲の状況 家族等の意向 医療者・医療施設側の利益相反 社会的・経済的問題 医療資源の配分 法的・宗教的懸念</p> |

「患者の意向」はSTEP3の枠組みを参考に話合ってください

Education For Implementing End-of-Life Discussion

グループワーク

- グループワークの流れ確認（5分）
- 個人作業（15分）
 - 事例を読む
 - 4分割表を使って情報を整理する
- グループワーク：4分割表を使った情報共有（10分）
- ワークシートを用いたグループワークの説明（5分）
- グループ内で話し合い（35分）
 - ワークシートにそって話し合う
 - 書記は話し合った内容をパワーポイントに打ち込む
- 全体共有（20分）

Education For Implementing End-of-Life Discussion

| | |
|---|---|
| <p>医学的適応</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 二回目の誤嚥性肺炎、抗生物質治療にて右改善せず 2 遷延する低栄養状態 3 嚥下困難・自力食事摂取不能 4 経鼻経腸栄養実施中 5 チューブ自己抜きあり身体拘束が必要 6 認知機能低下・気力低下・食欲低下 7 人工栄養で1年の予後が見込める、人工栄養は永続的となる 8 胃ろう造設の選択肢あり | <p>患者の意向（選好）</p> |
| <p>QOL</p> | <p>周囲の状況</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 家族は楠木さんの状況をよく理解している 2 経鼻経腸栄養中止に関して、家族の意見は一致している 3 妻は介護に熱心だが介護疲れがある 4 家族仲は良好、長男家族も頻回に見舞いをしている 5 経済的に大きな問題はない 6 家族は「可哀想で見ていられない」と感じている 7 家族は経腸栄養開始について、本当の気持ちを言えなかった 8 妻は夫の楠木さんを自宅で看取りたいと希望している。 |

- 個人作業（15分）
 - 事例を読む
 - 4分割表を使って情報を整理する
- グループワーク：4分割表を使った情報共有（10分）
- 次のワークの前に4分割表をスクリーンショットもしくは携帯カメラで撮影

事務局へ：ブレイク・アウトルームを開始してください

Education For Implementing End-of-Life Discussion

グループワーク

- グループワークの流れ確認（5分）
- 個人作業（15分）
 - 事例を読む
 - 4分割表を使って情報を整理する
- グループワーク：4分割表を使った情報共有（10分）
- ワークシートを用いたグループワークの説明（5分）
- グループ内で話し合い（35分）
 - ワークシートにそって話し合う
 - 書記は話し合った内容をパワーポイントに打ち込む
- 全体共有（20分）

Education For Implementing End-of-Life Discussion

グループワーク

1. 楠木さんが今後過ごしていく上で大切にしたいことは何でしょうか？
なぜ（どの情報から）そう考えましたか？
2. 楠木さんの大切にしたいことを尊重するために、どのような医療・ケアが提供できるでしょうか？
3. 楠木さんの推定意思をより確かなものにするために、医療チームとしてどのような関わりができますか？

Education For Implementing End-of-Life Discussion

① 楠木さんが大切にしたいこと、その根拠となる情報

② ①を尊重するために提供できる医療・ケア

同じ情報でも職種によって捉え方が異なることがあります
大切にしたいことを導き出した根拠を一緒に書き出してください

Education For Implementing End-of-Life Discussion

③楠木さんの推定意思をより確かなものにするために、医療・ケアチームとしてどのような関わりができますか？

- グループ内で話し合い（35分）
 - －ワークシートにそって話し合う
 - －書記は話し合った内容をパワーポイントに打ち込む

事務局へ：ブレイク・アウトルームを開始してください

Education For Implementing End-of-Life Discussion

Education For Implementing End-of-Life Discussion

グループワーク

- グループワークの流れ確認（5分）
- 個人作業（15分）
 - － 事例を読む
 - － 4分割表を使って情報を整理する
- グループワーク：4分割表を使った情報共有（10分）
- ワークシートを用いたグループワークの説明（5分）
- グループ内で話し合い（35分）
 - － ワークシートにそって話し合う
 - － 書記は話し合った内容をパワーポイントに打ち込む
- 全体共有（20分）

Education For Implementing End-of-Life Discussion

意思の推定と本人にとっての最善の方針に関する合意形成

- 「どのような医療・ケアを提供するか」の前に**その人のこの後の生活や人生において「大切にしたいことは何か」**が重要です
- 推定意思をより明確にするための関わりを行い、新たに情報を得たうえで、その人にとって最善の方針を検討することが重要です

Education For Implementing End-of-Life Discussion

STEP3：本人の意向を推定する、STEP4：合意形成をする

楠木さんが半年後に誤嚥性肺炎で入院した。入院後 16 日目、家族から担当ソーシャルワーカーに「経管栄養をやめてほしい」という申し出があったという話を聞いて担当医師が困惑し、病棟で多職種カンファレンスを開くこととなった。

事例の詳細

- ・ 全人工膝関節置換術手術後、楠木さんの右膝と臀部の痛みは少し改善したが残存していた。痛みと廃用のために一日の大半をベッド上で過ごすようになっていた。介護度は要介護 4 となり、週に一度の訪問看護が入るようになっていた。また、外来診療は訪問診療に移行した。かかりつけ医との関係性は良好で、毎回「お世話になります、ありがとう」と楠木さんは医師に言っていた。数種類の鎮痛薬が試されたが、眠気などの副作用は無視できないものだった。
- ・ 本人は手術を受けたことについて特に後悔しているような発言はなかった。
- ・ その後徐々に気力がなくなるとともに、食事の摂取量も少なくなっていた。手術 3 か月後と 5 か月後にそれぞれ発熱があり、かかりつけ医からは「誤嚥性肺炎」との診断を受けていた。一度目は在宅での点滴治療で治癒したが 2 度目は病院に 14 日間入院した。退院後から特に元気がなくなり、妻との会話も断片的なものになっていた。
- ・ 今回、入院前日から特に元気がなく、その後 38.3 度の発熱を認めるようになったため救急受診。誤嚥性肺炎の診断で入院となった。入院時の血清アルブミン値は 2.8g/dl であり、X 線では肺炎以外にも栄養障害によると考えられる胸水を認めた。

<入院後 1 週間の情報>

- ・ 抗菌薬や点滴による治療が開始され肺炎は治癒に向かったが、全身の衰弱により自力での嚥下が困難な状況にある。
- ・ 食欲がなく、食べ物を口にもっていくと首を横に振り食べようとしなかった。
- ・ 名前を聞くとあまり大きな声ではないが自分の名前をいう。
- ・ 看護師が体を拭くと「ありがとう」らしき言葉を発する。
- ・ 入院 5 日が経過したが自力食事摂取のめどが立たなかったため、経鼻経腸栄養を開始した。
- ・ 経鼻チューブを挿入するとき、「栄養を鼻からいれます」と話しをしたときと

くに大きな拒絶はなかった。

- ・ ところが翌日に経鼻チューブの自己抜去がみられたため、両手にミトンをはめて自己抜去を防ぐようにした。
- ・ 医療チームから妻に状況を説明したところ、「あまり苦しい思いはさせたくないですが、なんとかまた元気になってほしい気持ちもあります」との言葉があった。

<入院後 8-14 日目の状況>

- ・ 肺炎の状態は改善が見られず、ぐったりとしている。
- ・ ミトンによる身体抑制を続けていたが、それでもチューブの自己抜去があり、利き腕の右手に抑制帯による可動制限が追加された。
- ・ 栄養状態は改善の兆しを認めていないが、担当医は十分な人工栄養が提供されれば栄養はまた立ち上がり、胸水もなくなる可能性はあると査定していた。
- ・ 抗菌薬を続けている間、点滴の刺入部に頻繁に手が向かったため、刺入部の保護をしていた。また、点滴漏れの際には、手を振って静止が困難であり二人がかりで点滴ルートの確保を行っていた。
- ・ おむつの交換や着替えの時には、嫌がるようなそぶりはない。
- ・ 家族が見舞いにくると、少しうれしそうな表情をする。
- ・ 今後、人工栄養が継続的に提供されれば、余命は1年程度見込むことができると担当医療チームは考えているが、肺炎再発のリスクは大きく、その際には命の危険が大きくなるであろうとアセスメントしている。ただ、おそらく今後も生活の大半はベッド上となり、コミュニケーション機能の回復も困難と考えられる。また、人工栄養は永続的なものになる可能性が高い。
- ・ 以上の医療チームの見解について、患者家族には説明がなされた。また、人工栄養については、現在の経鼻経腸栄養から胃ろうを造設したうえでの栄養補給という選択肢があることについて担当チームから家族への説明が行われ、さらに、退院後の生活について相談するためソーシャルワーカーと家族が面談することとなった。

<入院後 16 日目 面談時>

- ・ ソーシャルワーカーと患者の妻、長女（他県在住で頻繁な面会は難しい）の3人で面談が行われた。その際、家族側から「今の状況はもうかわいそうで見えられません。体についている管をとってほしい。それでもし死期が早まったとしてもかまわないので」という申し出があった。本当は経腸栄養を開始する際に担当医に申し出ようと思っていたが、『先生には言えなかった』

とのことであった。

- ・ 「今のような状況がこれからも続いたら無理やり延命してもつらいだけだ
と思う」との発言もあった。
- ・ 妻はできれば自宅で看取りたいと言っている。

<患者自身に関する背景情報>

- ・ 元は建築会社でサラリーマン。親友は元同僚だが数年前に他界している。
- ・ 本人は近所の人とは挨拶する程度。脳梗塞で倒れる前は妻の買い物によくつ
いて行っていた。
- ・ なんでも自分で決めていた。人から指図されるのは嫌いな性格。家族と「病
気になったら？」など明確な話し合いの経験はない。
- ・ 昔、胆石症になったときも自分で決断し、「手術することにした」と家族に伝
えていた。
- ・ 元気な時はB級グルメに職場の後輩を連れて行ったり、ゴルフを楽しんだり
していた。
- ・ 前回の入院から半年の間はベッド上でTVを見る生活がほとんどだった。

<その他の情報>

- ・ 家族仲は良く、妻も長男家族も頻繁に見舞いのために来院している。
- ・ 妻としては転院するより当院のほうが通いやすい。
- ・ 妻はよく面会に来ており、積極的にケアの手伝いをしている。しかし体が丈
夫ではなく、介護疲れしている様子がある。
- ・ 医学的な評価や、経腸栄養を中断した場合の予後などについて、家族はよく
理解している。
- ・ 改善の様子が見られないようであれば経腸栄養を中断したいという意見は、
家族の中で一致している。
- ・ 妻は面会に毎日こられないが「明日は来られないのですみません」との発言
があり、面会に来ないことに対して罪悪感を抱いている様子がある。
- ・ 家族は、本人の弱っていく様子や嫌がる処置を続けていくことに忍びないと
思っている様子で、処置中は部屋を出て行ってしまふ。
- ・ 本人は生命保険には入っているが、貯蓄も含めごく一般的な経済状況。
- ・ いままで、自力で食事が食べられなくなった時どうするかについて事前に話
し合ったことはない。

| | |
|---|--|
| <p><u>医学的適応</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1 三回目の誤嚥性肺炎、抗生物質治療にても改善せず 2 遷延する低栄養状態 3 嚥下困難・自力食事摂取不能 4 経鼻経腸栄養実施中 5 チューブ自己抜去あり身体拘束が必要 6 認知機能低下・気力低下・食欲低下 7 人工栄養で1年の予後が見込める、人工栄養は永続的となる 8 胃ろう造設の選択肢あり | <p><u>(推定される) 患者の選好</u></p> |
| <p><u>QOL</u></p> | <p><u>周囲の状況</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1 家族は楠木さんの状況をよく理解している 2 経鼻経腸栄養中止に関して、家族の意見は一致している 3 妻は介護に熱心だが介護疲れがある 4 家族仲は良好、長男家族も頻回に見舞いをしている 5 経済的に大きな問題はない 6 家族は「可哀想で見えていられない」と感じている 7 家族は経腸栄養開始について、本当の気持ちを言えなかった 8 妻は夫の楠木さんを自宅で看取りたいと希望している。 |

STEP3・4 ワークシート

1. 楠木さんが今後過ごしていく上で大切にしたいことは何でしょうか？
なぜ（どの情報から）そう考えましたか？

2. 楠木さんの大切にしたいことを尊重するために、どのような医療・ケアが提供できる
でしょうか？

3. 楠木さんの推定意思をより確かなものにするために、医療・ケアチームとしてどのような関わりができますか？

講 義 4

アドバンス・ケア・プランニング(人生会議)

ADP
人生会議

E-FIELD

Education For Implementing End-of-Life Discussion
アドバンス・ケア・プランニング

Education For Implementing End-of-Life Discussion



学習目標

- アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の定義と目的を理解することができる
- 意思決定における本人の意思を推定する者の役割を正しく理解する
- 本人と本人の意思を推定する者の話し合いを促進することの重要性を説明できる
- 結果（書面など）ではなく、プロセスを重視することがなぜ重要かを説明できる

Education For Implementing End-of-Life Discussion

楠木さんのその後

- 今年84歳になった。変形性膝関節症の増悪で右膝が痛み、大半をベッド上で過ごし妻に介護負担をかけるようになったため、家族や医療者と話し合った末、全人工膝関節置換術を受けた
- 手術自体は成功し、右膝の痛みはやや改善し自宅に退院した

Education For Implementing End-of-Life Discussion

楠木さんのその後

- しかし痛みは残存し、一日の大半をベッド上で過ごす生活は変わらなかった。通院もままならなくなり、訪問診療を受けるようになった。食事は、術前は米飯を食べることが出来ていたが、時折むせるようになり、おかゆを好むようになった

Education For Implementing End-of-Life Discussion

楠木さんのその後

- 膝の手術から3ヶ月後に発熱と咳嗽症状が出現。訪問診療医は誤嚥性肺炎と診断。1週間の抗菌薬の治療を在宅で受けた
- しかし、それを機にさらに嚥下機能が低下し、主食をおかゆにすることに加えて、おかずはミキサーにかけ必要性が出てきた
- 徐々に全身状態が悪化し明らかにやせが進行

Education For Implementing End-of-Life Discussion

楠木さんのその後

- 主治医は、今後も肺炎を繰り返す可能性が高いと判断している
- 加えて、脳梗塞の再発や心不全増悪のリスクもあると判断している
- 現在、楠木さんの肺炎は落ち着き、食事の時にたまにむせることはあるが調子はまずまず
- 楠木さん本人は今後のことを少し心配しているものの、まだまだ大丈夫と考えている様子

Education For Implementing End-of-Life Discussion

- 今日は外来フォロー受診のため病院に来院されました（膝の手術から4ヶ月後）
- あなたは楠木さんと会う約束をしています
- 医療・ケアに関わる専門職として「今後のこと、もしものとき」について話そうと考えています

- どのようなことを話し合いますか？
- 話題をどのように切り出しますか？

Education For Implementing End-of-Life Discussion

ACPの定義

- アドバンス・ケア・プランニングとは、必要に応じて信頼関係のある医療・ケアチーム等の支援を受けながら、本人が現在の健康状態や今後の生き方、さらには今後受けたい医療・ケアについて考え（将来の心づもりをして）、家族等と話し合うことです。
- 特に**将来の心づもり**について言葉にすることが困難になりつつある人、言葉にすることを躊躇する人、話し合う家族等がない人に対して、医療・ケアチーム等は那个人に適した支援を行い、本人の価値観を最大限くみ取るための対話を重ねていく必要があります。
- 本人が自分で意思決定することが困難になったときに、将来の心づもりについてこれまで本人が表明してきた内容にもとづいて、家族等と医療・ケアチーム等とが話し合いを行い、本人の価値観を尊重し、本人の意思を反映させた医療・ケアを実現することを目的とします。

Miyashita J, et al. J Pain Symptom Manage 2022.

Education For Implementing End-of-Life Discussion

歴史的変遷 本人の意向をより尊重するために

Education For Implementing End-of-Life Discussion

意思決定する力が不十分でも 本人の意向が尊重されるために

- 終末期において約70%の患者で意思決定が不可能

Silveira MJ, N Engl J Med, 2011

→ 事前に本人の意向を聞いておけば良いのではないかな？

Education For Implementing End-of-Life Discussion

The SUPPORT study

- 米国で行われた、9000名の患者を対象とし、事前指示書（アドバンスディレクティブ）を介入としたクラスターランダム化比較試験
- 介入：熟練した看護師が病状理解を確かめ、事前指示書を取得。その情報を医師に伝えた
- ICU（集中治療室）の利用、DNR（蘇生治療を控える方針の決定）から死亡までの日数、疼痛、事前指示書の遵守、医療費、患者・家族満足度に差異は見られなかった

The SUPPORT Investigators, JAMA, 1995.

Education For Implementing End-of-Life Discussion

事前指示書が有効でなかった理由として推定されているもの

The SUPPORT study

- 患者の要因
 - 将来の状況を予想すること自体が困難
- その他の要因
 - 代理決定者*が事前指示書の作成に関与していない
 - 代理決定者*が、患者がなぜその選択をしたか、その理由や背景にある価値観がわからない
 - 医療従事者や家族が考える患者にとっての最善と患者の意向が一致しない
 - 実際の状況が複雑なために、事前指示書の内容を医療・ケアの選択に活かさない

*ガイドライン上は、「代理決定者」という概念はない。

Education For Implementing End-of-Life Discussion

書類だけでは有効性は限定的 事前指示書からACPへ

The SUPPORT study

- プロセスを共有する
- 患者—代理決定者*—医療者があらかじめ話し合う
- 価値観を理解し共有することで、患者がどう考えているかについて深く理解する



複雑な状況に対応可能になる

*ガイドライン上は、「代理決定者」という概念はない。

Education For Implementing End-of-Life Discussion

歴史的変遷

- いずれも、意思表示が難しい状態になっても患者の意向を尊重した医療を行うことを目的としている

事前指示書
(アドバンス・ディレクティブ)

- 代理決定者の決定
- リビングウィル (生前遺言)



アドバンス・
ケア・
プランニング

話し合いの
プロセスを重視

Education For Implementing End-of-Life Discussion

ACPの効用と問題点は？

Education For Implementing End-of-Life Discussion

ACPの効用

- 本人と代理決定者間のコミュニケーションが促進される
- 本人の望むケアと提供されるケアが一致する
- 本人の望まない生命維持治療が減少する
- 遺族の不安や抑うつが減少する

Brinkman-Stoppelenburg A, Palliat Med, 2014
Jimenez G, J pain Symptom Manage, 2018
McMahan RD, J AM Geriatr Soc, 2021
Malhorta C, BMJ Support Palliat Care, 2022

Education For Implementing End-of-Life Discussion

ACPの問題点

- 心の準備ができていないと利益よりも害が多い
- 希望を失ってしまうことがある

Johnson S, Psycho-Oncology, 2016

- 医療者のコミュニケーションスキル不足
- 人的資源や時間が不足している

Jimenez G, J pain Symptom Manage, 2018

Education For Implementing End-of-Life Discussion

誰に対して、いつ、誰が行うのか？

ACPの話し合いを始める時に 注意が必要なこと

- 「準備状態の整っている全ての人」と「人生の最終段階を自分のこととして考える時期にある人」を大きく2つに分けてアプローチする
 - 健康な人が心肺蘇生や詳しい生命維持治療などの選択をすることは現実的でない
 - どのようなものか想像すること自体が困難
 - 選好が変わる

実際の進め方

準備状態が整っている
全ての人

- 本人の意思を推定する者を本人自身が選ぶ
- 価値を話しあう

人生の最終段階を自分のこととして
考える時期にある人

- 準備状態を確かめた上で
- 医療・ケアの目標や具体的な内容について話し合う

実際の進め方

準備状態が整っている
全ての人

- 本人の意思を推定する者を本人自身が選ぶ
- 価値を話しあう

人生の最終段階を自分のこととして
考える時期にある人

- 準備状態を確かめた上で
- 医療・ケアの目標や具体的な内容について話し合う

準備状態が整っている 全ての人へのアプローチ

本人の意思を推定する者を決める

- あなたが信頼していて、あなたが意思を伝えられなくなった時に医療・ケアチームに伝えたいことや治療などの希望を伝えてもらえるのはどなたになりますか？
 - 配偶者の方
 - 親
 - 子ども
 - 兄弟姉妹
 - 知人、友人
 - 医療・福祉従事者
- ※ 一人ではなく複数でも構いません

「本人の意思を推定する者」になって欲しい方に意向を伝える

- あなたが意思を推定する者になってほしいと思っていることを、その方ご本人に直接伝えてありますか？
- もしまだ伝えていないならば理由を含め伝えてみましょう



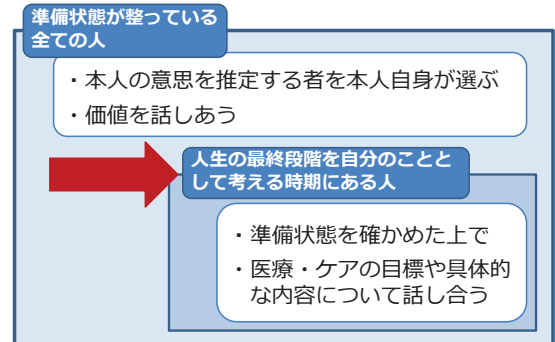
大切なことはどんなことが

- もし生きることができる時間が限られているとしたらあなたにとって大切な事はどんなことですか？
 - 家族や友人
 - 仕事や社会的な役割
 - 身の回りのことが自分でできること
 - できる限りの治療が受けられること
 - 家族の負担にならないこと
 - 趣味
 - ひとりの時間が持てること
 - 経済的なこと
 - その他

欠かせない機能

- 「これができなくなったら自分らしく生きていと感じられない」と思うのはどんなことですか？
 - 周りに自分の気持ちや考えを伝えられない
 - 身の回りのことが自分でできない
 - 食べたり飲んだりすることができない

実際の進め方



人生の最終段階を自分のこととして考える時期にある人へのアプローチ

誰に、どのタイミングではじめるか？

- 人生の最終段階を自分の事として考える時期にある人すべてが対象になる
- 問題：対象とタイミングを特定しにくい
 - 人生の最終段階にある人を見落としてしまう可能性がある
 - ACPをはじめる適切なタイミングではないことがある

ACPが必要な人を見落とさないための方法

サブライズクエスチョン

この患者さんが1年以内に亡くなったら驚きますか？

もし驚かないのなら、ACPの話し合いを開始したほうがよい

- 予後1年以内ではないかもしれないが、脆弱で、変化が起こる可能性がある人が含まれる

Hamano J, *Oncologist*, 2015
Van Lummel EV, *Palliat Med*, 2022

Education For Implementing End-of-Life Discussion

ACPをはじめる適切なタイミング：準備状態を確認する

- 病状の進行や身体機能の低下があった時、治療の変更時などがタイミング
- 早過ぎると利益より害が多いことがある
- まず準備状態を確かめる
 - 準備ができていれば、病状認識の確認と今後の経過の話し合いからはじめる
 - いきなり心肺蘇生や看取りについて話すのは控えたほうがよい
- 複数に分け、適切な時期に、適切な話題を

Johnson S, *Psycho-Oncology*, 2016
Zwakman M, *Support Care Cancer*, 2020

Education For Implementing End-of-Life Discussion

誰がACPの話し合いをするのか

- 本人や家族は、医療者に話し合いを切り出してほしいと考えている
- 話し合いの切り出しにおいて医師の役割は重要である
- 最も大切なことは、本人・家族との信頼関係である

Jimenez G, *J Pain Symptom Manage*, 2018
Hall A, *J Pain Symptom Manage*, 2019
McMahan RD, *J AM Geriatr Soc*, 2021

Education For Implementing End-of-Life Discussion

ACPの意義 必ずしも絶対的なものではない

Education For Implementing End-of-Life Discussion

患者は自分の意向が尊重されることを必ずしも重要視しない

- 意向は病状によって変化しうるので、自分の意向は必ずしも尊重されなくてもよい
- 家族や医師が、事前意思に従うか否かを決めてもいい
- 信頼する医師ならば委任してもよいと考える
- むしろACPを自分の心理的、社会的、情緒的なことを伝えておく機会として考えている
- 一方で医療従事者は今後の患者の治療方針を示した絶対的なものとして扱う

Johnson S, *Psycho-Oncology* 2016

Education For Implementing End-of-Life Discussion

まとめ

- 本人の意向を尊重した質の高いケアを実践するために、ACPは重要な手段である
- ACPの実践にあたっては以下が重要
 - プロセスを重視すること。話し合いの結果は文書にして残すことが望ましいが、文書化しなくてはならないものではない
 - 「準備状態の整っている全ての人」と「人生の最終段階を自分のこととして考えられる時期にある人」でその内容や方法を変えて実施する必要がある
 - 全ての人に実施しようと思わないこと
 - 準備状態に応じて行うこと
 - 本人の意思を推定する者とともに行うこと

Education For Implementing End-of-Life Discussion

1. 日本版アドバンス・ケア・プランニングの定義

アドバンス・ケア・プランニングとは、必要に応じて信頼関係のある医療・ケアチーム等¹の支援を受けながら、本人が現在の健康状態や今後の生き方、さらには今後受けた医療・ケアについて考え（将来の心づもりをして）、家族等²と話し合うことです。

特に**将来の心づもり**について言葉にすることが困難になりつつある人、言葉にすることを躊躇する人、話し合う家族等がない人に対して、医療・ケアチーム等は本人に適した支援を行い、本人の価値観を最大限くみ取るための対話を重ねていく必要があります。

本人が自分で意思決定することが困難になったときに、将来の心づもりについてこれまで本人が表明してきた内容にもとづいて、家族等と医療・ケアチーム等とが話し合いを行い、本人の価値観を尊重し、本人の意思を反映させた医療・ケアを実現することを目的とします。

¹本人の医療やケアを担当している医療、介護、福祉関係者

²家族や家族に相当する近い人

2. 日本版アドバンス・ケア・プランニングの具体的な内容（将来の心づもり）

将来の心づもりをすることは、以下のことを考えることです。

- これまでの人生を振り返りながら、今後どのような自分でありたいか、どのような生活をしていきたいかを思い描く。そのために、気がかりや心配事は何か、また自分が大切にしていきたいことや支えになるものは何かを考える。
- 現在の健康状態、これから予想される健康状態（病気やけがとそれらに伴う障害）とその見通しについて理解する。
- 人生の最終段階をどこで、誰と、どのように過ごしたいかを思い描く。人生の最期の瞬間まで自分自身の望む生き方を可能な限り実現するために、**して欲しい医療やケア、して欲しくない医療やケア**について（どのような条件でその医療やケアを望むのかあるいは望まないのかも含めて）考える。
- 本人が自分で意思決定することが困難になったときに、本人の意思を反映させた医療・ケアの実現のために医療・ケアチーム等と話をしてくれる支援者（または支援者たち）³を選ぶことを考慮する。選ばれた支援者は本人の意思を代弁することを心がけ、本人の意思が不明な場合に限り、本人の価値観をくみ取って意思を推測しながら医療・ケアチーム等と話し合い医療・ケアの選択を行う。

³通常、家族等から選ばれることが多い。ここでは支援者という用語を使用しますが、専門家や団体によって代弁者や代理意思決定者などさまざまな用語が使用されています。

3. 日本版アドバンス・ケア・プランニングの対象者

アドバンス・ケア・プランニングを行う心の準備が整っている成人なら誰でも、アドバンス・ケア・プランニングの対象者となります。

特に身体的・精神的な変化、また生活環境の変化が起こる可能性がある人、つまり

- 高齢になり、以前よりも老いを感じるようになった（例：体重が減ったり、疲れやすくなったり、力が弱くなったり、歩くスピードが遅くなったり、生活動作が鈍くなったりしたとを感じる）人
- 高齢になり、医療機関に通院、もしくは入院して病気やけがの治療を受けている人
- 病気やけがにより身体障がい・知的障がい・精神障がいを有している人で、その障がいの悪化により身体機能や意思決定能力が低下する可能性がある人
- 介護施設などに入所する人、在宅医療・介護を開始する人、もしくはこれらのサービスをすでに受けている人

には、アドバンス・ケア・プランニングを始めることを推奨します。

アドバンス・ケア・プランニングを行うことに消極的な人には、医療・ケアチーム等は信頼関係を構築したうえで、その理由を探索し、その人に合った適切な開始時期や話し合いの内容を考えることが必要です。

4. (一般の人) 将来の心づもりをする

将来の心づもり（自分の健康状態を理解し、今後どのように過ごしていきたいかなど、人生の最終段階に至るまでの過ごし方や希望する医療・ケアについて考えること）をしてみましょう。親しい人の介護や看取りの経験がある人は、その状況を思い返して自分が同じ立場になった場合について考えることで、自分の**将来の心づもり**の手がかりになることがあります。

5. (一般の人) 将来の心づもりを話し合う

家族等と**将来の心づもり**を話し合ってみましょう。親しい人の介護や看取りの経験があれば、その経験をもとにお互いの**将来の心づもり**を語り合って共有してみましょう。一方で、**将来の心づもり**を周囲に伝える必要を感じながらも、話し合う相手が見つからない場合、かかりつけの医療機関や介護・福祉事業所などで、誰とどのように**将来の心づもり**を話し合うのがよいかについて相談してみましょう。

6. (一般の人) 将来の心づもりを託す人を選ぶ

将来、自分で意思決定することが困難になったときに備えて、話し合いを行った家族等の中から、本人に代わって医療・ケアチーム等と話をしてくれる支援者（または支援者たち）を選んでおきましょう。その支援者に意思決定を任せたいと思う場合は、任せたい旨を伝えて頼っておきましょう。

将来の心づもりとして決めたことの実現が困難な場合もあります。たとえば、自宅で過ごし続けたいという思いを実現させることができない場合などです。その場合でも、医療・ケアチーム等と支援者は話し合っ、本人の意思が最も尊重される次善の

医療・ケアを実現するように努力します。このような場合があることを本人と支援者との間であらかじめ話し合っておきましょう。

7. (医療・ケアチーム等) 将来の心づもりをサポートする

医療・ケアチーム等は、各自の専門性を活かし、互いに連携することで本人の価値観を多角的に捉えましょう。そのうえで、医療・ケアの情報を提供するとともに、将来の人生における希望を考えやすいように、また人生の最終段階をイメージしやすいように手助けして、**将来の心づもり**について考える支援をしましょう。

8. (医療・ケアチーム等) 将来の心づもりの話し合いをサポートする

医療・ケアチーム等は、本人と信頼関係を築き、本人と家族等が**将来の心づもり**について話し合うためのきっかけを作りましょう。本人の**将来の心づもり**について家族等がよく理解できるように支援しましょう。

将来の心づもりについて話し合う家族等がない人に対しては、本人が希望した場合、信頼関係のある医療・ケアチーム等が**将来の心づもり**について話し合うための相手になることがあります。

将来の心づもりを言葉にすることを躊躇する人に対しては、家族等と医療・ケアチーム等は、本人と対話を重ねて躊躇する理由をくみ取り、本人の承諾のもと、本人が自分の気持ちや価値観を言葉にすることを支援します。

9. (一般の人・医療・ケアチーム等) 将来の心づもりを継続的に話し合う

話し合いで確認したことはその時点の本人の意思であり、変化しうるものです。折にふれてくり返し話し合い、気持ちや考えの変化にあわせてその内容を見直しましょう。

病状の変化に応じて、また人生の最期のときが近づくにつれて、今後必要となる医療・ケアの詳細について、本人の希望にあわせてより具体的に話し合しましょう。

病状が急に悪化したり、認知機能の低下が目立ってきたりした場合、それまでの話し合いの内容にもとづいて、医療・ケアチーム等と支援者は、その時点における本人の意思をくみ取ろうと努力することが必要です。

10. (一般の人・医療・ケアチーム等) 将来の心づもりを話し合うことなく病状が進行した時の対応

将来の心づもりの話し合いが過去に行われないうまま、病状が重篤になったり、認知機能の低下が顕著になったりした場合でも、医療・ケアチーム等は家族等とともに、また場合によっては生活を支援している近隣の人や自治体の担当者等とともに、それ

までの本人の生き方や語った言葉などから本人の価値観を推定し、それを尊重した医療・ケアを実現する努力をしましょう。

※この項目の内容は日本版アドバンス・ケア・プランニングの定義には含まれませんが、医療・ケアの現場ではこのような意思決定支援の場面にしばしば直面するため、行動指針の一項目として取り上げました。

1 1. (一般の人・医療・ケアチーム等) 将来の心づもりに関する記録を作成する

必要に応じて**将来の心づもり**について話し合った内容を記録しておきましょう。可能なら医療やケアの具体的な項目については特定の文書⁴に記録しましょう。これらの文書の作成は強制されるものではありません。また、これらの文書は法的な拘束力を持たず、いつでも改訂できます。かかりつけの医療機関や地方自治体、リビング・ウィル等の活動を行う団体が作成したものを使用することも一つの方法です。

話し合いをもとに作成した記録や文書は、本人が意思を伝えることが困難になったとき、医療・ケアチーム等と支援者とが協働して本人の意思を反映させた医療・ケアを実現するために、重要な拠り所となります。

将来の心づもりについて話し合う家族等がいない人に対しては、本人の希望があれば医療・ケアチーム等が話し合いの相手となり、必要に応じてその内容を記録しましょう。

医療・ケアチーム等は**将来の心づもり**を診療記録に記載し、医療・ケアチーム内で共有し、担当者が変わる際に継承していくことを心がけましょう。

⁴リビング・ウィル等の本人が記載する事前指示書や、主として生命を脅かす病をもつ患者の生命維持治療に関して医師等が記載する指示書

アドバンス・ケア・プランニング(人生会議)の
実践を学ぶ

E-FIELD

Education For Implementing End-of-Life Discussion

アドバンス・ケア・プランニング
の実践を学ぶ

Education For Implementing End-of-Life Discussion

学習目標

- ACPの具体的な実践方法について理解する。
詳細は以下の通り
 - 一般的なルールを使う
 - 病状の認識を確かめる
 - もしも、のときについての話し合いを導入する
 - 本人の意思を推定する者を選定する
 - 本人の意思を推定する者とともに話し合い、プロセスを共有する
 - 療養や生活での不安・疑問を尋ねる
 - 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる
 - 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する

Education For Implementing End-of-Life Discussion

学習目標

- ACPの中で最も実践が難しい「話し合いの導入」ができるようになる
- 本人のACPの話し合いに関する準備状態（レディネス）を確認することができる

Education For Implementing End-of-Life Discussion

このセッションの構成

- ロールプレイの課題の確認
- 事例提示
- 講義

- 二人組みでロールプレイ } 2回
- フィードバック

- 講義

Education For Implementing End-of-Life Discussion

事例…

- 楠木さん、現在84歳、男性
- 妻(80歳)と二人暮らし
- 小児の時に肺結核に罹患した影響で、低肺機能の状態
- 軽度の心不全も合併している
- 50代の頃、胆石症で胆嚢摘出術の既往がある
- 60代から両膝の変形性膝関節症で整形外科に通院
- 78歳の時に脳梗塞を発症し、それを機に日常生活動作能力が低下したが、自分の身の回りのことは自分でできていた

Education For Implementing End-of-Life Discussion

…事例…

- 今年84歳になった。変形性膝関節症の増悪で右膝が痛み、大半をベッド上で過ごし妻に介護負担をかけるようになったため、家族や医療者と話し合った末、全人工膝関節置換術を受けた
- 手術自体は成功し、右膝の痛みはやや改善し自宅に退院した
- しかし痛みは残存し、一日の大半をベッド上で過ごす生活は変わらなかった。通院もままならなくなり、訪問診療を受けるようになった。食事は、術前は米飯を食べることが出来ていたが、時折むせるようになり、おかゆを好むようになった

Education For Implementing End-of-Life Discussion

…事例…

- 膝の手術から3ヶ月後経った頃に発熱と咳嗽症状が出現。訪問診療医は誤嚥性肺炎と診断。1週間の抗菌薬の治療を在宅で受けた
- しかし、それを機にさらに嚥下機能が低下し、主食をおかゆにすることに加えて、おかずはミキサーにかける必要性が出てきた
- 徐々に全身状態が悪化し明らかにやせが進行

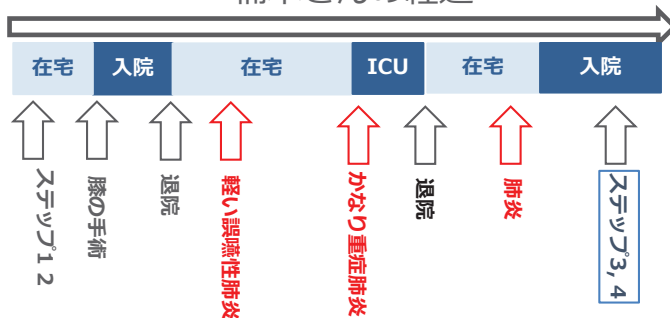
…事例

- 主治医は、今後も肺炎を繰り返す可能性が高いと判断している
- 加えて、脳梗塞の再発や心不全増悪のリスクもあると判断している
- 現在、楠木さんの肺炎は落ち着き、食事の時にたまにむせることはあるが調子はまずまず
- 楠木さん本人は今後のことを少し心配しているものの、まだまだ大丈夫と考えている様子

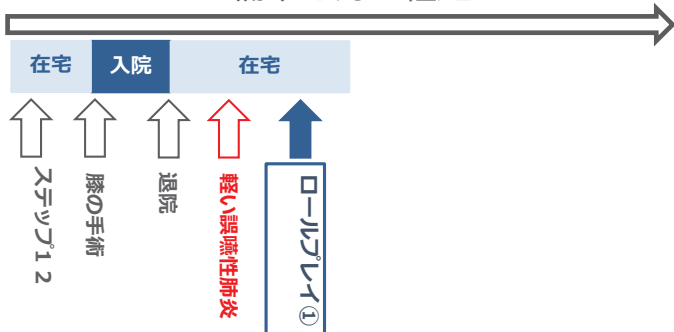
ロールプレイ場面

- 今日は外来フォロー受診のため病院に来院されました（膝の手術から4ヶ月後）
- あなたは楠木さんと会う約束をしています
- 医療・ケアに関わる専門職として「今後のこと、もしものとき（意思決定する力が無くなる位病気が進行したときに備えて）」について話そうと考えています

楠木さんの経過



楠木さんの経過



皆さんならどのように話しますか？

- 今日は外来フォロー受診のため病院に来院されました（膝の手術から4ヶ月後）
- あなたは楠木さんと会う約束をしています
- 医療・ケアに関わる専門職として「今後のこと、もしものとき（意思決定する力が無くなる位病気が進行したときに備えて）」について話そうと考えています

概要

- **一般的なルール**
- 病状の認識を確かめる
- 話し合いを導入する
- 本人の意思を推定する者を選定する
- 療養や生活での不安・疑問を尋ねる
- 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる
- 治療の嗜好を尋ね、最善の選択を支援する

Education For Implementing End-of-Life Discussion 

一般的なルール…

- 礼儀正しく、丁寧に
- 患者・家族等の防衛機制に応じて**侵襲的でない**コミュニケーションを
- もしも・・・万が一・・・という前置きで始めると、コミュニケーションがやわらかくなる

Education For Implementing End-of-Life Discussion 

…一般的なルール…

- 相手の感情に留意
 - 表情、視線、しぐさ
- 感情に気づいたら、感情への対応を優先する
 - 例) このまま話を続けても大丈夫ですか? など
 - これをおろそかにすると質の高いコミュニケーションは難しい
 - ▶ 時には時間の浪費になってしまうことさえある

Education For Implementing End-of-Life Discussion 

…一般的なルール

- 最善を期待し、最悪に備える
(Hope for the best, Prepare for the worst.)
 - まず患者・家族の希望や大切にしていることを尋ね、探索し、共感し、理解する
 - そのうえで、今後の病状の変化に備えて、もしもの時についての話を切り出す
- とともに希望を持ち、ともに心配すること

Back AL. Arch Int Med 2007

Education For Implementing End-of-Life Discussion 

概要

- 一般的なルール
- **病状の認識を確かめる**
- 話し合いを導入する
- 本人の意思を推定する者を選定する
- 療養や生活での不安・疑問を尋ねる
- 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる
- 治療の嗜好を尋ね、最善の選択を支援する

Education For Implementing End-of-Life Discussion 

病状の認識を尋ねる

- 病状の認識について、本人自身がどう理解しているか、本人の言葉で話してもらう
- ✓ 医療・福祉従事者と本人とのギャップを知るため
 - ○○さんの病状についてはカルテを読ませていただいたので、大体のことは承知しているのですが、今後のことをご相談するために○○さんが病状をどうとらえていらっしゃるのかを伺いたいと考えています

Education For Implementing End-of-Life Discussion 

概要

- 一般的なルール
- 病状の認識を確かめる
- **話し合いを導入する** ← **最も重要!**
- 本人の意思を推定する者を選定する
- 療養や生活での不安・疑問を尋ねる
- 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる
- 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する

Education For Implementing End-of-Life Discussion

ACP導入の場面が最も重要

- 心の準備が出来ていないと利益よりも害が多い
- 希望を失ってしまうことがある
Johnson S. Psycho-Oncology 2016
 - 差し迫った時期までは話し合いを延期したいと思っている患者も、一定数は存在する
Miyashita et al. Palliat Med 2020
- ✓ 話し合いの前に、準備状態（レディネス）を確認する

Education For Implementing End-of-Life Discussion

準備状態（レディネス）を確認する

- 万が一の時のことを考えてお聞きするのですが、
- 例) 前回と同じような状況になった時のことをお考えになったことがありますか？
- 病状のために身の回りのことをすることができない状態になった時のことをお考えになったことがありますか？
- 飲み込むことがうまくできなくなり、口から食べることが難しくなったらどうしよう、と考えたことはありますか？

Education For Implementing End-of-Life Discussion

もしもの時について話し合いを始める…

- 準備状態を尋ねる質問に「考えたことがある」と答えた場合
- 例) もしよろしければ、どのようにお考えになったかを詳しく教えていただけますか？
- もしそうなってしまった（準備状態の質問で尋ねた内容）時のことについて、これから相談をしていきたいと思うのですがよろしいでしょうか？

Education For Implementing End-of-Life Discussion

…もしもの時について話し合いを始める

- 準備状態を尋ねる質問に「考えたことはない」と答えたけれど、考えることにあまり抵抗はない様子である場合
- ともに希望を持ち、ともに心配する
- 患者の反応に応じてどのように話を進めるかを検討する
例) できるだけ今の状態が維持できるようにできるだけ努力しようと思っています。その一方で、もし病状が悪くなったらどうしようと、とても心配になっています。もしもの時のことについて話し合いをしておきたいと思っているのですがよろしいでしょうか？

Education For Implementing End-of-Life Discussion

準備ができておらず、今後のことについて考えたくない様子である場合

- 準備状態を尋ねる質問に「考えたくない」と答え、話し合いを続けることに抵抗がありそうな場合
- 話し合いを続けることが侵襲となる可能性があるため、別のタイミングを見計らう

Education For Implementing End-of-Life Discussion

E-FIELD

Education For Implementing End-of-Life Discussion

アドバンス・ケア・プランニングの実践を学ぶ
「もしも、のときについて話し合いを始める」

Education For Implementing End-of-Life Discussion

ロールプレイ①をしてみよう

以下の4点に着目して行います

- 一般的なルールを意識する
- 病状の認識を確かめる
- 準備状態（レディネス）を確認する
- もしもの時について話し合いを導入する

Education For Implementing End-of-Life Discussion

ロールプレイ①

- 個人で作業をします
 - あなたは医療・ケアに関わる専門職として、楠木さんと、「今後のこと、もしものとき（意思決定する力がなくなる位病気が進行したときに備えて）」について話そうと考えています
 - どんな言葉で話し始め、声掛けをするか、書き出してみましょう（約10分）
- ※ 読める字で書いてください（後で見せ合うため）
※ 各々の専門職の立場で結構です

説明後、ブレイクアウトルームに分かれて作業します

Education For Implementing End-of-Life Discussion

次の4点に着目し ACPの話し合いをはじめてみましょう

- 一般的なルールを意識する
- 病状の認識を確かめる
- 準備状態（レディネス）を確認する
- もしもの時について話し合いを導入する

Education For Implementing End-of-Life Discussion

ロールプレイ①

- 役になりきる : 2分
- ロールプレイ : 10分
- フィードバック : 4分
- 言葉の修正 : 1分

Education For Implementing End-of-Life Discussion

ロールプレイ①

- ロールプレイ実施上の注意
 - 必ず「もしものときについて（意思決定する力がなくなる位病気が進行したときに備えて）」の話し合い」の導入を試みてください
 - 時間が余っても役を解かず、楠木さんと医療・福祉従事者の関係で会話を続けてください

Education For Implementing End-of-Life Discussion

ロールプレイ①

- 参加者名簿で、施設の参加者のうち、誰がAさん、Bさん、Cさん、Dさんなのかを確認してください
- Aさんは 役
- Bさんは 役
- Cさん、Dさんは

ロールプレイ①

- 席を調整してください
 - 楠木さん役、医療・福祉従事者役の方が話しやすい位置
 - 音声ひろいやすいようマイクの近くへ

ロールプレイ①

- 2分間で各々の役作りをしてください
 - 医療・福祉従事者役は、各自記載したワークシートに目を通しどのように話を進めるかを具体的にイメージしてみてください
 - 楠木さん役は、ワークシートの情報に加えてSTEP1・2の情報も参考に役作りをしてください
 - 観察者は、フィードバックの準備として、ワークシートやSTEP1・2の情報に加えて、講義スライドに目を通してください

全体のまま個人作業です

ロールプレイ①

- 時間は10分間です
- 開始してください

ブレイクアウトルームに分かれて作業します

フィードバック

- 一般的なルールを意識する
- 病状の認識を確かめる
- 準備状態（レディネス）を確認する
- もしもの時について話し合いを導入する
 - どんな話し方が有効だったか
 - 改善した方がよいところはどこか

医療・福祉従事者役のワークシートを共に見ながら話し合い、より良い言葉に修正しましょう

フィードバック例

- 医療・福祉従事者役
 - どのような点を意識したか、改善したい点、意見を聞きたい点など
- 楠木さん役
 - （楠木さんの立場から）話し合いに臨もうと思った具体的な言葉、改善が必要と感じた点
- 観察者
 - （客観的な視点から）一般的なルールが実践されていた点、自分も取り入れようと思ったところなど

ブレイクアウトルームに分かれて作業します

ワークシートの言葉の修正

- フィードバックの内容を活かして、言葉をさらに良いものにして下さい

全体のまま個人作業です

Education For Implementing End-of-Life Discussion

ロールプレイ②

- Cさんは 役
- Dさんは 役です
- Aさん、Bさんは
 - 2人の場合は 役割交代、
 - 3人の場合は Aさんが 役

Education For Implementing End-of-Life Discussion

ロールプレイ②

- 席を調整して下さい
 - 楠木さん役、医療・福祉従事者役の方が話しやすい位置
 - 音声が届きやすいようマイクの近くへ

Education For Implementing End-of-Life Discussion

ロールプレイ②

- 2分間で各々の役作りをして下さい
 - 医療・福祉従事者役は、各自記載したワークシートに目を通しどのように話を進めるかを具体的にイメージしてみてください
 - 楠木さん役は、ワークシートの情報に加えてSTEP1・2の情報も参考に役作りをしてください
 - 観察者は、フィードバックの準備として、ワークシートやSTEP1・2の情報に加えて、講義スライドに目を通してください

全体のまま個人作業です

Education For Implementing End-of-Life Discussion

ロールプレイ②

- 時間は10分間です
- 開始して下さい

ブレイクアウトルームに分かれて行います

Education For Implementing End-of-Life Discussion

フィードバック

- 一般的なルールを意識する
- 病状の認識を確かめる
- 準備状態（レディネス）を確認する
- もしもの時について話し合いを導入する
 - どんな話し方が有効だったか
 - 改善した方がよいところはどこか

医療・福祉従事者役のワークシートを共に見ながら話し合い、より良い言葉に修正しましょう

Education For Implementing End-of-Life Discussion

フィードバック例

1. 医療・福祉従事者役
 - どのような点を意識したか、改善したい点、意見を聞きたい点など
2. 楠木さん役
 - （楠木さんの立場から）話し合いに臨もうと思えた具体的な言葉、改善が必要と感じた点
3. 観察者
 - （客観的な視点から）一般的なルールが実践されていた点、自分も取り入れようと思ったところなど
ブレイクアウトルームに分かれて作業します

Education For Implementing End-of-Life Discussion

ワークシートの言葉の修正

- フィードバックの内容を活かして、明日からの実践で使える言葉を完成させてください

全体のまま個人作業です

Education For Implementing End-of-Life Discussion

ここから講義（後半）です

Education For Implementing End-of-Life Discussion

概要

- 一般的なルール
- 病状の認識を確かめる
- 話し合いを導入する
- **本人の意思を推定する者を選定する**
- 療養や生活での不安・疑問を尋ねる
- 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる
- 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する

Education For Implementing End-of-Life Discussion

本人の意思を推定する者

- 本人の意思を推定する者をあらかじめ本人が選定する
- 本人の意思を推定する者とともに今後の医療・ケアについて話し合い、その過程を共有する
 - 本人にとって大切なこと、価値観、希望、を共有することができる

Education For Implementing End-of-Life Discussion

本人の意思を推定する者を選定する…

- 病状によっては、ご自分の意向を医療・ケアチームに伝えることができなくなることがあります
- そのような場合に、〇〇さんが大切にしていることがよくわかっていて、〇〇さんの代わりに治療やケアについて話し合いをしてくださる方はどなたになりますか？
 - ▶ その方は、〇〇さんがこのような気持ちでいることをご存知ですか？
 - ▶ その方とご病状やこれからの医療・ケアについて話し合ったことはありますか？

Education For Implementing End-of-Life Discussion

本人の意思を推定する者とともに話し合う

- もしよろしければ、次回までに**さんにこのこと（〇〇さんが〇〇さんの意思を推定する者になってほしいと思っていること）を伝えて、次回一緒にお越しいただきませんか？
- （本人の意思を推定する者に対して・・・）〇〇さんはこのようなお気持ちでいらっしゃいますが、今後、もし病状のために〇〇さんが自分の意向を伝えられなくなった時に、〇〇さんのお気持ちを医療・ケアチームに伝えていただくことはできますか？

Education For Implementing End-of-Life Discussion

本人の意思を推定する者と意思決定を共有する

- 「本人の意思を推定する者」が、どのような役割を果たすかについて自覚し、医療・ケアチームを含めた話し合いを継続的にもつことが重要
 - 家庭などでの日常の語りを通して、本人の価値観への理解が深まることを期待する
- 複数の本人の意思を推定する者がいるとき（もしくは想定されるとき）
 - 同席してもらい機会を作る
 - 記録を残し共有
 - 録音する

Education For Implementing End-of-Life Discussion

概要

- 一般的なルール
- 病状の認識を確かめる
- 話し合いを導入する
- 本人の意思を推定する者を選定する
- **療養や生活での不安・疑問を尋ねる**
- **療養や生活で大切にしたいことを尋ねる**
- 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する

Education For Implementing End-of-Life Discussion

不安や疑問を尋ね、主治医との仲介役になる

- （今後の）病気や治療のことでわからないことや不安なことはありますか？
 - よろしければそのことについて詳しく教えてください
 - そのことについて、先生に相談したことはありますか？
 - もしよろしければ尋ねてみませんか？
 - もしよろしければ、私から、先生にそのことを話してもらえるようお願いしましょうか？
 - 〇〇さんが、このことを不安に思っていることについて主治医の××先生にお伝えしてよろしいですか？

Education For Implementing End-of-Life Discussion

希望・大切にしていることしてほしくないことを尋ねる

- 生活や療養の上で一番大切にしていることはどんなことですか？
- 今後どのような医療・ケアを受けていきたいか具体的な希望はありますか？
- 逆に今後これだけはしてほしくないということはあるですか？
- それはどうしてですか？具体的に教えてください

Education For Implementing End-of-Life Discussion

経験を尋ねて探索する…（以前に経験がある場合の尋ね方）

- 万が一
 - 前回と同じような状況になった時に、〇〇さんのお考えに沿って医療・ケアを進めるために、〇〇さんの療養についてのお考えを伺っておきたいと思っています
 - もし前回と同じ状態になった場合にどのように医療・ケアを進めてほしいか、何か具体的な希望はございますか？
 - どのようなことが一番ご心配ですか？
 - これだけはしてほしくないということがあったら具体的に教えてください
- なぜそのようなお考えか詳しく教えていただけますか？

Education For Implementing End-of-Life Discussion

…経験を尋ねて探索する (以前に経験がなく一般的な例示をする場合)

- 病状が進むと、意識が薄れて、ご自分の意思を伝えることが難しくなることがあります
- 万が一のために
 - 病状のために身の回りのことができなくなった時のことについて話し合っておきたいと思っています。そのような時はどこでどのように治療・療養をするか考えたことはありますか？
 - そのような場合に何か具体的な希望はありますか？
 - そのような場合に一番心配なことはどんなことですか？
 - そのような場合に、これだけはしてほしくないということがあったら具体的に教えてください
- なぜそのようにお考えか詳しく教えていただけますか？

…いのちに対する考え方を探索する

- 自分の考えを伝えることができないくらい病状が悪化し、改善の見込みが無い場合、どのような治療を望みますか？
 - 以下自由回答が得られなければ例示
 - 延命に重点を置く
 - ICUへの入室、気管挿管、人工呼吸をする
 - 基本的・一般的な内科治療
 - ICUへの入室、気管挿管、人工呼吸はしない
 - 延命は考えず、快適に過ごすことに重点を置く
- それはどうしてですか？

概要

- 一般的なルール
- 病状の認識を確かめる
- 話し合いを導入する
- 本人の意思を推定する者を選定する
- 療養や生活での不安・疑問を尋ねる
- 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる
- **治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する**

具体的な治療などに対する説明…

- 私たちは〇〇さんの希望に沿った医療・ケアを行えるように努力していこうと思っています
- 現在の病状は・・・
- 今後起きうる状態としては・・・
- 具体的な治療の選択肢は・・・
- それぞれの治療のメリットとデメリットは・・・
- 書面などに書きながら具体的に

…具体的な治療などに対する説明 話しておくことが望ましい内容

- 今後の治療の希望とその理由
- してほしい事／してほしくない事とその理由
- どこで療養したいかとその理由
- 以下の生命維持治療に関する意向とその理由
 - 疾患特異的な治療
 - 人工呼吸器
 - 経管栄養
 - 輸液
 - 抗菌薬
 - 心肺停止時の心肺蘇生 など

参考：意思の柔軟性 (Flexibility)

- 本人の事前意思は常に本人にとっての最善か？
 - 本人の希望していた医療・ケアと医療・ケアチームの推奨、本人の意思を推定する者の意向が食い違う
 - 本人の想定していたことと実際に起こっていることが異なる
 - 事前意思と本人の意思を推定する者の考える本人にとっての最善が異なる
- 本人の意思の柔軟性をあらかじめ尋ねておくことで、本人の意思を推定する者の苦悩が軽減する

※ガイドラインには記載されていません

例えば…

- 肺癌進行期で予後が3-6ヶ月と推定される患者が、もし病状が進行して、呼吸状態が悪くなったら人工呼吸器をつけてほしくないと意向表明
- 現在は身の回りの事は自分ででき、できるかぎり家族といっしょにいたいと願っていた
- 1週間後、細菌性肺炎で救急外来を受診。人工呼吸器の使用が必要と判断され、8割の確率で救命可能だと言われたとしたら・・・

※ガイドラインには記載されていません

Education For Implementing End-of-Life Discussion

…参考：意思の柔軟性について尋ねる

- 病状の変化のために、予想していないことが起こって、医師が（本人の意思を推定する者である）××さんと話し合った上で、〇〇さんの考えと違う治療がより良いのではないかと考えた場合、どう判断するのがよいでしょうか？
- （本人が自宅での療養を望んでいる場合・・・）
もし（本人の意思を推定する者の）××さんが（本人である）〇〇さんにケアをすることがとても負担になったり、家で療養を続けることが困難になった場合、どのようにしたらよろしいでしょうか？

※ガイドラインには記載されていません

Education For Implementing End-of-Life Discussion

面接のおわりに

- 感謝を伝える
 - 今日はお気持ちを聞かせていただいて本当にありがとうございました
- 継続してともに考えていくこと、わからないことはいつでも質問できることを伝える
 - 今日お話ししたことをもとに、いろいろ調整してみますね
 - 私たちは、〇〈さんのご意向を尊重して、〇〈さんの希望に沿った医療・ケアができるように一緒に考えていきたいと思っています。何か気になることがあったら何でもおっしゃってください

Education For Implementing End-of-Life Discussion

まとめ

- 生命の危機がある疾患や病態に直面している本人・家族等と今後の人生、生活、医療・ケアについて話し合うことが重要である
- ACPの「話し合いの導入」は最も難しく、非侵襲的なコミュニケーションを心がける
 - 準備状態（レディネス）を確認する
 - 万が一、もし・・・としたら、という前置きで始める
 - 最善を期待し最悪に備える

Education For Implementing End-of-Life Discussion

E-FIELD

Education For Implementing End-of-Life Discussion

アドバンス・ケア・プランニングの実践を学ぶ
「意思を推定する者を選定する」



Education For Implementing End-of-Life Discussion

ロールプレイ②をしてみよう

以下の2つに着目して行います

- ❑ 一般的なルールを使ってみる
- ❑ 本人の意思を推定する者を選定し、話し合いに加わっていただく



Education For Implementing End-of-Life Discussion

事例…

- 楠木さん。現在84歳。男性。
- 低肺機能、軽度の心不全、胆嚢摘出術の既往
- 78歳の時に脳梗塞を発症し、それを機に日常生活動作能力が低下したが、自分の身の回りのことは自分で出来ていた。
- 今年84歳になった。変形性膝関節症の増悪で全人工膝関節置換術を受けたが、大半をベッド上で過ごす日常生活となり、通院もままならなくなり、訪問診療を受けるようになった。



Education For Implementing End-of-Life Discussion

…事例…

- 膝の手術から3ヶ月後に誤嚥性肺炎を発症し、自宅で1週間の抗菌薬治療を受けた。
- 1ヶ月前（膝の手術から5ヶ月後）にも発熱し、往診で誤嚥性肺炎と診断。酸素飽和度が60%台と著しい呼吸不全をきたしていたため、救急搬送。救急外来で気管挿管、人工呼吸管理となりICUに入院。心不全増悪も合併し、生死をさまよった。
- 2週間の入院治療（ICU＋一般病棟での治療・リハビリ）後になんとか退院。



Education For Implementing End-of-Life Discussion

…事例

- 主治医は、今後も肺炎を繰り返す可能性が高いと判断している。
- 加えて、脳梗塞の再発や心不全増悪のリスクもあると判断している。
- 今日退院後初めての外来。今後の治療・療養、家庭での生活を話し合う目的であなたのところに来た
- もしものときについて話し合うことには 同意しており、話し合いがはじめられた
- 医療従事者であるあなたは、今から、楠木さんの意思を推定する者について話し合いたいと考えている



Education For Implementing End-of-Life Discussion

ロールプレイ②

- 3人組を作ってください
- Aさん、Bさん、Cさんを決めてください
- まず、個人で作業をします。7分間で、自分が医療・福祉従事者役だったとして、自分がどんな言葉で話し始め、どのように声掛けをするか、書き出してみましよう



Education For Implementing End-of-Life Discussion

ロールプレイ②

- Aさんは患者役
- Bさんは医療・福祉従事者役
- Cさんは意思を推定する者

CさんはAさんの子どもです。今日たまたま患者とともに来院しています。

意思を推定する者のCさんは、Aさんが自分（C）にAさんの意思を推定する者になってもらいたいと考えていることを初めて知ったと仮定してください



ロールプレイ場面

- 今日は退院後の初めての外来です
- 医師からの紹介を受けて、今後の治療について話し合いを始めました
- 今から、意思を推定する者についての話し合いを開始してください
- 目標
 - 一般的なルールを使ってみる
 - 意思を推定する者を選定し、話し合いに加わっていただく



…ロールプレイ②…

- 役になりきる : 2分
- ロールプレイ : 10分
- フィードバック : 5分
- 言葉の修正 : 3分



…ロールプレイ②

- では、開始してください。
- 時間は10分間です。
- 時間が余ったら役を解かず、患者—医療・福祉従事者—意思を推定する者の関係で会話を続けてください



フィードバック

- 一般的なルールを使ってみる
- 意思を推定する者を選定し、話し合いに加わっていただく

について、どのような点がよかったか、どんな話し方が有効だったか、改善すべきところはどこかを話し合ってください。

医療・福祉従事者役のワークシートを共に見ながら、話し合ってください。



言葉の修正

- フィードバックの内容を活かして、明日からの実践で使える言葉を完成させてください



E-FIELD

Education For Implementing End-of-Life Discussion

アドバンス・ケア・プランニング

(人生会議) の実践を学ぶ

「治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する」



Education For Implementing End-of-Life Discussion

ロールプレイ③をしてみよう

このロールプレイは以下の点に着目して行います

- 療養や生活での不安・疑問を尋ねる
- 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる
 - ーしてほしいこと
 - ーしてほしくないこと
 - ーいのちに対する考え方を探索する
- 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する



Education For Implementing End-of-Life Discussion

事例・・・

- 楠木さん。現在84歳。男性
- 妻(80歳)と二人暮らし
- 小児の時に肺結核に罹患した影響で、低肺機能の状態
- 軽度の心不全も合併している
- 50代の頃、胆嚢摘出術の既往がある
- 60代から両膝の変形性膝関節症で整形外科通院
- 78歳の時に脳梗塞を発症し、それを機に日常生活動作能力が低下したが、自分の身の回りのことは自分で出来ていた



Education For Implementing End-of-Life Discussion

・・・事例・・・

- 今年84歳になった。変形性膝関節症の増悪で全人工膝関節置換術を受けたが、大半をベッド上で過ごす日常生活となり、通院もままならなくなり、訪問診療を受けるようになった。
- 膝の手術から3ヶ月後に誤嚥性肺炎を発症し、自宅で1週間の抗生薬治療を受けた。
- 1ヶ月前(膝の手術から5ヶ月後)にも発熱し、往診で誤嚥性肺炎と診断。酸素飽和度が60%台と著しい呼吸不全をきたしていたため、救急搬送。救急外来で気管挿管、人工呼吸管理となりICUに入院。心不全増悪も合併し、生死をさまよった。



Education For Implementing End-of-Life Discussion

・・・事例

- 2週間の入院治療(ICU+一般病棟での治療・リハビリ)後になんとか退院。
- 退院後は、ベッド上で過ごし、ポータブルトイレでなんとか自立で行える程度の日常生活。
- 主治医は予後を1年以内と予想している。



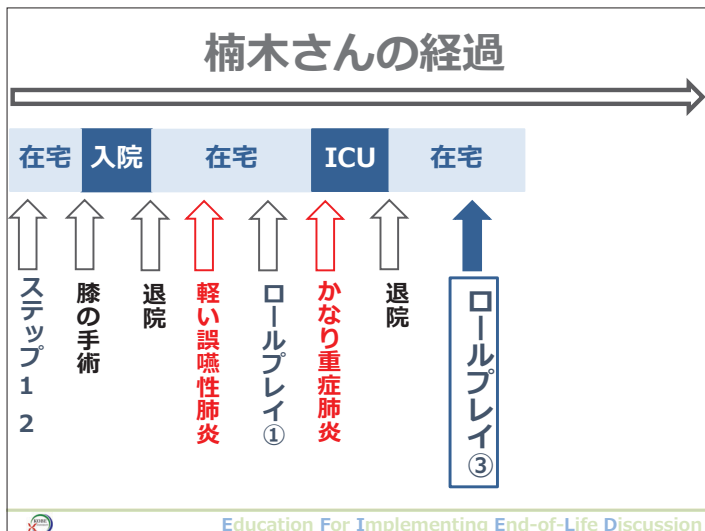
Education For Implementing End-of-Life Discussion

ロールプレイ③場面

- 今日は退院から2週間後の外来フォロー受診のため病院に来院されました。
- 本日、あなたは楠木さんと会う日です。医療・ケアに関わる専門職として、「今後のこと、もしものとき」について話そうと考えています。
- また、楠木さんも、もしものことについて話す心の準備が出来ている様子です。
- なお、妻は、今日は自分自身の病院受診のため、楠木さんのそばにはいません。



Education For Implementing End-of-Life Discussion



ロールプレイ③の目標

- 療養や生活での不安・疑問を尋ねる
- 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる
 してほしいこと、してほしくないこと
 いのちに対する考え方を探索する
- 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する

Education For Implementing End-of-Life Discussion

ロールプレイ③…

- 2人組を作ってください
- まず、Aさん、Bさんを決めてください
- 個人で作業をします
- あなたは医療・ケアに関わる専門職として、楠木さんと、「今後のこと、もしものとき」について話そうと考えています
- どんな言葉で話し始め、声掛けをするか、書き出してみましよう（約10分）

※ 各々の専門職の立場で結構です
 ※ 読める字で書いてください（後で見せ合うため）

Education For Implementing End-of-Life Discussion

…ロールプレイ③…

- 役になりきる : 1分
- ロールプレイ : 10分
- フィードバック : 4分
- 言葉の修正 : 1分

Education For Implementing End-of-Life Discussion

ロールプレイ③

- Aさんは 役
- Bさんは 役です

先ほど提示した情報以外は、自由に設定して構いません。

2分間で各々の役になりきってください

Education For Implementing End-of-Life Discussion

ロールプレイ③

- 時間は10分間です
- 時間が余ったら役を解かず、患者と医療・福祉従事者の関係で会話を続けてください
- では、開始してください

Education For Implementing End-of-Life Discussion

フィードバック

- 療養や生活での不安・疑問を尋ねる
- 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる
してほしいこと、してほしくないこと
いのちに対する考え方を探索する
- 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する
について、どのような点がよかったか、どんな話し方が有効だったか、改善すべきところはどこかを話し合ってください。
医療従事者役のワークシートを共に見ながら、修正・追加をしてください。



言葉の修正

- 医療・福祉従事者役の方は、フィードバックの内容を活かして、言葉をさらに良いものにしてください
- 患者役の方は、次に医療・福祉従事者役となりますので、自分の言葉を見直し、さらに良いものにしてください



役割を交代しましょう

- Bさんは 役
- Aさんは 役

先ほど提示した情報以外は、自由に設定して構いません。

2分間で各々の役になりきってください



ロールプレイ③

- 時間は10分間です
- 時間が余ったら役を解かず、患者と医療従事者の関係で会話を続けてください
- では、開始してください



フィードバック

- 療養や生活での不安・疑問を尋ねる
- 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる
してほしいこと、してほしくないこと
いのちに対する考え方を探索する
- 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する
について、どのような点がよかったか、どんな話し方が有効だったか、改善すべきところはどこかを話し合ってください。
医療従事者役のワークシートを共に見ながら、修正・追加をしてください。



言葉の修正

- フィードバックの内容を活かして、明日からの実践で使える言葉を完成させてください



ロールプレイ①

氏名 _____

事例**

- 楠木さん。現在 84 歳。男性。
- 妻(80 歳)と二人暮らし
- 既往歴：肺結核後遺症、胆嚢切除術(50 代)、脳梗塞(78 歳)、慢性心不全
- 今年 84 歳。変形性膝関節症の増悪で右膝が痛み、大半をベッド上で過ごし妻に介護負担をかけるようになったため、家族や医療者と話し合った末、全人工膝関節置換術を受けた。
- 手術自体は成功し、右膝の痛みはやや改善し自宅に退院した。しかし痛みは残存し、一日の大半をベッド上で過ごす生活は変わらなかった。通院もままならなくなり、訪問診療を受けるようになった。食事は、術前は米飯を食べることが出来ていたが、時折むせるようになり、おかゆを好むようになった。
- 膝の手術から 3 ヶ月後経った頃に発熱と咳嗽症状が出現。訪問診療医は誤嚥性肺炎と診断。1 週間の抗菌薬の治療を在宅で受けた。
- しかし、それを機にさらに嚥下機能が低下し、主食をおかゆにすることに加えて、おかずはミキサーにかける必要性が出てきた。
- 徐々に全身状態が悪化し、明らかにやせが進行。
- 主治医は、今後も肺炎を繰り返す可能性が高いと判断している。
- 加えて、脳梗塞の再発や心不全増悪のリスクもあると判断している。

【現在の楠木さんの状態・心情】

- 肺炎は落ち着き、食事の時にたまにむせることはあるが調子はまずまず。
- 楠木さん本人はまだ大丈夫だろうと考えている。
- 一方で、調子が少しずつ悪くなってきていることも自覚しており、今後病状が悪くなった時の生活を心配している。
- もしものとき、については「深く考えたことはない」が、考えることに抵抗は感じていない

【ロールプレイ①場面】本日、あなたは楠木さんと会う日です(膝の手術から 4 ヶ月後)。医療・ケアに関わる専門職として「今後のこと、もしものとき」について話そうと考えています。

【ロールプレイ①の目標】

- 一般的なルールを意識する
- 病状の認識を確かめる
- 準備状態(レディネス)を確認する
- もしもの時について話し合いを導入する

【個人作業】（約10分）

あなたは医療・ケアに関わる専門職として、楠木さんと、「今後のこと、もしものとき」について話そうと考えています。どんな言葉で話し始め、声掛けをするか、書き出してみましよう。

※各々の専門職の立場で結構です。※フィードバックに使いますので読める字で書いてください。

★次の一般的なルールを意識してください

- 礼儀正しく、丁寧に接する
- 侵襲的でないコミュニケーションを心がける
- 感情に留意し、感情に気づいたらその対応を優先する
- 本人の希望を尋ね共感し、そのうえで話し合いを切り出す（最善を期待し、最悪に備える）

【病状の認識を確かめる】

【準備状態（レディネス）を確認する】

【もしもの時について話し合いを始める】

ロールプレイ③

氏名 _____

事例**

- 楠木さん。現在 84 歳。男性。
- 妻(80 歳)と二人暮らし
- 小児の時に肺結核に罹患した影響で、低肺機能の状態。
- 軽度の心不全も合併している
- 50 代の頃、胆嚢摘出術の既往がある。
- 60 代から両膝の変形性膝関節症で整形外科に通院。
- 78 歳の時に脳梗塞を発症し、それを機に日常生活動作能力が低下したが、自分の身の回りのことは自分で出来ていた。
- 今年 84 歳になった。変形性膝関節症の増悪で全人工膝関節置換術を受けたが、大半をベッド上で過ごす日常生活となり、通院もままならなくなり、訪問診療を受けるようになった。
- 膝の手術から 3 ヶ月後に誤嚥性肺炎を発症し、自宅で 1 週間の抗菌薬治療を受けた。
- 1 ヶ月前(膝の手術から 5 ヶ月後)にも発熱し、往診で誤嚥性肺炎と診断。酸素飽和度が 60% 台と著しい呼吸不全をきたしていたため、救急搬送。ER で気管内挿管、人工呼吸管理となり ICU に入院。心不全増悪も合併し、生死をさまよった。
- 2 週間の入院治療 (ICU+一般病棟での治療・リハビリ) 後になんとか退院。
- 退院後は、ベッド上で過ごし、ポータブルトイレでなんとか自立で行える程度の日常生活。
- 主治医は予後を 1 年以内と予想している。

【ロールプレイ場面】今日は退院から 2 週間後の外来フォロー受診のため病院に来院されました。本日、あなたは楠木さんと会う日です。医療・ケアに関わる専門職として、「今後のこと、もしものとき」について話そうと考えています。また、楠木さんも、もしものことについて話す心の準備が出来ている様子です。なお、妻は、今日は自分自身の病院受診のため、楠木さんのそばにはいません。

【ロールプレイ③の目標】

- 療養や生活での不安・疑問を尋ねる
- 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる
- いのちに対する考え方を探索する
- 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する

【個人作業】（約10分）

あなたは医療・ケアに関わる専門職として、楠木さんと、「今後のこと、もしものとき」について話そうと考えています。どんな言葉で話し始め、声掛けをするか、書き出してみましよう。
※各々の専門職の立場で結構です。※フィードバックに使用しますので読める字で書いてください。

発表用フォーマット

E-FIELD

Education For Implementing End-of-Life Discussion

発表用フォーマット

Education For Implementing End-of-Life Discussion

アイス・ブレイキング

- 自己紹介（1人45秒）
 - 名前
 - 勤務先と所属
 - 「最期の晩餐」として何を食いたいのか
 - それはなぜ？
- 全員が終わったらグループで最も印象深かった「本日のお題」を選ぶ
- 今日の研修会の役割分担をする



Education For Implementing End-of-Life Discussion

アイスブレイキング 司会・書記・発表者を決めてください

| セッション | 司会 | 書記 | 発表者 |
|---------|----|----|-----|
| Step1 | | | |
| Step3・4 | | | |

- ・司会と書記は別の施設から選んでください
- ・書記はキーボード入力が多い、PC操作に慣れていない人が望ましいです

Education For Implementing End-of-Life Discussion

STEP 1: 本人の意思決定する力を考える

楠木さんの意思決定する力の各要素（表明、理解、認識、論理的思考）について、話し合ってください

- ① 評価の根拠について話し合い、（ ）内に番号または○・△・×を記入してください。また、そう判断した理由は何ですか。
（○：できている、△：一部できている、×：できていない）
- ② 評価の結果を 1：十分、2：再評価が必要、3：不十分のいずれかからを選択してください
- 1を選択：次の要素へ進んでください
- 2か3を選択：以下の③、④をそれぞれ話し合ってください
- ③ より正しく評価するための対応や不足している情報について
- ④ 力を高めるための支援方法について

Education For Implementing End-of-Life Discussion

STEP 1：本人の意思決定する力を考える「表明」

| | |
|------------------------------|--|
| ①評価の根拠 (判定した理由も話し合ってください) | 下記のいずれかができるなら、ありと判断する 1：自分の考えや選択を、口頭で伝える 2：自分の考えや選択を、書面やジェスチャー等で伝える 3：自分の考えや選択を、他者を介して伝えている 4：自ら決定せず、他者に選択を任せている |
| ②評価の結果 | 下記の1～3の中から一つを選択：（ ） 1：十分、2：再評価が必要、3：不十分 |
| ③より正しく評価するために不足している情報や対応 | |
| ④「表明」の力を高めるためにできる支援 | |

Education For Implementing End-of-Life Discussion

STEP 1：本人の意思決定する力を考える「理解」評価例

| | |
|------------------------------|---|
| ①評価の根拠 (判定した理由も話し合ってください) | 説明を受けた下記の事項について、正しく言及/記憶しているか？ 括弧に○、△、×を記入 1：病名、病状、病期（△） 2：推奨された検査や治療、代替案（△） 3：それらのメリット（効果など）とデメリット（副作用など）（△） |
| ②評価の結果 | 下記の1～3の中から一つを選択：（ 2 ） 1：十分、2：再評価が必要、3：不十分 |
| ③より正しく評価するために不足している情報や対応 | 病名・病状を本人の言葉で話してもらおう（上記1について） 「ご自分の病名や病状についてどのような説明を受けたか、教えていただいてもよろしいですか？」と質問する |
| ④「理解」の力を高めるためにできる支援 | ・複数回の説明（上記1について）：部分的な誤解については、一度に情報を口頭で伝えても理解が難しいことが一因ではないかと推測される ・パンフレットなど言語以外の方法（上記1、2、3について）：より理解が深まる可能性がある |

Education For Implementing End-of-Life Discussion

STEP 1 : 本人の意思決定する力を考える「認識」

| | |
|------------------------------|---|
| ①評価の根拠 (判定した理由も話し合ってください) | 下記の事項について、自覚しているか？ 括弧に ○、△、× を記入 1 : 診断されている病気に罹患していること () 2 : 病気や治療が、自分に大きな影響をもたらすこと () 3 : 病気や症状がもたらすつらさ () 4 : 提案された治療への期待や不安 () 5 : 意思決定を求められていること () |
| ②評価の結果 | 下記の1～3の中から一つを番号を選択： () 1 : 十分、2 : 再評価が必要、3 : 不十分 |
| ③より正しく評価するために不足している情報や対応 | |
| ④「認識」の力を高めるためにできる支援 | |

STEP 1 : 本人の意思決定する力を考える「論理的思考」

| | |
|------------------------------|--|
| ①評価の根拠 (判定した理由も話し合ってください) | 下記の事項に基づいて受ける治療を選択しようとしているか？ 括弧に ○、△、× を記入 1 : 提示された複数の選択肢の比較 () 2 : 一つの方針がもたらすメリットとデメリットについての考慮 () 3 : 選択がその後の日常生活に与える影響についての考慮 () 4 : 患者自身の価値観や日常生活で大切にしていること () |
| ②評価の結果 | 下記の1～3の中から一つを番号を選択： () 1 : 十分、2 : 再評価が必要、3 : 不十分 |
| ③より正しく評価するために不足している情報や対応 | |
| ④「論理的思考」の力を高めるためにできる支援 | |

STEP 1 : 本人の意思決定する力を考える

4要素の評価を踏まえ、
今後の変形性膝関節症の治療に関する
楠木さんの意思決定する力を判断してください

決定する力はあると考える (STEP2へ進む)

決定する力はないと考える (STEP3/4へ進む)

Step 2:グループワーク

本人の意向を知り、本人にとっての最善の選択のための対話ができる

- 話し合いを視聴 (7分)
- 施設単位で話し合い (10分)
 - 更に本人の価値観を知るためにはどのような言葉がけをしたら良いでしょうか？本人と医療者が相互に何を伝えるべきか、何を知るべきかという観点から具体的なセリフを書き出して下さい

Step 2:グループワーク

更に本人の価値観を知るためには、どのような言葉がけをしたら良いか？

- 例)
- ・楠木さんの「治療を受けた上でどのような生活を送りたいか」を尋ねる質問
 - ・楠木さんの「こんな生活になることは避けたい」と考えていることを知るための質問
 - ・楠木さんが治療の選択をしやすくするための追加情報をどう伝えるか

- 「
- 「
- 「
- 「
- 「

書記、発表者は各施設で適宜決めてください

Step 3.4 グループワーク

- 4分割表とワークシートがあります

| | |
|---|---|
| <p>医学的適症</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 三回目の誤嚥性肺炎、抗生物質治療にて改善せず 2 遷延する低栄養状態 3 嚥下困難・自力食事摂取不能 4 経鼻経腸栄養実施中 5 チューブ自己抜去あり身体拘束が必要 6 認知機能低下・気力低下・食欲低下 7 人工栄養で1年の予後が見込める、人工栄養は永続的となる 8 胃ろう造設の選択あり | <p>患者の意向（嗜好）</p> |
| <p>QOL</p> | <p>周囲の状況</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 家族は楠木さんの状況をよく理解している 2 経鼻経腸栄養中止に関して、家族の意見は一致している 3 妻は介護に熱心だが介護疲れがある 4 家族仲は良好、長男家族も頻回に見舞いを行っている 5 経済的に大きな問題はない 6 家族は「可哀想で見てられない」と感じている 7 家族は経腸栄養開始について、本当の気持ちを言えなかった 8 妻は夫の楠木さんを自宅で看取りたいと希望している。 |

① 楠木さんが大切にしたいこと、その根拠となる情報

② ①を尊重するために提供できる医療・ケア

Education For Implementing End-of-Life Discussion

③楠木さんの推定意思をより確かなものにするために、医療・ケアチームとしてどのような関わりができますか？

Education For Implementing End-of-Life Discussion