

令和2年度厚生労働省委託事業
人生の最終段階における医療体制整備事業

本人の意向を尊重した 意思決定のための相談員研修会

E-FIELD

Education For Implementing End-of-Life Discussion



神戸大学

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.....	75
講義4 アドバンス・ケア・プランニング(人生会議).....	87
アドバンス・ケア・プランニング(人生会議)の実践を学ぶ.....	95
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	
STEP3 本人の意思を推定する.....	121
STEP4 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.....	125
発表用フォーマット.....	141

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2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」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相談員を含む医療・ケアチームの育成をすること、また、医療従事者等にガイドライン及び人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）への理解を深めてもらうことで、人生の最終段階における医療・ケアについて本人の意思が尊重される環境整備に資することを目的とする



Education For Implementing End-of-Life Discussion

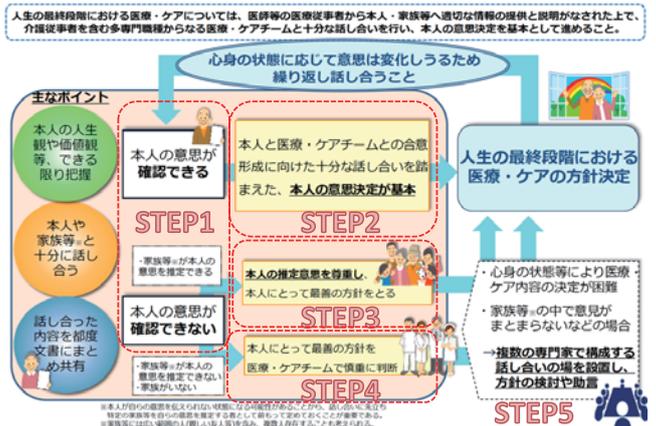
研修会での具体的な目標

- 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

- 事前学習で法的・倫理的な基礎知識とガイドラインの概要を学ぶ
- 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）
- 本人の価値観や考えを医療・ケアに反映させるための話し合い（ACP）
- 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）
- 本人にとっての最善の方針を医療・ケアチームで慎重に判断（Step4）
 - 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

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
- 質問があるときはチャットに書くか、挙手をお願いします



Education For Implementing End-of-Life Discussion

ファシリテーター紹介



Education For Implementing End-of-Life Discussion

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

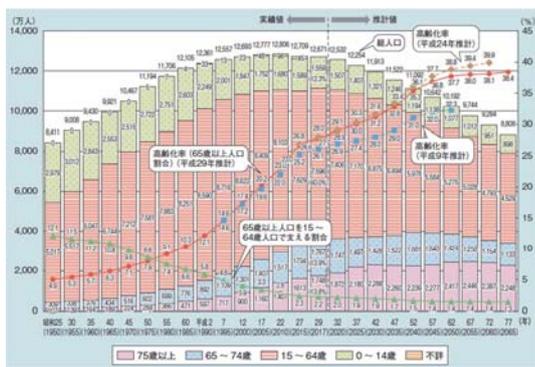
ガイドラインに基づいた意思決定
- overview -

学習目標

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

高齢化の現状と将来像

内閣府 平成30年版高齢社会白書



人生の最終段階における医療・ケアの特徴

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

終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン

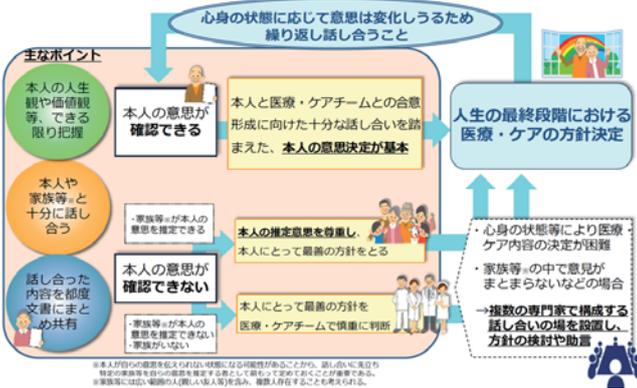
- 2つの生命維持治療の中止に関わる事件
- 医師に対する執行猶予付き有罪判決
- 2007年 射水市民病院事件を契機に厚生労働省に「終末期医療の決定プロセスに関する検討会」設置。「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」公表

H30 ガイドライン改訂の要点

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

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」
意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多職種チームからなる医療・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。



※本人が自分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、特定の医療行為を目的とした意思決定支援を行うこととして取り決めておくことが重要である。
※家族等には話し合いの場（本人・本人等）を設け、意思決定することもある。

ガイドラインの骨子

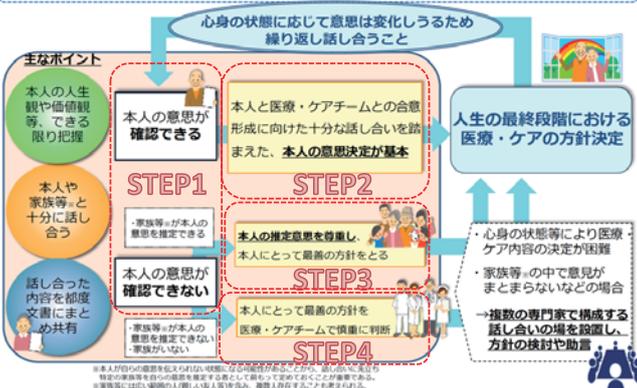
- 一人で決めない、一度に決めない
- 本人と医療・ケアチームとの十分な対話
- そのうえでの本人の意思を尊重
- 意思決定ができなくなったときに備えて、家族等を含め繰り返し話し合うことが必要
 - 話し合いの結果は都度文書にまとめ共有
- 本人の意思が確認できないときは
 - 家族等も含め本人の意思を推定しそれを尊重
 - 医療福祉従事者は多職種チームで関わる



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チームからなる医療・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。



※本人が自分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、特定の医療行為を目的とした意思決定支援を行うこととして取り決めておくことが重要である。
※家族等には話し合いの場（本人・本人等）を設け、意思決定することもある。

「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」 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年以來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) 本人の意思は変化するものであり、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す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			
Step 3・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秒でご紹介ください。
- 会場の皆さんは、率直なご感想を反応、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



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することもできない。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から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



Education For Implementing End-of-Life Discussion

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



Education For Implementing End-of-Life Discussion

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



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

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



Education For Implementing End-of-Life Discussion

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.](#)



Education For Implementing End-of-Life Discussion

- 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なら機能するか
 - 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うので、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

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

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

医療・ケアにおける倫理

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

特にどんな意思決定か

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

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）



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、治癒ないし延命目的であれ、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？



臨床倫理の目指すところ

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



臨床における倫理の基礎

2. 臨床倫理はなぜ必要か



①医療の進め方の変化

- 「ともに考える」プロセスとしてのインフォームド・コンセント（IC）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



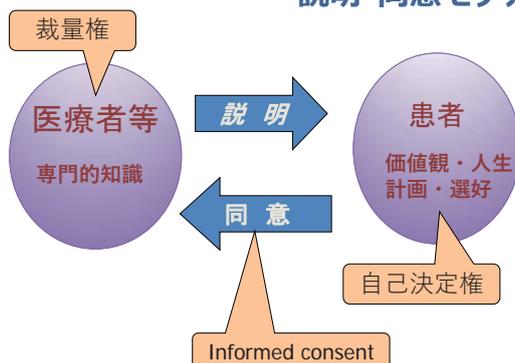
「インフォームド・コンセント」

- 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

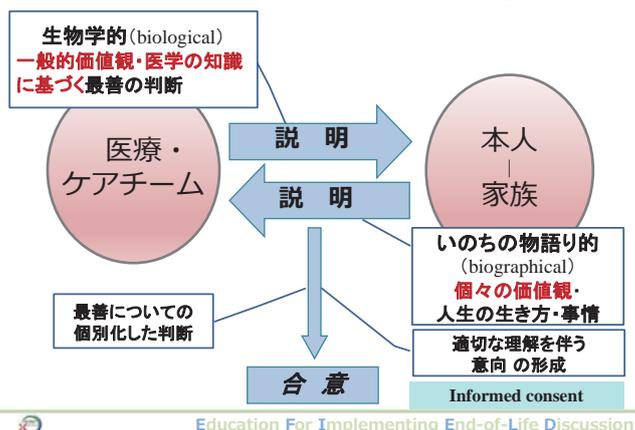
プロセスとしてのIC

- 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、合意へ至るプロセスを重視

アメリカ大統領委員会報告書
『医療における意思決定』（1982）

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

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、自分はどう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

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・家族等がよく話し合ったうえで「ともに」決める（共同意思決定 *shared decision making*）

「ともに考える」と何が起きる？

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



② 医療の目的の変化

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



QOLを真剣に考える

- Quality of life : 本人にとっての「生活/人生の質」（良い暮らし/ひどい暮らし）
 - 専門家が一方的に評価しきれるものではないし、本人であっても良くわからない場合もある
 - QOLは究極的には「不可知」（猪飼周平）
- そもそも何を目標として医療を行うべきか、その都度話し合って設定することに
 - 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



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

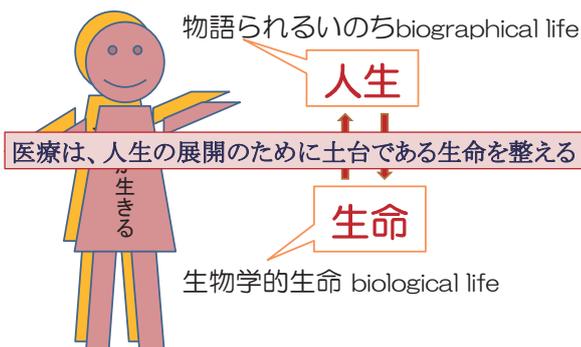
- 豊かな「人生」のため「生命」を支える

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。



人のいのちの二重の見方



「偏見」があることを前提に

- 医師は自分の患者のQOLを患者自身よりも低く見ている
 - 医師は主に症状に基づいて「耐えがたい」と考える
 - 患者にとっては対人関係や経済状態、社会的状況など医療と関係のない要因も重要
- QOLについての医師の評価が蘇生措置などの重要な決定に影響を与えている

Albert Jonsen 他『臨床倫理学 第5版』新興医学出版社、2006年



③社会的な要請

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



「プロセス・ガイドライン」

- マニュアル的な判断基準は定めず、踏むべきプロセスだけを定めたルール（WhatではなくHow）
 - 厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」
- 「こういう場合には治療中止してよい」といった記載の代わりに、どういう手続き（プロセス）を経てそうした決定をすべきかを定める
 - 「決め方」についてのガイドライン



厚労省ガイドラインの骨子

1. 医療・ケアチームで取り組む
 - 主治医の単独行動からチームプレーへ
 - メンバーは医療スタッフのみに限られない
2. 本人の意思確認が大事
3. 本人の意思確認ができない場合には、
 - 家族等が十分な情報を得たうえで、**本人が何を望むか、本人にとって何が最善かを、**医療・ケアチームとの間で話し合う



ガイドラインの背景

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



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、疾患名それ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



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）



なぜ「プロセス」が大事なのか

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



社会が求めていること

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



臨床における倫理の基礎

3. 臨床の倫理原則



倫理原則とは

- 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

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



問題の検討 ぎりぎりまで調整

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



ぎりぎりまで調整するために

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



まとめ

- 臨床倫理とは、本人の意向を尊重しながら医療・ケアチームが活動していくさいに、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. 「ともに考える」プロセスとしてのインフォームド・コンセント
 2. 「QOLの維持・向上」という目標（「人生」のために「生命」を支える）
 3. 意思決定プロセスの充実と透明化



まとめ

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



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



- 「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すし、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

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
- 評価の前に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

事例紹介

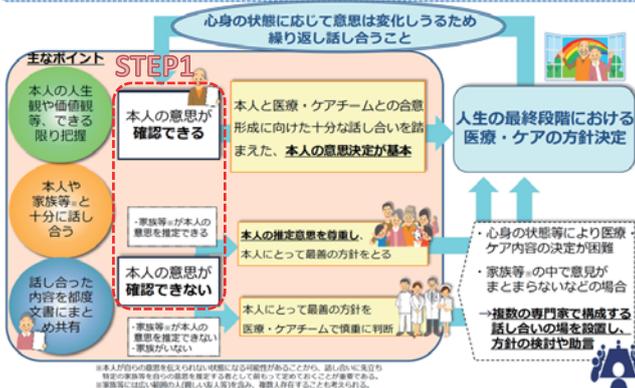
楠木さん

– 84歳、アルツハイマー病による軽度認知障害
– 変形性膝関節症で受診

- 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？

「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。



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
- 表明する決定内容が相手によって異なる
- 意思決定する力の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)

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
- 評価の前に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

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「意思決定能力がない」とは判断してはならない（不合理な選択の尊重原則）
- 評価者には「意思決定能力がない」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）
- 十分な意思決定支援のうえでの評価が大前提

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



意思決定する力を高める支援

- 情報開示の工夫
例：複数回の説明、文章・図・通訳の活用
- 場の設定
例：家族や友人に同席してもらう
- 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



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臆測ではない

理解

意思決定のために必要な事項を理解している

論理的思考

決定内容は選択肢の比較や自身の価値判断に基づいている

認識

病気、治療、意思決定を自分自身の問題としてとらえている

表明

自分の考えや結論を伝える

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

(Grisso, et al. 1998)



意思決定する力の評価方法

1. 情報開示：話し合いの中で必要な情報を伝える
 - 病名、病因、機序、兆候、症状、経過
 - 治療しない場合に予想される経過
 - 推奨される治療：医学的に見て最善と思われるもの
 - 代替となる治療
 - それぞれの治療に伴う負担やデメリット
 - その他の重要事項
2. インタビュー：質問、説明、発言や回答内容の評価
 - 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（重要事項や回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：患者の返答を記録する

(Grisso, et al. 1998)



“理解”の評価

意思決定のために必要な事項を理解している

【質問の例】

- ✓ どのような説明を受けましたか？ 教えてください
- ✓ あなたの病名は何ですか？

【評価のポイント】

- 病気の内容（病名、病状、病期など）
 - 提案された治療と代替案の内容
 - それらの利益（効果など）と負担（副作用など）
- について、説明内容を述べるかどうか

(Grisso, et al. 1998)



楠木さんの意思決定する力の評価：理解

- 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、この会話のやりとりからは不明である（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、手術しろって言ってた」という発言から、部分的に誤解もあると考えられる
- アルツハイマー型認知症と診断されており、長谷川式簡易知能評価スケールで17点であるが、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



意思決定する力を評価するために 不足している関わり・情報

- 不足している関わりや情報
例) 病名・病状を本人の言葉で話してもらい、
理解を確認する
(「ご自分の病名や病状をどのように理解
しているか、教えていただけてよろしい
ですか?」)



意思決定する力を高める支援

- 意思決定する力を高める支援
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



“認識”の評価

病気、治療、意思決定を自分自身の問題としてとらえている

【質問の例】

- ✓ 今回のご病気については、どのようなことでお困り
ですか?
- ✓ どのような治療をご希望ですか? その理由も教えて
いただけますか?

【評価のポイント】

- 病気や症状の存在を自覚し、治療や意思決定の必要
性を自分のこととしてとらえている
- 提案された治療方針が自分の健康に利益をもたらす
ことを理解している

(Grisso, et al. 1998) ¹⁵



“論理的思考”の評価

決定内容は選択肢の比較や自分自身の価値判断に基づいている

【質問の例】

- ✓ 説明した治療の中ではどれが最もよいですか?
その理由も教えていただけますか?
- ✓ あなたが選択した方針はあなたの生活にどのように
影響すると思われますか?

【評価のポイント】

- 選択肢が自分に与える利益と不利益をバランス
をとりながら自己査定している
- 選択が日常生活に与える影響について述べる
- 選択の内容は一貫している
- 選択は患者自身の推論に基づいている

(Grisso, et al. 1998) ¹⁶



“表明”の評価

自分の考えや結論を伝える

患者は口頭で返答する必要はなく、書面や他者を介した
伝達でもよい

【評価のポイント】

- 提示された選択肢の中から特定のものを選んで
いる
- あるいは、他者に選択を依頼している

(Grisso, et al. 1998) ¹⁷



意思決定する力を高める支援と 再評価

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



評価と判定の注意点

- バランスのとれた評価
 1. 患者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. 患者の意向を尊重しつつ（自律尊重）、危険な結果から保護する（パターナリズム）ように判定する
- 各要素が著しく欠如している場合、患者の思考に論理性がなく、患者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、本人に代わる者として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



まとめ

- 意思決定する力の評価は
 - －年齢、病名、社会背景などからの憶測ではない
 - －能力を最大限に高めてから行う
 - －適切な情報開示の上で、
 - －患者の発言や質問に対する回答から評価する
 - －理解、認識、論理的思考、表明を評価する
 - －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
- 意思決定する力の有無は状況により異なる



グループワーク

- 楠木さんの意思決定する力を評価してください
 - －理解／認識／論理的思考／表明
- 意思決定する力を評価するために不足している情報や関わりがありますか？
- どのような支援をすると、意思決定する力が高まりますか？



グループワーク

- グループ内で話し合い（30分）
 - －司会、書記、発表者を決める
 - －発表用フォーマットにそって話し合う
 - －書記は話し合った内容を発表用フォーマットに記載する
- 全体共有（20分）



Step1:本人の意思決定する力を考える

- 4つの要素のそれぞれについて、1) 楠木さんの力を評価し、2) その理由、3) 評価のために必要な情報、4) 力を高めるためにできる支援、を話し合ってください。
- 本人の意思決定する力は以下から選択してください（複数選択可能）
 1. 十分
 2. 情報不足で評価が困難
 3. 意思決定する力を高める支援をして評価をすることが必要
 4. 不十分



Step1 本人の意思決定する力を考える「理解」

評価	1:十分である可能性が高いが、2&3:情報収集や高める支援をして評価の精度を高めることが必要
理由	<ul style="list-style-type: none"> ・病名・病状に言及しておらず、変形性膝関節症という疾患について理解できているかどうかは、この会話のやりとりからは不明である（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す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 ・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
評価のために必要な情報	病名・病状を本人の言葉で話してもらい、理解を確認する（「ご自分の病名や病状をどのように理解しているか、教えていただいてもよろしいですか？」）
「理解」を高めるためにできる支援	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はある



Step1 本人の意思決定する力を考える「認識」

評価	(1~4のうちから選択、複数回答可。1:十分,2:情報不足で評価が困難,3:意思決定する力を高める支援をして評価をすることが必要,4:不十分)
理由	
評価のために必要な情報	
「認識」を高めるためにできる支援	



Step1 本人の意思決定する力を考える「論理的思考」

評価	(1~4のうちから選択、複数回答可。1:十分,2:情報不足で評価が困難,3:意思決定する力を高める支援をして評価をすることが必要,4:不十分)
理由	
評価のために必要な情報	
「論理的思考」を高めるためにできる支援	



Step1 本人の意思決定する力を考える「表明」

評価	(1~4のうちから選択、複数回答可。1:十分,2:情報不足で評価が困難,3:意思決定する力を高める支援をして評価をすることが必要,4:不十分)
理由	
評価のために必要な情報	
「表明」を高めるためにできる支援	



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(判断の根拠も記載してください)

－理解

- ・病名・病状に言及しておらず、変形性膝関節症という疾患について理解できているかどうかは、この会話のやりとりからは不明である（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す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、手術しろって言ってた」という発言から、部分的に誤解もあると考えられる
→アルツハイマー型認知症と診断されており、長谷川式簡易知能評価スケールで17点ではあるが、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

－認識

－論理的思考

－表明

- 意思決定する力を評価するために不足している情報や関わりがありますか？

例) 病名・病状を本人の言葉で話してもらい、理解を確認する（「ご自分の病名や病状をどのように理解しているか、教えていただいてもよろしいですか？」）

- どのような支援をすると、意思決定する力が高まりますか？

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

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病による軽度認知障害と言われていた。
- ・ 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つて。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？」

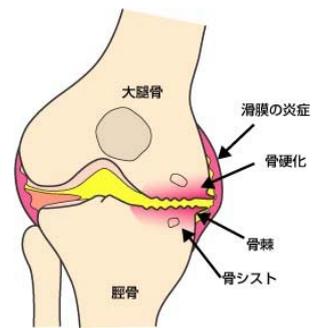
K:「できれば薬は飲みたくないし、今まで飲んだ薬はあんまり効かない。何か、もう少し強い薬があるらしいけど・・・。」

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・・・。」

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して接しています。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。

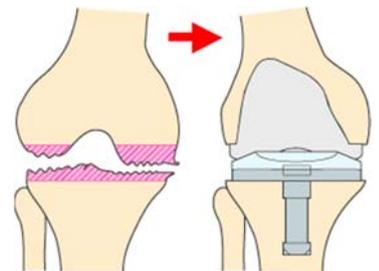


2. 変形性膝関節症とは

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るしない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人が多いです。
- 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。

Step1 本人の意思決定する力を考える「理解」

評価

1:十分である可能性が高いが、

2&3:情報収集や高める支援をして評価の精度を高めることが必要

理由	<ul style="list-style-type: none"> ・病名・病状に言及しておらず、変形性膝関節症という疾患について理解できているかどうかは、この会話のやりとりからは不明である(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す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 ・一方で「先生は、手術しろって言ってた」という発言から、部分的に誤解もある
評価のために必要な情報	病名・病状を本人の言葉で話してもらい、理解を確認する(「ご自分の病名や病状をどのように理解しているか、教えていただいてよろしいですか?」)
「理解」を高めるためにできる支援	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

Step1 本人の意思決定する力を考える「認識」

評価

(1～4のうちから選択、複数回答可。1:十分,2:情報不足で評価が困難,
3:意思決定する力を高める支援をして評価をすることが必要, 4:不十分

理由	
評価のために必要な情報	
「認識」を高めるためにできる支援	

Step1 本人の意思決定する力を考える「論理的思考」

<p>評価</p>	<p>(1～4のうちから選択、複数回答可。1:十分,2:情報不足で評価が困難, 3:意思決定する力を高める支援をして評価をすることが必要, 4:不十分</p>	
<p>理由</p>		
<p>評価のために必要な情報</p>		
<p>「論理的思考」を高めるためにできる支援</p>		

Step1 本人の意思決定する力を考える「表明」

評価

(1～4のうちから選択、複数回答可。1:十分,2:情報不足で評価が困難,
3:意思決定する力を高める支援をして評価をすることが必要, 4:不十分

理由	
評価のために必要な情報	
「表明」を高めるためにできる支援	

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 NME 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-

- 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.

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

学習目標

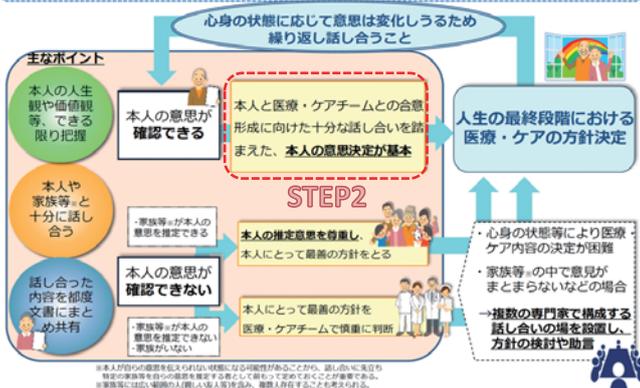
- インフォームド・コンセントとは何かを説明することができる
- インフォームド・コンセントの手順を理解する
- 本人の意向とその背景にある価値観を知ることの重要性を理解し、実践できる
- 本人と医療者が相互に何を伝えるべきか、何を知るべきかを理解する
- 本人の意向を尊重した対話と合意形成を継続していくことの重要性について理解する



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）

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。



インフォームド・コンセントとは？

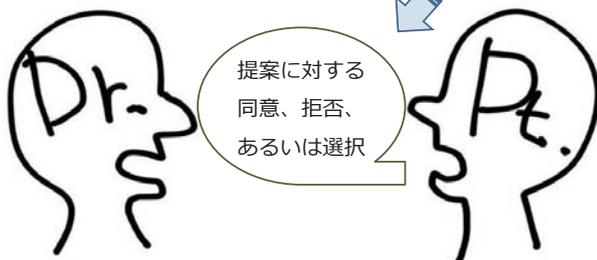
- 患者による、
- 自身に対して行われる診療行為や治療内容に関して、
- 医療者からその目的や内容に対する十分な説明を受け、
- その内容に対して理解をしたうえで、
- 自発的な意思を持った口頭もしくは文書による同意（もしくは拒否）の行為



Education For Implementing End-of-Life Discussion

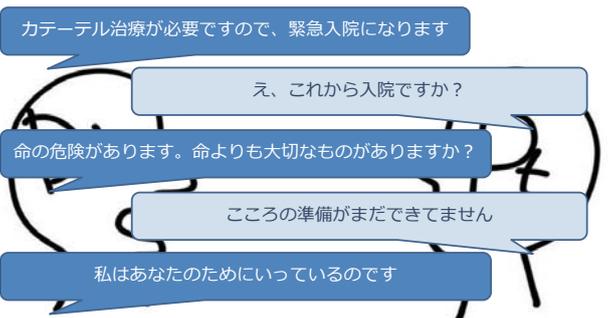
- 以下に関する十分な説明
- ・ 今の状況と今後の見通し
 - ・ 想定される選択肢
 - ・ 各選択肢がもたらす利益・不利益
 - ・ 専門的推奨

説明内容の十分な理解



Education For Implementing End-of-Life Discussion

どこが問題でしょうか？



Education For Implementing End-of-Life Discussion

「患者のため」と一生懸命やっていることが、
なんだかおかしいことになっている



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

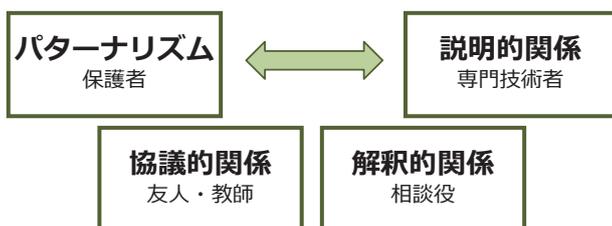
やはりAの治療を受けたほうがいいのでしょうか？

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

患者－医療者関係の4つのモデルと 関係における医療者の役割



Emanuel EJ, JAMA, 1992.



Education For Implementing End-of-Life Discussion

インフォームド・コンセントが成立 する要件

- 本人に同意する能力がある
- 本人への説明がなされる
- 本人が説明内容を理解する
- 医療・ケアを受けることを本人が同意あるいは拒否する



Education For Implementing End-of-Life Discussion

「本人にとって最善の決断」を行う上で 医療者が患者に提供すべきこと

- 病状
- 医療・ケアを受けないとどうなるのか？
- 医療・ケアの選択肢はなにか？
- それぞれについて、医療・ケアを受けることで、本人が得る利益は何か？ 想定される不利益は何か？
- 専門家としての推奨は何か？
- 想定される不利益を最小限にするため、医療者等が準備していること



Education For Implementing End-of-Life Discussion

「説明」のステップに存在する問題

- 意思決定にあまり関係ない説明の内容が多い（病気のメカニズムなど）
- それぞれの選択肢が選ばれた際に想定される本人への利益・不利益が不明確、あるいは、操作されて伝えられる
- 専門家としての意見が全くない。あるいは、専門家の意見に従うことが基準になっているような説明



Education For Implementing End-of-Life Discussion

「理解」のステップに存在する問題

- 意思決定を行う上で本人が理解すべきことは何か？
- 医療者は本人が理解すべき内容を説明しているか？
- 医療者は、冗長すぎる説明のためにかえって理解を妨げていないか？
- 利益と不利益に関する理解は、バランスを考えられるものになっているか？
- 利益と不利益に関する説明内容は、専門家の意図によってゆがめられていないか？
- 本人の理解は確認されているか？



本人の理解を高める方法

- わかりやすい説明
 - 用語の工夫（特に「高い 低い」とか）
 - 利益と不利益、そのバランスの伝え方
 - 目的と手段とを分ける
- 理解を促進するツール
 - DVDやパンフレットなど
 - 医師以外による補助的な説明
- 理解を確認する
 - 「わかりました」では理解は確認できない



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

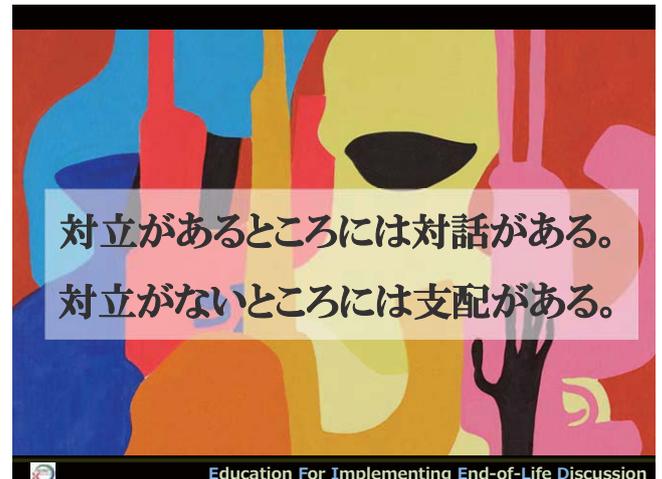
そうですか。うれしいです。ありがとうございます

でもまだ目標の7.0には足りないので、さらにはがんばりましょう

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いいと思いますよ

そうですね、やってみます



「同意」のステップに存在する問題

- 同意は強制されていないか？
- 専門家の価値観が患者の価値観を否定するような状況を作っていないか？
- 拒否をした後も、患者が不利な立場に立たされることはないか？
- 決断を熟慮したり、他者と相談したりする心の余裕が患者にある状況か？
- 同意は場合に応じて随時撤回できる状況にあるか？



正当な治療の辞退

- 治療拒否の妥当性
 - 「患者の自由の尊重」と「患者への健康と益」
 - 治療拒否が患者の死を大きく早める場合問題となる
- 治療拒否の権利
 - 人は自分に対する医療介入を拒否する権利を持つ
 - どのような医療介入も人を傷つける
 - 治療の拒否によってもたらされる死は自殺を意味しない
- 宗教的治療拒否
 - 宗教的価値に基づいた信念は一般的に強固である
 - 一方で、交渉が不可能であるという前提に立つべきではない



「医学的最善」と「本人にとっての最善」

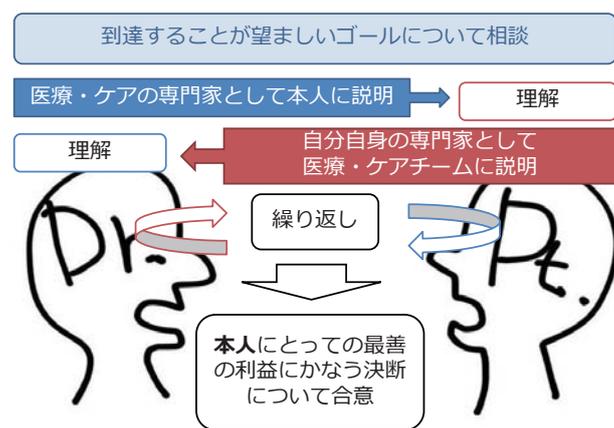
- 「医学的最善」が「本人にとって最善」とは限らない
- 「医学的に無益」なことが必ずしも「本人にとって無益」とは限らない
- 「本人の選好」=「本人にとって最善の選択肢」では必ずしもない

医療者は患者本人のことに對して素人

- 患者自身の専門家である本人から、最善の選択にかなうための情報を教えてもらう必要がある
- 「自分は患者本人について何もわかっていない」と言うスタンスが求められる

合意形成にあたり 医療・ケアチームが知るべき本人のこと

- どうなりたいと考えているのか？
- 医療・ケアに何を期待しているか？
- 最も優先してほしいことは何か？
- 病気や医療が本人の生活に与える影響
- 本人にとって受け入れがたいことやつらいことは何か？
- 推奨された医療・ケア計画を現実的に守っていくことができそうか？
- 誰と相談したいか？
- 誰に話してほしいか？



本人の意向を尊重するうえでの配慮

- 意思決定への参加を希望しているか？
- 意向は自発的であるか？
- 遠慮していないか？
- 意向は安定しているか？
- 本人と家族等の意向は基本的に一致しているか？
- 治療効果を過大評価または過小評価していないか？
- 他の情報源からの不十分で偏った情報の影響下でないか？
- 実現困難な目標を設定していないか？

ともに考えるための臨床倫理チェックリスト p.17

まとめ

- 専門家の視点からは推奨されない選択が、本人にとって最善の選択であることはしばしばある
- インフォームド・コンセントは「自分が決断できる状態」で、「説明を聞く(説明しあう)」、「理解する(理解しあう)」、「(ともに)考えて決断する」という4つの構造で成立している
- 意思決定プロセスにおいては「専門的な情報を本人にわかってもらうこと」と同様、「本人の状況や感情を専門家側が本人から教えてもらい、理解し、そこに共感する(なるほど、と感じる)」ことが大切である
- 人生の最終段階の医療・ケアにおいては「どうしてもしてほしくないこと」を尊重する

グループワーク

- 2つの話し合いを視聴（10分）
- 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



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。



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



グループワーク

- 2つの話し合いを視聴（10分）
－話し合いの目的が達成できているか、2つの動画にどのような違いがあるかに注目してください
- 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



グループワーク

- 2つの話し合いを視聴（10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 P.○ にあります

事務局へ：ブレイク・アウトルームを開始してください



Version 1

上月「楠木さんこんにちは、主治医の田中が手が離せないものですから、今後の治療について楠木さんと時間をかけて話し合うように言われてきました。」

楠木「そうですか、よろしくおねがいします。」

上月「楠木さん、田中先生からは病気のこと説明を受けていらっしゃるんですよね、説明はわかりましたか？」

楠木「はい、大体わかりました。手術するか、薬で様子見るかでしょ？で、結局手術が必要だって話だったかな。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、」

上月「田中先生は手術が必要って言ってましたか？」

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

上月「楠木さん肺に血の塊が詰まるのが心配っておっしゃってましたよね・・・」

楠木「うん、血の塊ができて肺に飛ぶと、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ですよ。命に関わるような肺塞栓が起こる確率は2%以下だと思います。ですから、それほど心配する必要はないですよ。」

楠木「はい、わかりました」

上月「楠木さんとしてはどんな治療を希望されますか？」

楠木「うーん、、先生におまかせします。」

上月「薬で様子見るのと手術、どちらがいいですか？」

楠木「そんなに心配しなくていいなら手術がいいんじゃないかな。」

上月「そうですか、では手術することにしましょう。その方向で田中先生と相談しておきます。お時間を取らせて申し訳ございませんでした。ありがとうございました。」

Version 2

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、とにかくこっちの膝が痛くてあれ、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言ってましたか？」

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？」

STEP2：合意形成のために本人と話し合う

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。

（以下は楠木さん役のみに提供する背景情報）

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たら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

Step 2. ワークシート

1. 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、2つの動画でのやり取りの違いについて話し合ってください。

2. 2つ目のやりとり(長いビデオの方)について、更に本人の価値観を共有するためには、どのようなコミュニケーションをしたら良いでしょうか? 具体的な言葉や質問を書き出して下さい。

講 義 4

アドバンス・ケア・プランニング(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（人生会議）



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）の定義を述べることができる
- 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

事例 1 …

- 82歳男性、高血圧、高脂血症、心房細動、陳旧性心筋梗塞、脳梗塞後遺症で加療中
- 10年前に心筋梗塞を発症、冠動脈ステントが留置されている。8年前に脳梗塞を発症し、左片麻痺となったが、リハビリで歩行可能な状態となった。左半身の筋力低下は残存している
- 徐々に全身状態が低下し、嚥下機能も低下してきている
- 先月誤嚥性肺炎で入院。この1年で2回目の入院であった。加療され、2週間で退院



Education For Implementing End-of-Life Discussion

…事例 1

- 主治医は、今後も肺炎を繰り返す可能性が高いと判断
- 全身の動脈硬化も進んでおり、再び脳梗塞、脳出血、虚血性心疾患を発症するリスクが高いと考えている
- 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相談に来た



Education For Implementing End-of-Life Discussion

- 今日は退院後の初めての外来です
- 今後の医療・療養について話し合おうと考えています
- 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

アドバンス・ケア・プランニングの国際的な定義

Rietjens *Lancet Oncol.* 2017.

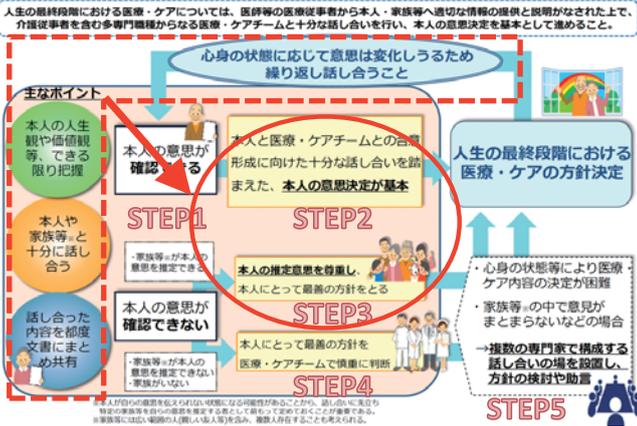
- 患者・家族・医療従事者の話し合いを通じて、患者の価値観を明らかにし、これからの治療・ケアの目標や選好を明確にするプロセスのこと
 - 身体的なことにとどまらず、心理的、社会的、スピリチュアルな側面も含む
 - 治療やケアの選好は定期的に見直されるべきである
 - 医療代理人の選定や医療・ケアの選好を文書化してもよい

※ガイドライン上は、「医療代理人」に関する記載はない



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）



よりよいエンド・オブ・ライフ
ケアのために

- 終末期においては約70%の患者で意思決定が不可能
Silveira MJ, NEJM 2011

→事前に本人の意向を聞いておけばよいのではないか？

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）を導入としたクラスターランダム化試験
- 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.

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、価値がわからない
 - 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・ケアの選択に活かせない

※ガイドライン上は、「代理決定者」という概念はない。

書類があっても役立たない？
事前指示書からACPへ

The SUPPORT study

- 患者—代理決定者※—医療者が、患者の意向や大切なことをあらかじめ話し合うプロセスが重要
- プロセスを共有することで、患者がどう考えているかについて深く理解することができる→複雑な状況に対応可能になる
- 価値感を理解し共有する

※ガイドライン上は、「代理決定者」という概念はない。

歴史の変遷

- 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

ACPのメリットとデメリットは？



Education For Implementing End-of-Life Discussion

ACPの効用

- ACPを行うと
 - 患者の自己コントロール感が高まる
Morrison, J Am Geriatr Soc. 2005
 - 代理決定者※-医師のコミュニケーションが改善
Teno J. JAGS 2007

※ガイドラインでは、「本人の意思を推定する者」とのコミュニケーションの改善が期待される
 - より患者の意向が尊重されたケアが実践され、患者と家族の満足度が向上し、遺族の不安や抑うつが減少する
Detering K, BMJ 2010



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 2015
- 本人の希望を奪いたくない医師の考え
 - 話し合いを始めることが難しい
- 時間と手間がかかる



Education For Implementing End-of-Life Discussion

誰に対して、いつ、誰が行うのか？



Education For Implementing End-of-Life Discussion

ACP（人生会議）を始める時に注意が必要なこと

- 国民全体と人生の最終段階を自分のこととして考える時期の方を大きく2つに分けてアプローチする（地域住民への啓発と医療現場での実践を分ける）
 - 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



Education For Implementing End-of-Life Discussion

実際の進め方

国民全体
(地域住民への普及啓発)

- 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
(医療・ケアの現場での実践)

- 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



Education For Implementing End-of-Life Discussion

実際の進め方

国民全体 (地域住民への普及啓発)

- ・ 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 (医療・ケアの現場での実践)

- ・ 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



Education For Implementing End-of-Life Discussion

国民全体へのアプローチ (地域での普及啓発)



Education For Implementing End-of-Life Discussion

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？
 - 例えば、
 - ・ 配偶者の方
 - ・ 子ども
 - ・ 兄弟
 - ・ 知人、友人
 - ・ 一人ではなく複数でも構いません



Education For Implementing End-of-Life Discussion

「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



Education For Implementing End-of-Life Discussion

大切なことはどんなことか

- 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



Education For Implementing End-of-Life Discussion

欠かせない機能

- あなたにとってとても大切で、「これがないまま生きていくのは考えられない」、と思うのはどんなことですか？
 - ご自由にお書き下さい
 - 例を挙げると以下のようなものがあります
 - ・ 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



Education For Implementing End-of-Life Discussion

実際の進め方

国民全体
(地域住民への普及啓発)

- ・ 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
(医療・ケアの現場での実践)

- ・ 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



Education For Implementing End-of-Life Discussion

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
(主に医療・ケアの現場でのアプローチ)



Education For Implementing End-of-Life Discussion

ACP (人生会議) の対象は？

人生の最終段階を自分のこととして考える時期を判断する

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緩和ケアを開始したほうがよい

緩和ケアを開始する = ACP (人生会議) を行うと考えてもよい

Small N. Palliat Med 2010;24:740-741
Hamano J. Oncologist 2015.



Education For Implementing End-of-Life Discussion

早くから、みんなにACP (人生会議) ? 準備状態に応じて行うことが重要

- 病状の進行や身体機能の低下があった時
- 治療の変更時
- 早すぎると利益より害が多いことがある
- 複数に分け、適切な時期に適切な話題を
- まず準備状態を確かめる
 - 準備ができていれば、病状理解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

Johnson S. Psycho-Oncology 2016



Education For Implementing End-of-Life Discussion

誰がACP (人生会議) の話し合いをするのか

- 自分を最もよく知っている医師が話し合いを始めることが望ましい
 - 病状や今後の経過の話が必須であり、それが良いきっかけとなるため
- その後の詳細な話し合いは職種を選ばない

Dow LA. J Clin Oncol. 2010.



Education For Implementing End-of-Life Discussion

ACP (人生会議) 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

Johnson S. Psycho-Oncology 2015

- 意向は病状によって変化するので、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



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（人生会議）は重要な手段である
- ACP（人生会議）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
 - 「国民全体」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
 - 本人の意思を推定する者とともにすること



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

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

学習目標

- ACP (人生会議) 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

学習目標

- ACP (人生会議) 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 (人生会議) の話し合いに関するレディネス (準備状態) を確認することができる

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
- } 2回
- 二人組みでロールプレイ
 - フィードバック
- 講義

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

…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

…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

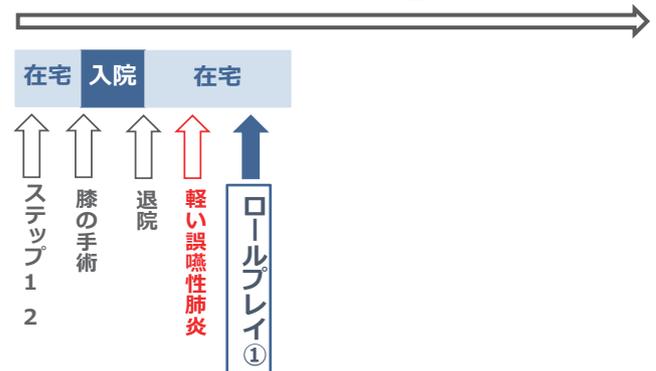
…事例

- 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」について話そうと考えています
 - 例) 重症肺炎になったらどんな治療を望むか、
 - 食べるのが難しくなったらどんな治療を望むか、など

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」について話そうと考えています
 - 例) 肺炎になったらどんな治療を望むか、
 - 食べるのが難しくなったらどんな治療を望むか、など

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

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



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
 - 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
- 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する



Education For Implementing End-of-Life Discussion

病状理解を尋ねる

- 病状についてどのように説明を受けていらっしゃいますか？
- 今後の医療・ケアについてどのように説明を受けていらっしゃいますか？〇〇さんのお言葉で教えていただけますか？
- 〇〇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〇〇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**
- 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

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、
 - 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
 - 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」と答えただけで、考えることにあまり抵抗はない様子である場合
 - とともに希望を持ち、ともに心配する
 - 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ます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（人生会議）
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

一般的なルールに従い、以下の3点に着目して行います

- 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」について話そうと考えています (P.107)
- 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 (P.109 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

一般的なルールを使いながら ACP (人生会議) の話し合いを はじめてみましょう

- 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

※必ず「もしものときについての話し合い」を行うようにしてください



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



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

- Aさんは医療・福祉従事者役
- Bさんは楠木さん役です
- C Dさんは観察者です
- ロールプレイ実施上の注意
 - 先程提示した情報以外は自由に設定して構いません
 - 話しやすいように座席を調整してください
 - 必ずACP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

- 2分間で各々の役になりきってください
 - 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
 - 医療・福祉従事者役は、どのように話をすすめるかを具体的にイメージしてみてください

全体のまま個人作業です



Education For Implementing End-of-Life Discussion

ロールプレイ①

- 時間は10分間です
- ロールプレイを開始してください

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

- 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
 - 改善した方がよいところはどこか、検討したいことはあるか
- 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ってください

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

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
- 楠木さん役の方は、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

全体のまま個人作業です



Education For Implementing End-of-Life Discussion

ロールプレイ① 2回目

- Cさんは 医療・福祉従事者役
- Dさんは 楠木さん役です
 - 2人の場合は先程と役割を交換してください
 - 3人の場合はAさんが楠木さん役です
- ロールプレイ実施上の注意
 - 先程提示した情報以外は自由に設定して構いません
 - 話しやすいように座席を調整してください
 - 必ずACP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 2回目

- 2分間で各々の役になりきってください
 - 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
 - 医療・福祉従事者役は、どのように話をすすめるかを具体的にイメージしてみてください

全体のまま個人作業です



Education For Implementing End-of-Life Discussion

ロールプレイ① 2回目

- 時間は10分間です
- ロールプレイを開始してください

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

- 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ってください

説明後、ブレイク・アウトルームに分かれて作業します

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

ここから講義（後半）です

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
- 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する

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

本人の意思を推定する者を選定する…

- 病状によっては、病気の治療やケアについて、ご自分で決めることが難し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？

本人の意思を推定する者と 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けませんか？
- （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意思が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、医療・ケアチームを含めた話し合いをもつことが重要
 - 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）
 - 同席してもらう機会を作る
 - 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りますか？
- 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
- なぜそのようにお考えが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？



Education For Implementing End-of-Life Discussion

…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？



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

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



Education For Implementing End-of-Life Discussion

…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



Education For Implementing End-of-Life Discussion

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



Education For Implementing End-of-Life Discussion

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
- 現在は身の回りに事は自分ででき、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・



…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



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、〇〇さんのご意向を尊重したうえで、最善の医療・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

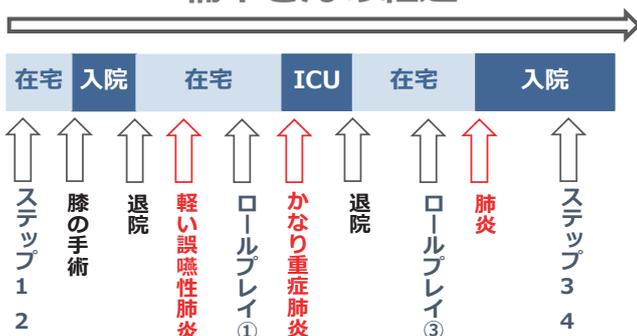


まとめ

- 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
 - 非侵襲的なコミュニケーションを心がける
 - 万が一、もし・・・としたら
 - もしもの時、について話す心構えができていないかレディネスを確認する
 - 最善を期待し最悪に備える
 - 話し合いを切り出すことができる



楠木さんの経過



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
- 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、胆石症で胆嚢切除術の既往がある。
- 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、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】

- 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用しますので読める字で書いてください。

【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】

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相談に来た
- 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。



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

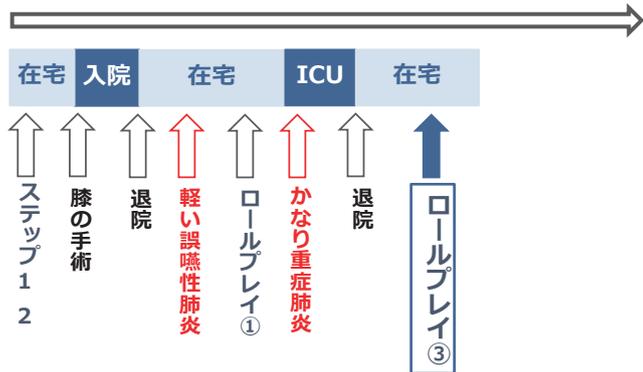
ロールプレイ③場面

- 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

楠木さんの経過



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。

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

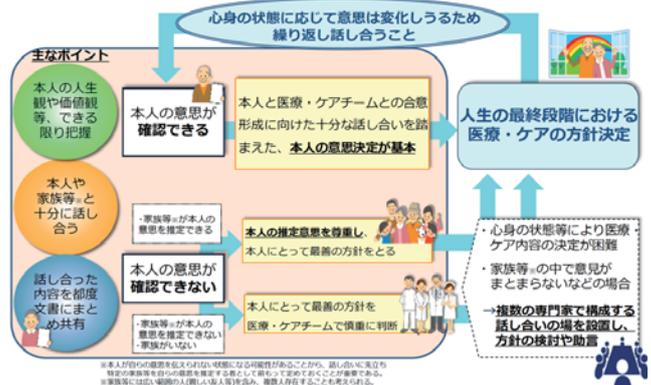
- 家族等が誰を指すものかを説明できる
- 家族等が本人の意向を推定できるようにエンパワーメントすることができる
- 本人にとっての最善を考えるために、本人が固有に持つ価値観、人生観に関する情報を得ておくことの重要性を理解する



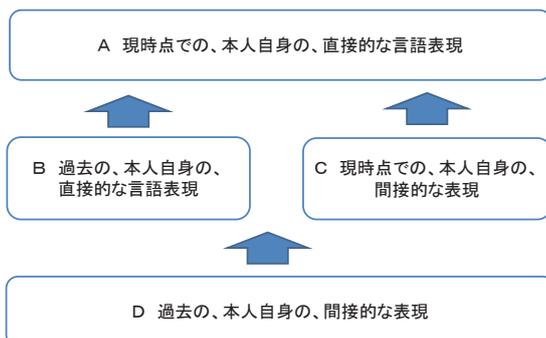
Education For Implementing End-of-Life Discussion

「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）

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。



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	高い
B 過去の、本人の、直接的な言語表現	明らか	かならずしも高くない
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	明らかではない	高くない



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
- 自由な選好を何らかの形で表現できる環境を整える
- 誘導的な操作を行わない



B.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）



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



D.過去の、本人の、間接的な表現

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



本人の背景とナラティブ（人生の物語）

- 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*
- 文化的背景
 - 信仰
 - 伝統や家族内、地域内での慣習
- 人生観
 - 死生観
- 人間関係
 - 家族との関係
 - 友人や、近隣との関係
- 経済状態
 - 介護保険、年金
 - 生活の継続に対する不安

※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



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？」



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

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

（出典）国立社会保障・人口問題研究所「第5回全国家庭動向調査」



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

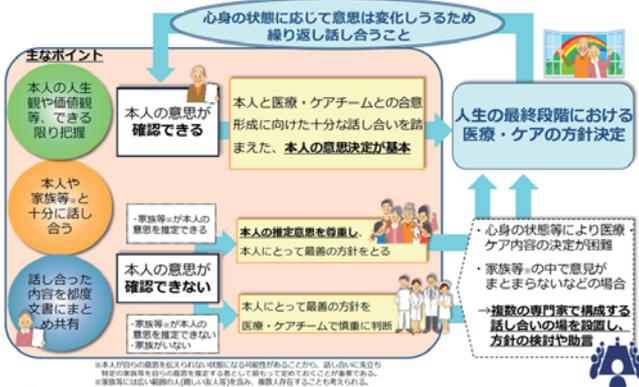
- 意思決定に関する推奨または提案を行う上での根拠（理由）について整理することができる
- 臨床倫理の4分割法を使用する意義を理解し、情報整理に活用できる
- 異なる職種や立場をもつ者の視点や価値を尊重しつつ、合意形成を行うことができる
- 本人にとっての最善の利益となる医療・ケアを導き出すことができる



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）

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

医学的適応
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。



Education For Implementing End-of-Life Discussion

<p>「医学的適応」関連項目</p> <p>患者の医学的状況 治療目標 治療適応がなくなる状況 治療の成功可能性</p>	<p>「患者の意向（選好）」関連項目</p> <p>インフォームド・コンセント 患者の意思決定能力 患者が治療に関する意向 事前の意思 代理決定者 患者の治療に対する協力</p>
<p>「QOL」関連項目</p> <p>治療等が患者の全体的なアウトカム（転帰）に与える影響 患者のQOLに対する判定根拠 医療者の偏見（バイアス） QOLを改善する際の倫理的課題 QOL評価の治療方針への影響 緩和ケア 死の補助の許容性</p>	<p>「周囲の状況」関連項目</p> <p>医療者・医療施設側の利益相反 家族・利害関係者 患者の秘密保持義務の限界 経済的問題 医療資源の配分 治療に影響を及ぼす宗教、法律、臨床研究、医学教育、公衆衛生、安全関連事項 Jonsen, et al. Clinical Ethics 8th edition, 2015および同5版翻訳版（赤林ら、2006）参照</p>



Education For Implementing End-of-Life Discussion

「医学的適応」についての具体的問い

Jonsen, et al. Clinical Ethics 8th edition, 2015参照・追記

1. 患者の医学的問題は何か（急性か、慢性か、重症か、可逆的か、緊急か、人生の最終段階にあるか）
2. 治療の目標は何か（治癒、QOL維持・向上、健康増進、予防、早すぎる死の防止、低下した機能の維持・向上、教育・相談、害の回避、臨末期苦痛緩和・支持提供等）
3. どのような状況なら治療の適応が無くなるか、治療のリスクは何か
4. それぞれの治療選択肢が成功する確率はどのくらいか（「医学的無益性」関連問題）、そのアウトカム（転帰）はどのような状態か
5. 要するに、この患者が医学的および看護的ケアからどのような利益を得られるか、また、どのように害を避けることができるか



Education For Implementing End-of-Life Discussion

「患者の意向（選好）」についての具体的問い

Jonsen, et al. Clinical Ethics 8th edition, 2015参照・追記

1. 患者は十分な説明を受け、適切なICを与えているか
2. 患者には意思決定能力があるか、同能力がないという根拠はあるか
3. 同能力がある場合の、患者が述べている治療に関する意向は何か
4. 同能力がない場合、患者は事前に治療に関する意向を表明しているか
5. 誰が適切な代理決定者か
6. この患者は治療に非協力的または協力できない状態か。それはなぜか（提案されている治療方針に協力しない・できない患者（コンプライアンス・アドヒアランスの問題））



Education For Implementing End-of-Life Discussion

「QOL」についての具体的問い

Jonsen, et al. Clinical Ethics 8th edition, 2015参照・追記

1. 治療をした場合/しなかった場合に、正常な生活（normal life）に復帰できる見込みはどのくらいか。そして、たとえ治療が成功したとしても、どのような身体的、精神的、社会的な欠陥が生じ得るか
 - 「正常な生活」に単一の定義はない。QOL評価者、同評価基準、同評価結果の使用法に問題に留意
2. 意思決定能力のない患者のQOLが本人にとって好ましくないと、本人以外が判定できる根拠はあるか
3. 患者のQOL評価を偏らせる医療者の先入観（人種、高齢者、障害者、ライフスタイル、ジェンダー等に関わる）はあるか。
4. 患者のQOLを改善するにあたっての倫理的課題は何か（リハビリテーション、緩和ケア、慢性疼痛コントロール等における問題）
5. QOL評価の結果で、治療方針が変わる事態が生じるか（たとえば延命措置の中止）
6. 延命措置中止が決定した後の緩和ケアのプランはあるか
7. 医師による患者の死を補助は倫理的、法的に許容されているか
8. 自殺に関する法的、倫理的状況はどのような状況か



Education For Implementing End-of-Life Discussion

QOLの評価の留意点

- ADLとQOLは異なる。「寝たきり=QOLが低い」とすべきでない。
- 本人のQOLを間接的に想像するための要素
 - 自由かどうか（身体的・心理的抑制を受けていないか）
 - 苦痛が最小か、いやなことを継続的にされていないか
 - 辱めを受けていないか、自分らしさ、人間らしさが尊重されているか
- 苦痛の度合い・種類
 - 身体的苦痛：侵襲度の高いケア（開腹手術など）、持続的侵襲（経鼻経腸栄養など）
 - 精神的苦痛：身体抑制など
- 尊厳の保持：自尊心を持って生きることなど



Education For Implementing End-of-Life Discussion

「周囲の状況」についての具体的問い

Jonsen, et al. Clinical Ethics 8th edition, 2015参照・追記

1. 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、医療関連企業に関連して）
2. 医療者と患者以外に患者の治療に正当な利害関心を持つ人々（例 家族など）はいるか
3. 第三者の正当な利益保護のために、患者の秘密保持義務に限度があるか
4. 患者の治療に関する利益相反状態を作り出す経済的要因はあるか（患者の支払い能力・無保険者の診療受け入れ、選択肢毎の費用と費用対効果、施設のコスト削減方針）
5. 治療方針に影響する医療資源配分の問題はあるか
6. 宗教的側面が治療方針を左右しているか
7. 治療方針に関する法的懸念はあるか
8. 臨床研究、医学教育、公衆衛生と安全（第三者及び医療者の保護）に関わる事項が治療方針に影響を及ぼすか



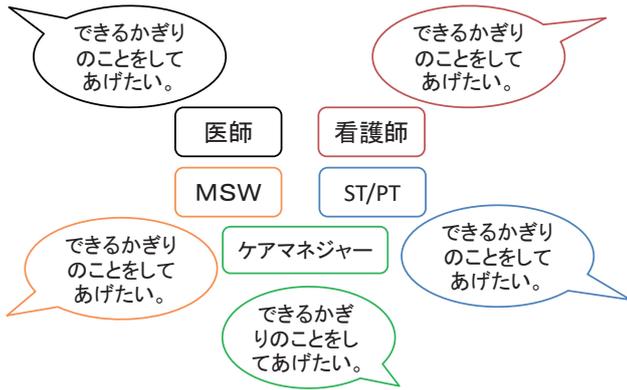
Education For Implementing End-of-Life Discussion

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



Education For Implementing End-of-Life Discussion



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

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

多職種の視点を合意形成に反映する一例

- 「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のでしょうか？」

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

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

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

まとめ：共通の立場 (common ground) を見つけ合意を形成

Dieter Brinbacher Teaching clinical medical ethics, in Donna Dickenson, Richard Huxtable, Michael Parker Edition, The Cambridge medical Ethics Workbook Cambridge University Press 2nd ed, 2010, p218.

- 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、コミットメント（献身的な関与）、態度、法的制約、施設の方針、経済的制約等の理解も含む
- すべての参加者が受け入れられる提案を目指す。すべての個別見解が何かしら考慮されるという形で、すべての個別見解の偏りを越えた見解が好ましい



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)



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・ケアチームとしてどのような関わりができますか？



「医学的適応」関連項目	「患者の意向（選好）」関連項目
患者の医学的状況	インフォームド・コンセント
治療目標	患者の意思決定能力
治療適応が無くなる状況	患者が治療に関する意向
治療の成功可能性	事前の意思
	代理決定者
	患者の治療に対する協力
「QOL」関連項目	「周囲の状況」関連項目
治療等が患者の全体的なアウトカム（転帰）に与える影響	医療者・医療施設側の利益相反
患者のQOLに対する判定根拠	家族・利害関係者
医療者の偏見（バイアス）	患者の秘密保持義務の限界
QOLを改善する際の倫理的課題	経済的問題
QOL評価の治療方針への影響	医療資源の配分
緩和ケア	治療に影響を及ぼす宗教、法律、臨床研究、医学教育、公衆衛生、安全関連事項
死の補助の許容性	Jonsen, et al. Clinical Ethics 8 th edition, 2015および第5版翻訳版(赤林ら、2006)を参照



4分割表を使って
情報を整理しましょう



「患者の選好」は
STEP3の枠組みを参考に
話合ってください

「医学的適応」関連項目	「患者の意向（選好）」関連項目
患者の医学的状況	インフォームド・コンセント
治療目標	患者の意思決定能力
治療適応が無くなる状況	患者が治療に関する意向
治療の成功可能性	事前の意思
	代理決定者
	患者の治療に対する協力
「QOL」関連項目	「周囲の状況」関連項目
治療等が患者の全体的なアウトカム（転帰）に与える影響	医療者・医療施設側の利益相反
患者のQOLに対する判定根拠	家族・利害関係者
医療者の偏見（バイアス）	患者の秘密保持義務の限界
QOLを改善する際の倫理的課題	経済的問題
QOL評価の治療方針への影響	医療資源の配分
緩和ケア	治療に影響を及ぼす宗教、法律、臨床研究、医学教育、公衆衛生、安全関連事項
死の補助の許容性	Jonsen, et al. Clinical Ethics 8 th edition, 2015および第5版翻訳版(赤林ら、2006)を参照



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「病気になるったら？」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？

発表用フォーマット

E-FIELD

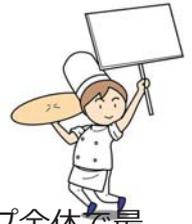
Education For Implementing End-of-Life Discussion

発表用フォーマット

アイス・ブレイキング

★自己紹介（1人45秒）

- 名前
- 勤務先
- 「最期の晩餐」
- それはなぜ？



- ★全員が終わったらグループ全体で最も印象深かった「最期の晩餐」を選ぶ
- ★今日の研修会の役割分担をする

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			
Step 3・4			

書記はキーボード入力が早い、PC操作に慣れている人が望ましいです

Step1:本人の意思決定する力を考える

- 4つの要素のそれぞれについて、1) 楠木さんの力を評価し、2) その理由、3) 評価のために必要な情報、4) 力を高めるためにできる支援、を話し合ってください。
- 本人の意思決定する力は以下から選択してください（複数選択可能）
 1. 十分
 2. 情報不足で評価が困難
 3. 意思決定する力を高める支援をして評価をすることが必要
 4. 不十分

Step1 本人の意思決定する力を考える「理解」

評価	1:十分である可能性が高いが、2&3:情報収集や高める支援をして評価の精度を高めることが必要
理由	・病名・病状に言及しておらず、変形性膝関節症という疾患について理解できているかどうかは、この会話のやりとりからは不明である(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す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 ・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
評価のために必要な情報	病名・病状を本人の言葉で話してもらい、理解を確認する(「ご自分の病名や病状をどのように理解しているか、教えていただいてもよろしいですか?」)
「理解」を高めるためにできる支援	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

Step1 本人の意思決定する力を考える「認識」

評価	(1~4のうちから選択、複数回答可。1:十分,2:情報不足で評価が困難,3:意思決定する力を高める支援をして評価をすることが必要,4:不十分)
理由	
評価のために必要な情報	
「認識」を高めるためにできる支援	

Step1 本人の意思決定する力を考える「論理的思考」

評価	(1~4のうちから選択、複数回答可。1:十分、2:情報不足で評価が困難、3:意思決定する力を高める支援をして評価をすることが必要、4:不十分)
理由	
評価のために必要な情報	
「論理的思考」を高めるためにできる支援	



Step1 本人の意思決定する力を考える「表明」

評価	(1~4のうちから選択、複数回答可。1:十分、2:情報不足で評価が困難、3:意思決定する力を高める支援をして評価をすることが必要、4:不十分)
理由	
評価のために必要な情報	
「表明」を高めるためにできる支援	



Step2...

- 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、2つの動画でのやり取りの違いについて話し合ってください。



...Step2

- 2つ目のやりとり（長いビデオの方）について、更に本人の価値観を共有するためには、どのようなコミュニケーションをしたら良いでしょうか？具体的な言葉や質問を書き出して下さい。



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



医学的適応	患者の意向（選好）
<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 	
QOL	周囲の状況
	<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「可哀想で見えられない」と感じている 7 家族は経腸栄養開始について、本当の気持ちと言えなかった 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

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？

