

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

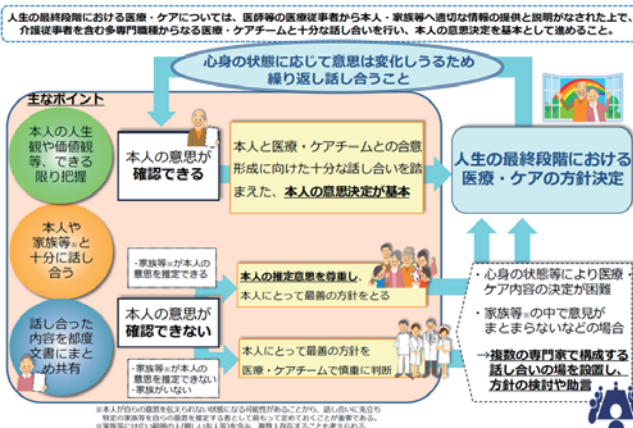
学習目標

- 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）



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

「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 治療目標 治療適応がなくなる状況 治療の成功可能性	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
「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 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	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 8 th edition, 2015および同5版翻訳版（赤林ら、2006）参照



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、可逆的なか、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、臨死期苦痛緩和・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



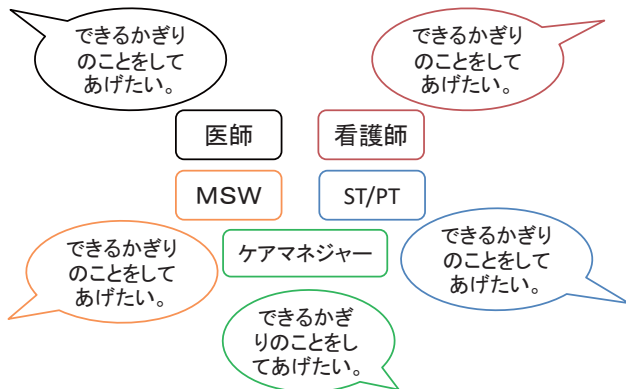
Education For Implementing End-of-Life Discussion

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
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超え
た見解が好ましい

