

# E-FIELD Home

Education For Implementing End-of-Life Discussion at home

イントロダクション

# 令和2年度人生の最終段階における 医療体制整備事業

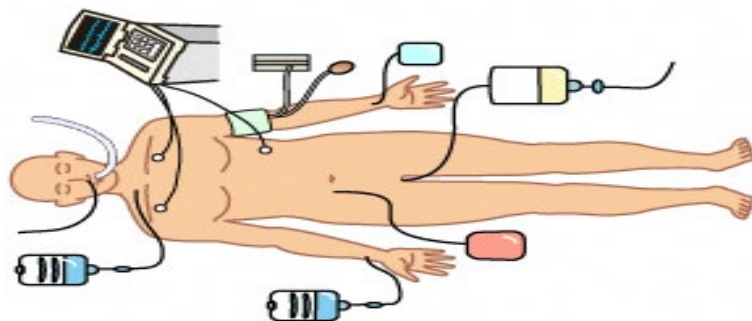
- 本人の意思を尊重した人生の最終段階における医療・ケアを実現するため、
- 医療機関や在宅医療の場等において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に則って、人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定等の際に本人や家族等の相談に乗り、必要に応じて関係者の調整を行う相談員を含む医療・ケアチームの育成をすること、
- また、医療従事者等にガイドライン及び人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）への理解を深めてもらうことで、人生の最終段階における医療・ケアについて本人の意思が尊重される環境整備に資することを目的とする

# 改訂前の「人生の最終段階における医療の 決定プロセスに関するガイドライン」

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



病院での活用を想定



## 3つの大きな柱

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

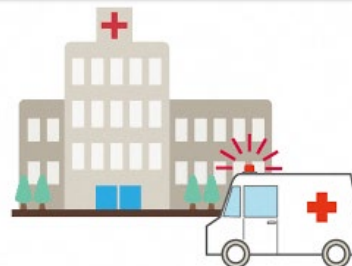
# 新しい「人生の最終段階における 医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 2018年3月～

3つの大きな柱は、そのままに



病院以外の場所でも

1. 患者さんご本人の  
意思決定を基本とし  
尊重すること



2. 医師のみでなく、  
チームで方針の検討・  
判断をすること

ケアの重視



3. 痛みや不快な症状を  
やわらげるケアを充実  
させること

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





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

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

心身の状態に応じて意思は変化しうるため  
繰り返し話し合うこと



## 主なポイント

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人や家族等※と十分に話し合う

話し合った内容を都度文書にまとめ共有

本人の意思が確認できる

STEP1

・家族等※が本人の意思を推定できる

本人の意思が確認できない

・家族等※が本人の意思を推定できない  
・家族がいない

本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた、本人の意思決定が基本

STEP2

本人の推定意思を尊重し、  
本人にとって最善の方針をとる

STEP3

本人にとって最善の方針を  
医療・ケアチームで慎重に判断

STEP4

人生の最終段階における  
医療・ケアの方針決定

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

→複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、  
方針の検討や助言

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

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



# 本研修の目標

1. 在宅・介護施設等の医療・ケアチームが、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を理解し、支援を実践できる
2. 意思決定、およびその支援に必要な知識を習得する
  - 普段の暮らしに関わる中で、本人の選好や価値観を知り、それを共有し、医療やケアに反映すること、また本人が意思決定の場面で意思表出できない場合でも、これまでの話し合いを踏まえて意思を推定したり、代弁者になりえること
3. 日常臨床・ケアの中で、ご本人と共にACP（人生会議）を積み重ねていくことができる
4. ご本人の最善利益を考えられるよう相談・支援ができる
  - どのような生活を送りたいのか、これから先をどう生きたいのかを共に考えるプロセスを重視
  - 医療はあくまでその一部であり、治療の選択や療養場所の選択だけが目的ではないことを理解する