

E-FIELD Home

Education For Implementing End-of-Life Discussion at home

STEP1

本人の意思決定する力を考える

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

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

心身の状態に応じて意思は変化しうるため
繰り返し話し合うこと



主なポイント

STEP1

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人や家族等※と十分に話し合う

話し合った内容を都度文書にまとめ共有

本人の意思が確認できる

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

・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

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

・家族等※が本人の意思を推定できない
・家族がいない

本人にとって最善の方針を
医療・ケアチームで慎重に判断

人生の最終段階における
医療・ケアの方針決定

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

→複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、方針の検討や助言

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

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

学習目標

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

事例紹介（１）

武田京子さん 77歳

◆現在の疾患・既往歴◆

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

◆住まい◆

- ・ 夫の死去後、2年間独居
- ・ サービス付き高齢者住宅に入所

動画を見ながら、京子さんの思いや希望について、メモを取ってください。

事例紹介（２）

武田京子さん 77歳 入所して1年経過

◆ADL・IADL◆

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

◆楽しみ・趣味◆

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

事例紹介（3）

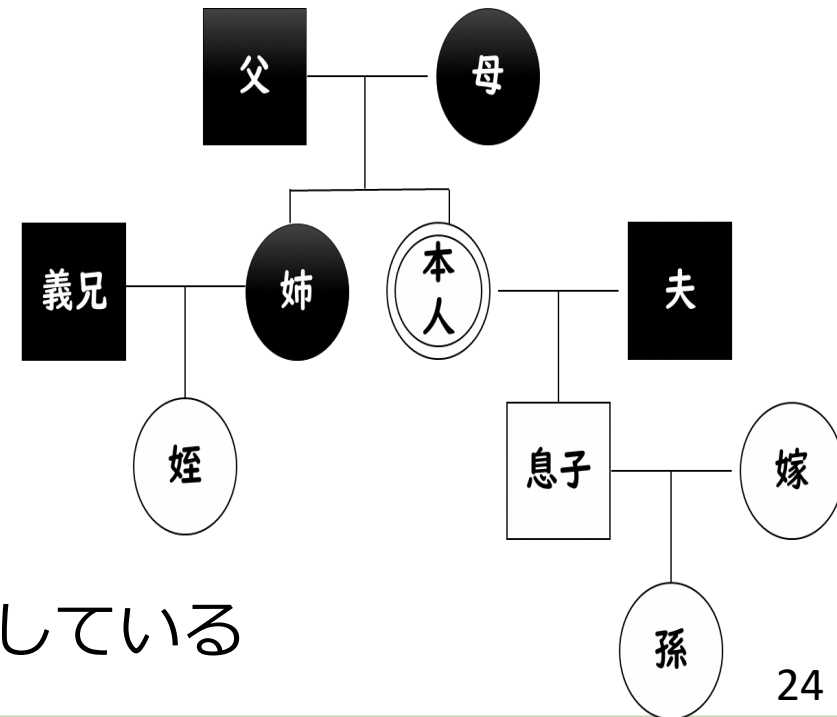
武田京子さん 77歳

◆家族◆

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

姉が亡くなった後は、姪は京子さんを母親のように慕っている

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



事例紹介（４）

武田京子さん 77歳

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

本人の意向を聞く前に

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



「この人なら話してもいい」 と思える
信頼関係がベースとなる

信頼関係があって初めて 話し合いがスタートする

京子さんの場合

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

本人の人生観や価値観を把握

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

グループワーク

◆ アイスブレイク（5分）

所属、名前、「最後の晩餐として何が食べたいか？」

◆ ディスカッション（20分）

- 京子さんと信頼関係を築くにはどのような関わりが必要か？
- 京子さんの価値観や選好を把握するためにどう関わるか？
- どのような支援をすると京子さんの意思決定する力が高まるか？
 - － 司会、発表者は事前に決まっている
 - － ファシリは話し合った内容をGoogleスライドに記載する

◆ 全体共有（20分）

どんな人に信頼を寄せるのか？

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

(圓増 文 2008)

意思決定する力を高める支援 ＝エンパワメント

- **場の設定**

例：家族や信頼できる介護従事者に同席してもらう

- **情報開示の工夫**

例：複数回の説明、文章・図・通訳の活用

- **心理的サポートによる不安や恐怖の緩和**

例：カウンセリング、説明後のフォローなど

- **質問の機会と熟考する時間の確保**

意思決定する力を構成する4つの要素

病名、年齢、態度や様子、社会的背景だけからの憶測ではない

理解

評価のポイント

意思決定のために必要な
事項を理解している

論理的思考

評価のポイント

決定内容は選択肢の比較や自分
自身の価値判断に基づいている

認識

評価のポイント

病気、治療、意思決定を自分
自身の問題としてとらえている

表明

評価のポイント

自分の考えや結論を伝える

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

(Grisso, et al. 1998)

例：脑梗塞右片麻痺 70歳男性

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

意思決定する力を構成する4つの要素の評価

- **理解：十分**

自分がどのような原因により転倒したり、尿失禁するかを医療従事者の説明と相違なく自分の言葉で話すことができる

- **認識：不十分**

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

- **論理的思考：十分**

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

- **表明：十分**

しっかり手すりや、尿とりパッドは付けたくないと表明する。 34

意思決定する力を評価する際の注意点 (1)

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

意思決定する力を評価する際の注意点 (2)

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

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

意思決定に関する10の誤解

(以下は全て間違い！)

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

(Ganzini L, et al. 2004より改変)

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

京子さん後日談

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

まとめ（１）

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

まとめ（２）

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