

E-FIELD Home

Education For Implementing End-of-Life Discussion at home

まとめ

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

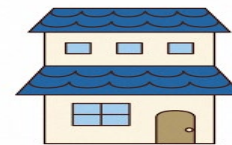
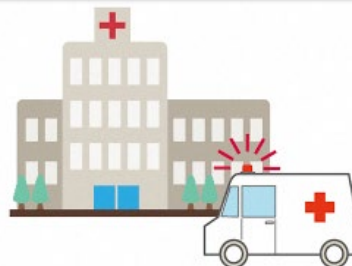
新しい「人生の最終段階における 医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 2018年3月～

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

STEP1

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

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**

本人や家族等※と十分に話し合う

・家族等※が本人の意思を推定できる

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

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。



Step 1 講義のポイント

- 年齢や病名や社会的背景だけからの憶測で、本人の意思決定する力を評価・判定しない
- 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
- 本人の価値観、選好等を知るには、信頼関係をベースとする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医療・ケアの場面で把握した本人の価値観等を伝えることが重要

「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

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

・家族等※が本人の意思を推定できる

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ある。

Step 2 講義のポイント

- ACP（人生会議）は、日々の関わりの中で、本人や家族等の揺らぐ気持ちに寄り添いながら、本人の価値観や優先順位を探り、納得のできる着地点を探るプロセス
- 医療・ケアチームとして、ACP（人生会議）プロセスに関わる。主に介護従事者は、日々の関わりを通じて、本人の価値観を理解し、本人にとっての最適な選択を共に考える。また医療従事者は本人・家族等・介護従事者と病状経過の見通しを共有し、医学的適応のみならず、臨床倫理の4つの要素から最適な選択を共に考える
- 本人が本当の気持ちを表出できる心理的・物理的環境を整えること、結論を急がない・結論を出すことにこだわらないこと、対話のプロセスそのものを援助の力にできることも重要である

「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」 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

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定

本人や家族等※と十分に話し合う

・家族等※が本人の意思を推定できる

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

本人の意思が確認できない

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

・家族等※が本人の意思を推定できない
・家族がいない

・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。

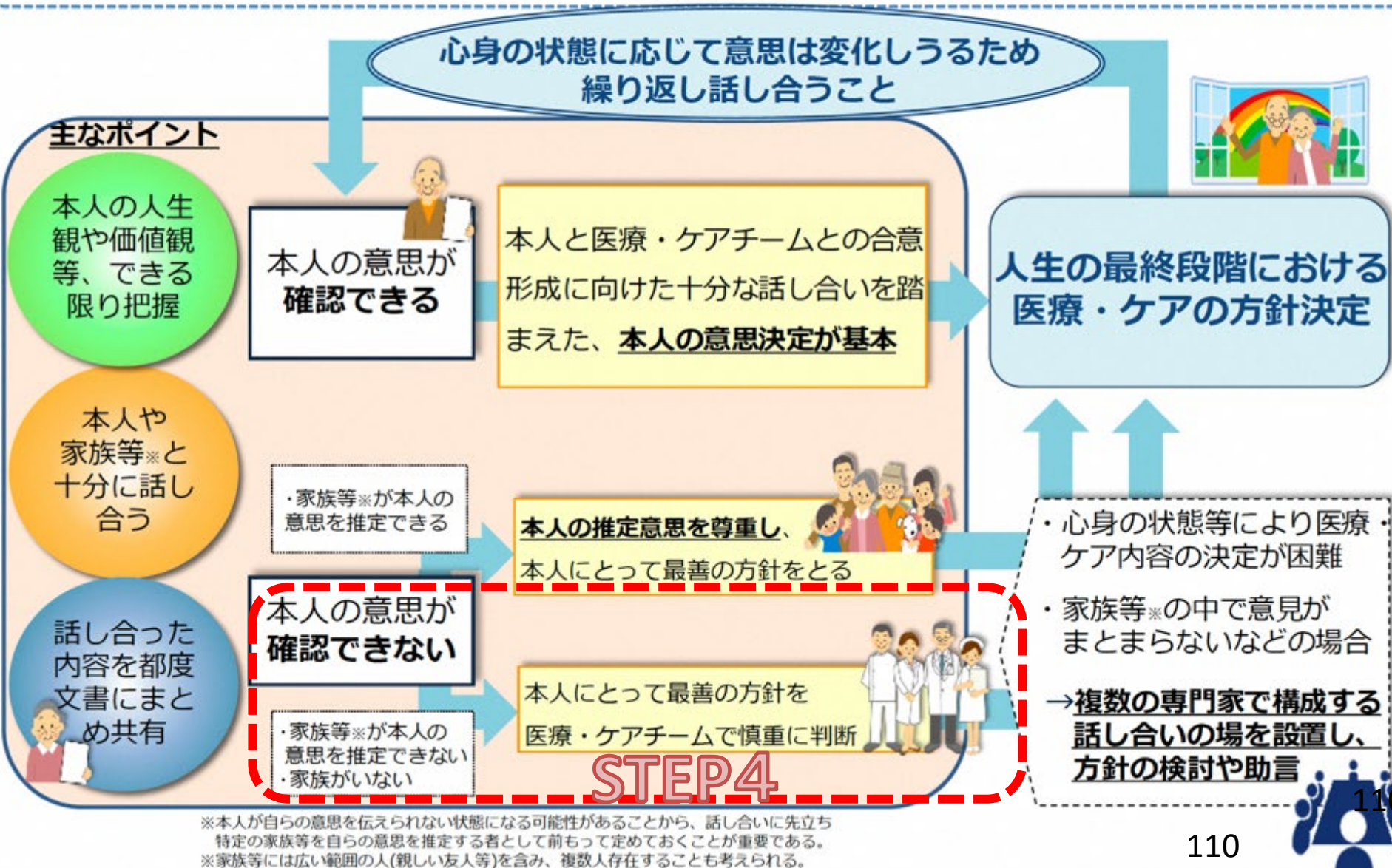
※家族等には広い範囲の人（親しい友人等）を含み、複数人存在することも考えられる。

Step 3 講義のポイント

- 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努力を続ける
 - 「現在の」情報、「直接的言語表現」からだけではなく、「過去の」情報、「間接的表現」にも目を向けること
 - 本人の背景とナラティブを知ることが重要
- 常に、本人の希望や想いを叶えることを軸とする
- 本人の意向の代弁なのか、家族等の思いや希望ではないか、自施設の方針に引っ張られていないか等、よく検討する必要がある。
- 在宅や施設などの生活の場、暮らしの場においては、本人の価値観や意思を推定していくことに、非常に有利な環境・有利な材料がある

「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」 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。



Step 4 講義のポイント

- **倫理原則に照らし合わせて、丁寧な検討が必要**
 - ➡医療・ケアチームの直観や感情、「こうして欲しい」という願望、今までこうして来たからという習慣で方針を決めてはならない。
- **軸になるのは、常に「本人にとっての最善」**
 - ➡特定の職種のみならず、医療・ケアチームとして検討
 - ➡「本人にとっての最善」を中心に多職種で、それぞれの視点から意見を出し合議で方針決定

人生の最終段階における医療・ケアに関する課題 本人の意向の不在

山岸、中神、妹尾ら.本人の意向が反映された人生の最終段階の医療やケアの実現のために何が求められるのか？
～増加する高齢者救急搬送に係る地域包括ケア現場の課題～日本在宅救急医学会誌.2020

- 1) おまかせ文化と以心伝心
- 2) 他者との関係の文脈の中で意思決定する文化
- 3) 話し合いの機会の逸失
- 4) 家族等による代理判断の困難・本人の意向との乖離の可能性
- 5) 一般の方が人生の最終段階における医療適応の見通しを立てることの困難

意思決定支援・ACP（人生会議）は、 実臨床・日常ケアの中にある

- ◆ 意思決定支援やACP（人生会議）が日常臨床や日々のケアから取り出され、患者・利用者の自己決定を迫る手段になってはいないだろうか？
- ◆ ACP（人生会議）は意思決定の質、そして医療やケアの質を高めるための一つの手段であることを改めて認識したい。
- ◆ 意思決定支援、そしてACP（人生会議）は、本来、医療やケアのプロセス上の対話の中にあるもの。
- ◆ 決して、患者や家族に決断を迫るものではない。

**意思決定とは、
ある状況において複数の代替案から
最善の解を求めようとする
人間の認知的行為である**

(Simon ; 1947)

医療・ケアチームによる真の意思決定支援

- 意思決定支援やACP（人生会議）により、本人の意向や推定意思を把握したら終わりではない。
- 本人・家族等に提示する選択肢を増やすこと、また、その意向や想いを叶えるための医療やケアの提供にも併せて取り組んでこそ、専門家である医療・ケアチームによる真の意思決定支援ではないのか？

山岸、看護管理.,2020

「ときどき入院、ほぼ在宅」という文脈の中で ACP（人生会議）プロセスを共有する

- 本人を取り巻く多機関の医療・介護従事者
 - ➡機関間の情報分断は未だ大きな課題
 - ➡これまで積み重ねてきたACP（人生会議）プロセスが、機関を越えて共有されるにはどうしたらいいのか？
- 人の気持ちは揺れる・変わる
 - ➡変化する意向に関する情報をタイムリーに共有するにはどうしたらよいか？
 - ➡今後、独居高齢者も増えるため、平時からの情報共有の仕組みが必要

- ◆ ACP（人生会議）は、「病院か在宅か」、「人工呼吸器をつけるかつけないか」といった二元論で選択を迫ることでは決してない。
- ◆ “ときどき病院、ほぼ在宅”という地域包括ケアシステムの基本的な文脈の中で、 本人が望む生活を最期の瞬間まで営むという、人として当たり前のことを、必要なときに適切に支援することができるよう、医療・ケアチームが、各々の立場で何ができるのかに真摯に向き合うことが重要。
- ◆ そもそも人の幸せや価値観は、多様である。“こうすべきといった絶対解”はない。
- ◆ 本人はもちろんのこと、関わる人たちの“納得解”をいかに模索することができるか。この模索のプロセスそのものが、本人の尊厳を重視した倫理的側面からの“機関を超えたチーム医療・介護”を強化していくことになる。

117

**得られた“納得解”を地域全体で支えていくプロセスそのものが
地域包括ケアシステムになる**

山岸、看護管理.2017

人生の最終段階における意思決定支援 事例集

本人が望む最期の過ごし方が実現されるよう、人生の最終段階を迎えられた療養者本人やその家族等が意思決定をしていく過程で、医療・ケアチームがどのように支援したのかを事例集としてまとめたもの。



事例 1 独居、非がん

本人が意思表示できなくなったとき、
遠居の子どもとともに本人の最善を考え、意思の推定を支援

【妻と同じように自宅で最期を迎えたいとの思いをチームで支える】

居住地域/性/享年	東北/男性/90歳
主な疾患	慢性呼吸不全、痔瘻性腸閉塞、肝細胞癌手術
死因	慢性呼吸不全の悪化
家族構成	独居（息子2人が遠居）
在宅療養期間	約6か月
主なチームメンバー	在宅医、在宅クリニック看護師、訪問看護師、MSW、ケアマネジャー、ヘルパー、福祉用具、訪問薬剤師

本人の人格など

退職後は様々な地域活動に携わるなど面倒見が良く、話し好き。こだわりが強く、何でも自分でこなす頑張り屋だった。寝たきりの妻を自宅で看取っており、自分の体がだんだん弱っていく中でもヘルパーの作った食事を妻の仏壇に先に供えてもらうなど、妻のことが一番だった。

家族の介護力

遠居の息子2人は仕事に忙しく、電話や帰省時に食料品等を買う程度で介護の役を担えない。更に兄弟仲が悪いため協力し合えず、ケアマネジャーとの連絡も滞りがちであった。母の看取り時は「なぜ病院で治療しないのか」と、父や在宅チームに懐疑的だった。

本人・家族の意向

【本人】入院はしたくないし、経口摂取が困難になったとしても経管栄養は希望しない。妻の看取りのときに世話になった在宅チームに看ってもらえるなら、自分で建てた自宅で、妻が寝ていた向しベッドで最期を迎えたい。できるだけ治療させないし、施設入所してくれれば安心。ただ、本人は自分の思いを通すのだから。

振り返ってみて重要だった場面

①「俺は自宅で最期を迎えたい」との揺るぎない明確な意思を受け止める

状態

◆呼吸が苦しく、自宅内の移動も困難。リン酸コデインを服用していたが、便秘を嫌い、あまり服用しなかった。

本人の意向

◆本人：どこにも行きたくない。どうせ妻のそばに行くから、苦しくても何してもいいから、とにかくここ（自宅）にいたい。経口摂取が困難になって、経管栄養は希望しない。人工呼吸器もつけない。

支援内容

◆訪問診療を開始する際に医師から病状説明を行い、本人の言葉でどのように理解しているのか、今後の意向について確認を行った。
◆妻の看取りのときと同じ医師・ケアチームだったため、当初より信頼関係があり、介入当初から本人が大事にしていることや最終段階における意思を背景情報を含めてチーム内で共有できていた。

支援の結果

◆苦しくても入院は一切望まないことをしっかりとチーム内で再共有できた。

② 本人と家族の板挟みにあった、ケアマネジャーの揺るぎをチームで支える

状態

◆体力低下で衰弱が激しく、トイレにも行けなくなる。せん妄症状が出現、幻聴などが表れ、夜中の電話が増え、警察や消防を誤って呼んでしまうこともあった。

ケアマネジャーの苦悩

◆遠居の息子は施設入所が安心だと、本人と家族で異なる意向の板挟みになっていた。
◆チーム内の情報量が多く、対応に迷っていた。

支援内容

◆本人・クリニック・訪問看護・ケアマネジャー・ヘルパーが一室に会する担当者会議を開催。「家にいられないって言われたらどうする？」との問い掛けに対し、本人は自宅での生活を希望。
◆特に「夜が寂しい」との本人の要望に応え、サービスを調整。

支援の結果

◆本人の揺るぎない意思を再確認し、「最期まで自宅で看る」という方針を本人・チームで共有して対応を確認できた。
◆「チームの一員として携われば良いんだ」と、ケアマネジャーの覚悟が決まる。

③ 最期のとき、施設入所に揺れる遠居家族とともに「本人の最善」を考える

状態

◆本人は意識が朦朧とした状態で、意思表示ができなくなった。今後の方針を決めるため、ケアマネジャーが長男に「危ない状態のため絶対に来てください」と連絡し、家族を交えた担当者会議を開催することになった。

家族の意向

◆長男：入所できる施設がないか探して欲しい。そうであれば入院はできないのか。その方が安心できる。

支援内容

◆クリニック院長から「入院するような状態ではなく、いずれにしても在宅医療と同じことをやるだけになる。療養環境を変えるなら小規模多機能型居宅介護もあるが、現在のチーム全員が手を引くことになる」と説明し、「本人だったら、どう選択するのか、みんなが話し合えばいいんじゃないか」と提案。

支援の結果

◆話し合っていくなかで、長男が「本人のためにならないなら延命しなくても良い」と本人の意思を推定し、自宅看取りの方針が決まった。

<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000623552.pdf>

令和元年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）
在宅における看取りの推進に関する調査研究事業