

アドバンス・ケア・プランニング いのちの終わりについて話し合いを始める

神戸大学大学院医学研究科
先端緩和医療学分野
木澤 義之

アドバンス・ケア・プランニング

Advance Care Planning(ACP) : 定義

- 今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス
 - 患者が望めば、家族や友人とともに行われる
 - 患者が同意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアにかかわる人々の間で共有されることが望ましい。
 - ACPの話し合いは以下の内容を含む
 - ・ 患者本人の気がかりや意向
 - ・ 患者の価値観や目標
 - ・ 病状や予後の理解
 - ・ 治療や療養に関する意向や選好、その提供体制

<http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf>

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

→事前に病状の認識を確かめて、あらかじめ意思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、アドバンスディレクティブを介入とした（クラスターランダム化）比較試験
- 介入：熟練した看護師が病状理解を確かめ、ADを聴取。その情報を医師に伝えた
- ICUの利用、DNR取得から死亡までの日数、疼痛、ADの遵守、医療コスト、患者・家族満足度に差異は見られなかった

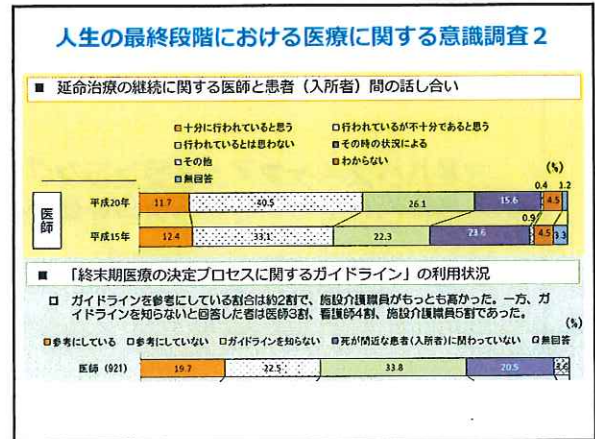
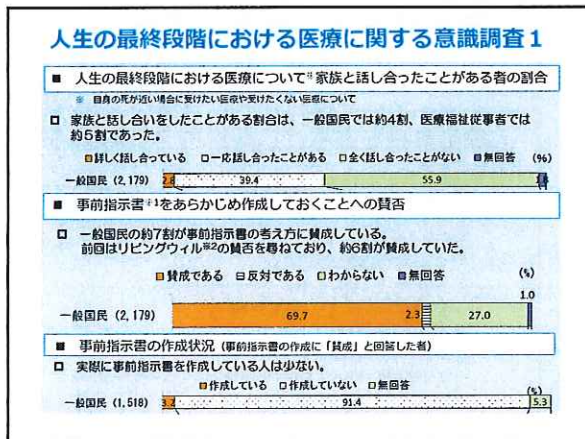
JAMA. 1995 Nov 22-29;274(20):1591-8.

ADが有効でなかった理由 として推定されているもの

- 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AD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、ADの内容を医療・ケアの選択に活かさない

書類があっても役立たない？ ADからACPへ

- 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



調査の結果から

(厚生労働省人生の最終段階における医療に関する意識調査2014年)

- 3%の人が人生の最終段階の治療やケアについて家族と詳しく話し合った事がある
- 70%の人が予め 自分の治療やケアについての希望を書面に記載しておくことについて賛成
- 3%の人が実際に自分治療やケアについての希望を書面に記載していた

話し合いにより大きな変化が起こる可能性

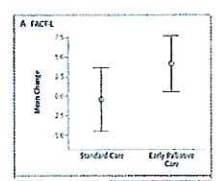
骨太方針2017

- 人生の最終段階における医療について、国民全体で議論を深め、普段からの考える機会や本人の意思を表明する環境の整備、本人の意思の関係者間での共有等を進めるため、住民向けの普及啓発の推進や、関係者の連携、適切に相談できる人材の育成を図るとともに、参考となる先進事例の全国展開を進める

経済財政運営と改革の基本方針2017
～人材への投資を通じた生産性向上～平成29年6月9日

早期からの緩和ケア NSCLC stage IV

- QOLが良好に保たれる
- 予後が2.7か月延長
- 予後・経過をより正確に理解
- 終末期に病状を理解している場合、より化学療法を受けていない (9%vs50%)
- 研究の限界
 - 単施設、肺癌のみ
 - 予後はPrimaryではない
 - 白人
 - 盲検化されていない など



Temel J NEJM 2010

どのような介入が求められるか

- 診断について話し合う
- 予後と治療が可能かについて率直に話し合う
- 治療のゴールを話し合う
- 標準化された症状評価ツールに基づいて症状マネジメントする (ESASやMSAS)
- つらさの寒暖計などつらさを評価する
- 精神的評価とサポート
- 早期からのホスピスプログラムの関与 (亡くなる3-6か月前にあらかじめ受診しておく)

Smith TJ, et al. J Clin Oncol. 2012

ACPは質の高いEOLケアに必須

- 英国のGold Standard Framework
 - Advance Care Planning *first* for quality end-of-life care
- カナダやオーストラリア、台湾でも保健医療政策の中で重要なものと位置づけられる

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
 - 死亡場所との関連（病院死の減少）
Degenholtz, Ann Intern Med. 2004
 - 代理決定者-医師のコミュニケーションが改善
Teno J. J Am Geriatr Soc. 2007
 - 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

AD, ACPの問題点

- 患者が将来を予想すること自体が困難
 - 不確実性
 - 低いヘルスリテラシー、教育水準、重篤な病状
- 患者の意向が変わる
 - 事前とその場で大きく異なることがある
 - ・ 例) 頭頸部がん患者の気管切開
- 実際の臨床に活かすことが難しい
 - 例) 植物状態になったら、延命治療を中止
 - 手術、化学療法、転院などへの対応

患者の要因：不安と否認

- 進行がん患者の25-50%が不安症状を体験し、2-14%が不安障害と診断される
 - 医療従事者はACPの話し合いを避ける傾向にある
Miovic M, Cancer. 2007
- 治癒が不可能な化学療法中のがん患者の70-80%は治癒が不可能であることを理解していない
Weeks JC, NEJM. 2012

ACPの問題点

- 患者・家族にとってつらい体験になる可能性
 - 全ての患者に適用は難しい
 - 英国の研究では35%が介入を承諾
- 介入研究の結果心配していたような害はなかった
 - 希望の喪失や抑うつ
- 時間と手間がかかる
Jones L, Palliat Support Care. 2011

ACPの介入の世界的な流れ

- 健康人に対するACP
 - 健康関連アウトカムを変えない
 - ライフイベントに併せて行う
 - ACPやADを知ってもらうことが大きな目的
- 病気を持った人に対するACP
 - 予後1年を一つの目安として実施
 - 健康関連のアウトカムを変えることが目的
 - 意向に沿ったEOLケアの実践とQOD

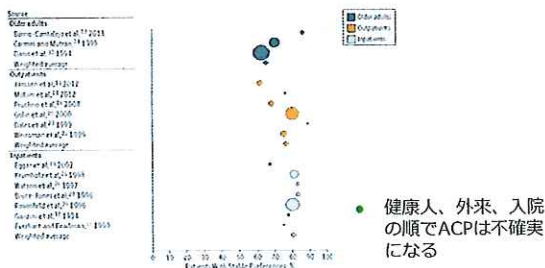
早すぎるACP

- 意向は曖昧で、その度が変わり、遠い未来に対する仮の選択になる
- 不確実な判断、何をもちたらずかわかっていない
Sudore RL, J Health Commun 2010
- どんな選択をしたか覚えていない
- 1-2年経つと違う選択をする
Wittink MN, Arch Int Med 2008
- Nursing homeの居住者のうち4割が5年間のうちに心肺蘇生に関する意向を変える Mukamel DB, Med Care 2013
- ADを書いてから死亡に至る時間が長い
- Nursing homeでも平均61ヶ月 Bischoff KE, JAGS 2013

遅すぎるACP

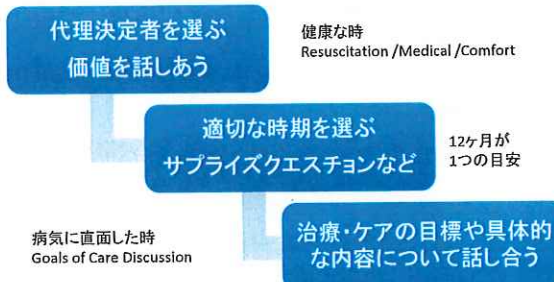
- 生命の危機に直面している患者には
 - 行われぬ Heyland DK, JAMA Intern Med 2013
 - 患者は話し合うことを避ける傾向 (否認) Evangelista LS, J Palliat Med 2012
 - 救急や死の前日などに短時間で行われる Camhi SL, Crit Care Med 2009
 - 話し合いがされても、行われる医療行為をすらかしないかに限られ、その背景にある価値観や目標が探索されない
 - 平均1分という調査もある Anderson WG, J Gen Int Med. 2011

ACPは見直しが必要 特に健康人では約半数が意向は変わる



Auriemma CL. JAMA Intern Med. 2014;174(7):1085-92.

実際の進め方

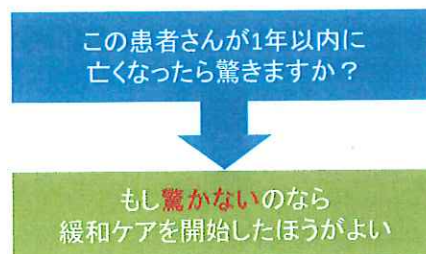


早すぎるACPは望んでいない

- 病状の悪化や大きな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
- 複数に分けて、適切な時期に適切な話題を

Johnson S. Psycho-Oncology 2015

どのような患者にACPを実施する？



緩和ケアを開始する = ACPを行うと考えてもよい

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

**ツールを用いる
例) SPICTを利用する**

**Supportive and Palliative Care
Indicators Tool (SPICT™)**



The SPICT™ is a guide to identifying people at risk of deteriorating health and dying. Assess these people for unmet supportive and palliative care needs.

Look for two or more general indicators of deteriorating health.

- Performance status is poor or deteriorating (the person is in bed or a chair for 50% or more of the day; reversibility is limited).
- Dependent on others for most care needs due to physical and/or mental health problems.
- Two or more unplanned hospital admissions in the past 6 months.
- Significant weight loss (5-10%) over the past 3-6 months, and/ or a low body mass index.
- Persistent, troublesome symptoms despite optimal treatment of underlying condition(s).
- Patient asks for supportive and palliative care, or treatment withdrawal.

SPICT

- PSが低下、もしくは悪化傾向（50%以上をベッドもしくは椅子で過ごす）にあり回復が望めない
- 身体的・精神的問題で、ほぼ全ての日常生活に他者からの支援が必要
- この6ヶ月以内に2回以上、予定外入院の病歴がある
- 3-6ヶ月以内に5-10%の体重減少があるか、BMIが低い
- 基礎疾患に対する治療が行われているにもかかわらず、持続的に問題となる（つらい）症状がある
- 患者から支持療法、緩和ケア、もしくは治療中止の希望がある
 - この他、疾患別にクライテリアが用意されている

Supportive and Palliative Care Indicator Tool (SPICT-JP)

緩和ケアの必要を判断するためのツール

緩和ケアが必要な患者を特定するためのツール

本人情報

主治医情報

病歴

症状

心理・社会的

患者の意向

家族の意向

医師の意向

緩和ケアチームの意向

患者は医師とのACPをのぞむ

- 自分を最もよく知っている医師
 - オンコロジスト
 - 担当医
 - 家庭医

Hancock K, *Palliat Med.* 2007.
Dow LA, *J Clin Oncol.* 2010.

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

- 意向は病状によって変化しうるので、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

Johnson S, *Psycho-Oncology* 2016

まとめ

- ACPは生命の危機がある疾患に直面している患者・家族のQOLを向上する有力な手段である
- 生命の危機に直面している患者・家族とACPを行うには以下のことが重要である
 - 非侵襲的なコミュニケーションを心がける
 - 感情に注目し、対応する
 - 代理意思決定者とともにプロセスを共有する
 - 大切にしたいこと、してほしくないことを尋ねる
 - 患者にとっての最善を協働して探索する

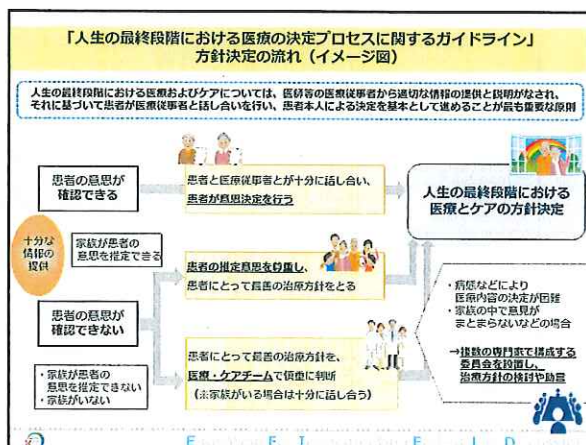
E-FIELD

Education For Implementing End-of-Life Discussion

「人生の最終段階における
意思決定プロセス・ガイドライン」
に基づいた意思決定とは？

講義

- 厚生労働省「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」の解説、及び臨床現場への応用



プロセス・ガイドラインの骨子

- 一人で決めない、一度に決めない
- 患者と医療者との十分な対話
- そのうえでの患者の意思の尊重
- 医療者内では、多職種で相談
- 患者自身の意思が確認できないときは
 - 家族も含め患者の意思を推定しそれを尊重
 - 多職種のチームで関わる
 - 判断が難しい場合は、多職種専門チームから助言を得る

医療における目的・価値

The Goals of Medicine Setting New Priorities Hastings Center Report 1996, Nov-Dec, suppl. S1-S27.

- 疾病、傷害の予防と健康の維持促進
- 疾病や障害によって引き起こされる苦痛の緩和
- 疾病や障害を持つ人々の治療とケア、治癒させることができない疾病や障害を持つ人々に対するケア
- 寿命のまっとうと穏やかな死

人生の最終段階におけるケアの特徴

- 「病気がなくなること」「死なないこと」「数値が正常であること」にとらわれ過ぎると、よいケアができない
- 日常生活障害や苦痛が重要なアウトカム
- 病院でのケアは長い物語の一部分としてとらえる
- 1か月後、半年後、3年後に「誰と」「どこで」「どうやって」患者さんが暮らしているかをイメージした現在のケア
- 再発予防を常に考える
- 良かれ悪しかれ、家族を巻き込んでいく

「人生の最終段階における医療」に関する合意形成が難しい理由

- 患者本人の意向を確認できない場合が多い
- 多くの「利益」「不利益」ベクトルが存在する
- 多くの場合、医療が提供する利益に限界がある
- 患者自身の利益以外にも考慮する事項がありうる
- 「はじめないこと」と「やめること」の規範的根拠（言葉が難しい）が不明確

プロセス・ガイドライン：全体について配慮すべきこと

- 「患者にとって最善の利益にかなう選択は何か？」を常に中心におく
- 「よいこと」の理解は相対的であることについて関係者がお互い理解する
- 意思決定のよりどころとなる倫理規範を明確にする
- 海外も含めた過去の事例を参考にする
- 倫理判断においては、逆説的に「医学的利益」が軽視されがちになることも念頭に入れる
- 自分が関与した決断を振り返る習慣を持つ

なぜコンセンサスの形成が重要なのか？

与益最大化原則 日…
「肺炎の治療を十分に行えばまた元気になる」

自律尊重原則 日…
「本人が帰ると言っているのを尊重するべきだ」

肺炎で入院した88才の患者さん。入院後3日目「もういやだ。家に帰る！」と怒鳴っている。肺炎の状況はまだ入院が必要。帰宅とすべきか、鎮静や抑制を行って入院継続すべきか…？

不被害原則 日…
「治療のためとはいえ、抑制を行うことは許されない」

公正原則 日…
「この人だけに病棟の看護師を張り付きで担当はできない。」

「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」方針決定の流れ（イメージ図）

人生の最終段階における医療およびケアについては、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、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として進めることが最も重要な原則

STEP1 患者の意思が確認できる

STEP2 患者と医療従事者とが十分に話し合い、患者が意思決定を行使

STEP3 患者の同意を尊重し、患者にとって最善の治療方針をとる

STEP4 患者にとって最善の治療方針を、医療・ケアチームで慎重に判断（※家族がいる場合は十分に話し合う）

STEP5 人生の最終段階における医療とケアの方針決定

十分な情報の提供

家族が患者の意思を推定できる

患者の意思が確認できない

家族が患者の意思を推定できない・家族がいない

人生の最終段階における医療とケアの方針決定

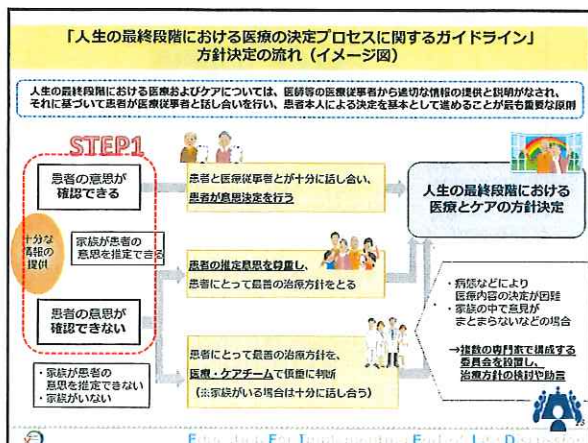
- ・ 病態などにより、巨量内容の決定が困難
- ・ 家族の中で意見がまとまらないなどの場合
- 複数の専門家で構成する委員会を設置し、治療方針の検討や助言

プロセス・ガイドライン：手順について

- 一人で決めない
 - 1：1の関係から開かれた関係へ
 - チームで相談したとしても、ある特定の人の声が支配的になりすぎているかを確認
- 一度に決めない
 - 人は迷い、惑うもの
 - 決断を保留するという決断も重要
 - 一度決めた決断を撤回できることを保証する
- 専門チームへのコンサルテーション
 - 必ずしも「倫理委員会」である必要はない
 - 必ずしもコンサルタントの推奨に従う必要はない

Step1 講義

- 患者自身が十分な意思決定能力をもっているかどうかについて評価する



意思決定能力の慎重な評価が必要な状況

- 意思決定の内容が複雑である
- 決定内容が深刻な結果につながるかもしれない
- 患者が自分に危害や苦痛となる決定を繰り返す
- 患者が表明する内容が相手によって異なる
- 患者の意思決定能力に関する意見が、評価者の間で異なる
- 患者と評価者との間に利害対立がある
- 評価者の評価に対し本人が異議を唱えている

(イギリス2005年意思能力法・行動指針)

英国意思決定能力法の5原則 Mental Capacity Act

1. 意思決定能力存在の推定の原則
 - 「ない」と判断する側にそれを証明する責任がある
2. エンパワメントの原則
 - 十分な意思決定支援のうえでの評価が大前提
3. 「不合理な選択」の尊重原則
 - 周囲からみて不合理な選択だからといって「能力がない」とは判断してはならない
4. ベスト・インタレストの原則[略]
5. 必要最小限の介入の原則[略]

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）

意思決定能力の強化とエンパワメント

- 情報開示の質を高める
 - 例えば、複数回の説明、文章、図、通訳等の活用
- 家族や友人に同席してもらう
- 心理的サポートにより不安や恐怖を緩和する
- 熟考を促し、決定を遅らせる

意思決定能力を構成する4つの要素

- 理解
- 認識
- 論理的思考
- 表明

(Grisso, et al. 1998) 17

意思決定能力を評価する方法

1. 必要な情報の開示
 - 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
 - その治療に伴う利益と負担
 - 代替となる治療
 - 理解しておくべきその他の重要事項
2. インタビュー：質問と回答内容の評価
 - 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（重要事項や不十分な回答については、具体的な質問を行い、回答を促す）
 - 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？”等
 - 誤解がある場合には、もう一度説明してから質問する
3. 記録：患者の返答を記録する

(Grisso, et al. 1998) 18

“理解”の評価

【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、説明された内容を回答するかどうか。

(Grisso, et al. 1998) 19

“認識”の評価

【質問の例】

- ✓ ご自身の病状についてご自身の言葉で教えていただけますか？
- ✓ これから行われる治療と、その必要性について、ご自身の言葉で教えていただけますか？

【評価のポイント】

- 病気や治療方針などについて説明を受けたことを理解している
- 説明された病気や症状の存在を理解している
- 意思決定を行う必要性を理解している
- 提案された治療方針が自分にとって利益をもたらすことを理解している

(Grisso, et al. 1998) 20

“論理的思考”の評価

【質問の例】

- ✓ どうすることがご自身にとって最もよい方針ですか？ その理由も教えてください
- ✓ 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) 21

“表明”の評価

【質問の例】

- * 表明する能力については、患者は口頭で返答する必要はなく、書面や他者を介しての伝達でもよい

【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) 22

評価と判定にあたっての注意

- 認知機能の低下や精神症状の存在自体が、意思決定能力の欠如を示すわけではない
- 年齢、病名、様子、行動、社会的背景などからの憶測ではない
- 評価の前に意思決定能力を高める努力を
- 求められる意思決定能力のレベルは、治療方針のリスクによって異なる
- “十分/不十分”に明確に二分することはできないという前提で評価を行う

23

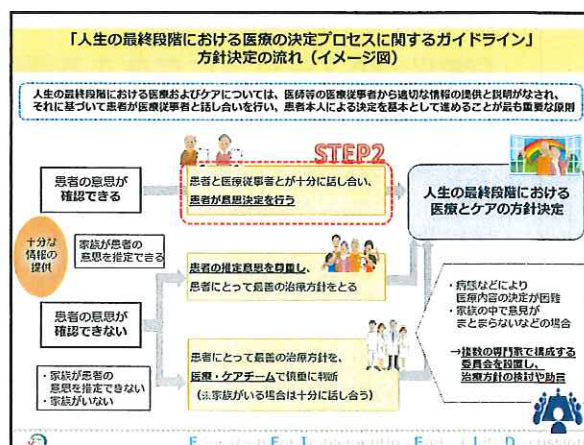
評価と判定のポイント

- バランス
- 患者の選択がもたらしうる結果（利益と害）の比較衡量
- 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
- 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する

24

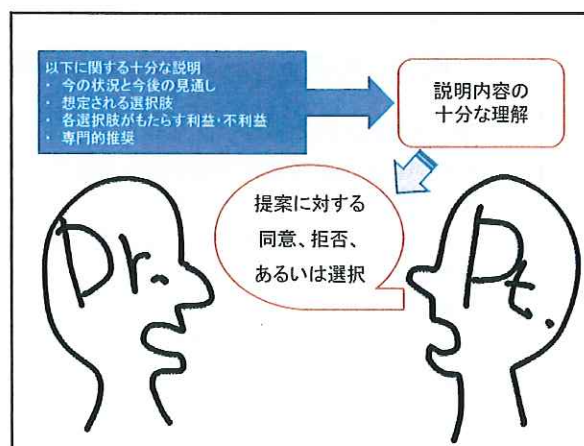
Step2 講義

- 患者自身との対話が可能な場合：
患者、患者家族と医療者との、意思決定に向けた継続的対話



インフォームド・コンセントとは？

- 患者（もしくはその代理人）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



「患者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

- 患者自身の病状
- 医療を受けないとどうなるのか？
- 医療の選択肢はなにか？
- それぞれについて、医療を受けることで、患者が得る利益は何か？ 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、医療者が準備していること

「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患者への利益・不利益が不明確、あるいは、操作されてつたえられる
- 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デフォルトになっているような説明

「理解」のステップに存在する問題

- 意思決定を行う上で患者が理解すべきことは何か？
- 医療者は患者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？
- 患者の理解は確認されているか？

患者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

「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「患者への健康与益」
 - 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「患者にとっての最善」

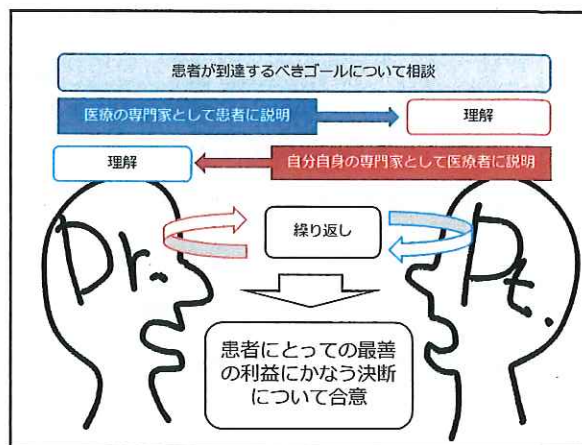
- 「医学的最善」が「患者にとって最善」とは限らない
- 「医学的に無益」なことが必ずしも「患者にとって無益」とは限らない
- 「患者の選好」=「患者にとって最善の選択肢」では必ずしもない

医療者は患者のことに對して素人

- 患者自身の専門家である患者自身から、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
- 「自分は患者について何もわかっていない」というスタンスが求められる

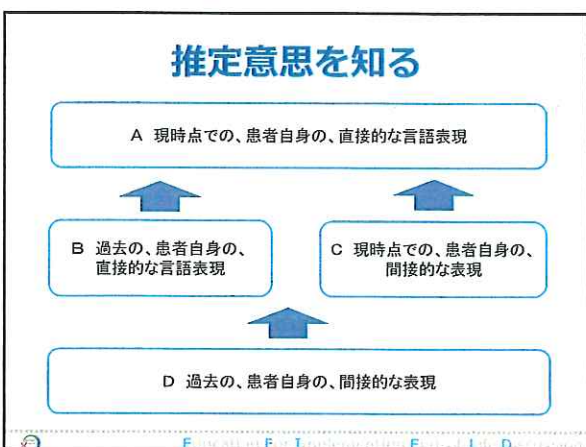
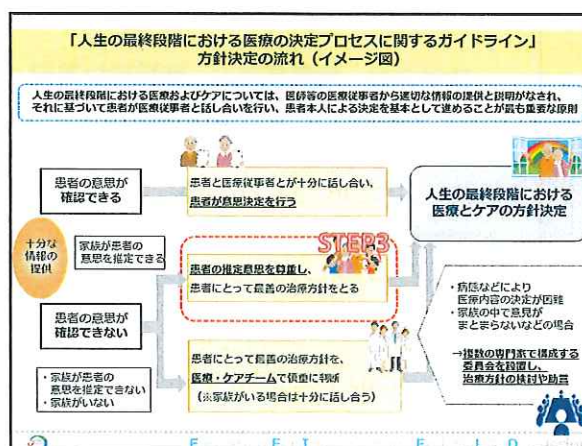
医療における合意形成に当たり、医療者が知るべき患者のこと

- どうなりたいと考えているのか？
- 医療に何を期待しているか？
- 最も優先してほしいことは何か？
- 病気や医療が患者自身の生活に与える影響
- 患者自身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？
- 誰に話してほしいくないか？



Step3 講義

- 患者が自らの意思決定に関与することが困難な場合、患者自身の考えや選好を推定する方法を学ぶ



A.現時点での、患者自身の、直接的な言語表現

- 常に患者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
- 合理的で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、患者自身の、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、患者自身の、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、患者自身の、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

患者の背景とナラティブ

- 医療に対する見解
 - 医療に対する期待
 - 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

家族の声：患者の最善利益の 査定において家族がもつ2つの役割

- 患者の声を代弁するもの
 - 「患者自身は、どのようにお考えだと思われませんか？」
- 患者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？」

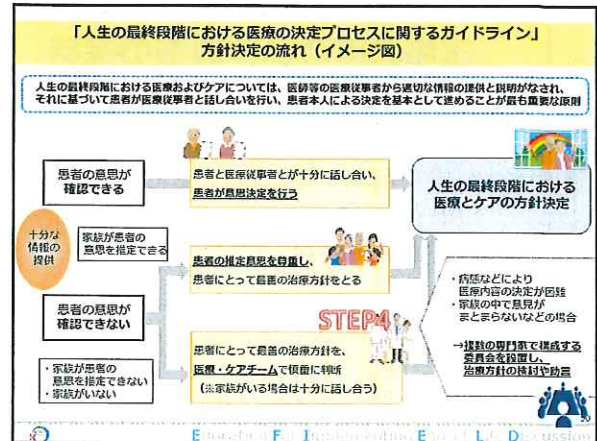
家族とは

- 「患者の最善の利益」を尊重する立場に立つ場合は、民法上の「家族」よりは、患者の考える「家族」を「家族」ととらえる。
- 家族であるために重要なこと
 - 困ったときに助け合う
 - 精神的なきずながある
 - お互いにありのままにいられる
 - 血のつながりがある
 - 日常生活を共にする

(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「第5回全国世帯動向調査」

Step4 講義

- 4分割法を用いた情報の整理
- 多職種における倫理的規範に基づいた検討と多職種の価値観のすり合わせ



Jonsenらの4分割法

医学的適応 Medical Indication Preferences	患者の意向（選好） Patient
QOL Quality of Life	周囲の状況 Contextual Features

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。

医学的適応 <ul style="list-style-type: none"> ・ 診断と予後 ・ 目標の確認 ・ 治療等がアウトカムに与える効果 ・ 治療等が与える有害性 ・ 医学的無益性 	患者の選好 <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の判断能力 ・ 医療に対する見解 ・ 理解と納得 ・ 人生観 ・ 生活で大切にしているもの ・ 事前の意思表示 ・ 代行判断者
QOL <ul style="list-style-type: none"> ・ 心理状態 ・ 様々なレベルと側面での痛み ・ 安楽 ・ 幸福 ・ 自己価値観 	周囲の状況 <ul style="list-style-type: none"> ・ 家族や利害関係者 ・ 守秘義務 ・ 経済的問題 ・ 施設の資源や方針 ・ 診療チームの状況 ・ 法律、宗教

医学的利益の査定

- 病気の回復の可能性
- 余命日数
- 治療によるリスクの可能性
- 様々な「アウトカム」
 - 生死
 - 意識状態
 - 認知機能
 - ADL
 - 摂食機能・栄養状態
 - 骨折や褥瘡などの二次的な事象

QOLの評価

- ADLとQOLは異なる
- 「寝たきり＝QOLが低い」とすべきでない
- QOLは患者本人の主観である
- 患者自身の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
 - はずかし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、尊厳の保持

- 身体的苦痛
 - 侵襲度の高いケア
 - ・開腹手術など
 - 長期間持続する侵襲
 - ・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

患者にとっての最善方針について合意する

- 各職種の視点を考慮する
- 「患者にとっての最善」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・家族との対話の進め方について議論する



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『対象者の利益』を願っていること

コンセンサス形成

- コンセンサスは医療者の中におけるコンセンサスであり、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「具体的な選択枝の決定」を分けて議論する
- 医療者間で形成されたコンセンサスの問題点を意識する

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.

- 1 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、態度、法的制約、施設の方針、経済的制約等の理解も含む
- 2 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。