

医療機関におけるACP実践のための研修会
2023.8.19

事例検討を通じたACP実践の ポイントについて

島根県立中央病院

総合診療科

緩和ケアチームリーダー

地域医療連携センター長補佐

今田敏宏

※今回の発表に関連してCOIは特にありません※

倫理面から見た歴史的背景

- 1947年世界医師会発足、1951年日本加盟
 - 医学および**医の倫理**における国際的水準を高め、世界のすべての人々のヘルスケアの実現に努めて人類に奉仕すること
- 1981年リスボン宣言... **自己決定権の尊重**
- 2011年モンテビデオ宣言... **協働意思決定**(Shared Decision Making)
- 2018年「**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**」の改定、「**人生会議**」

「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**

・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

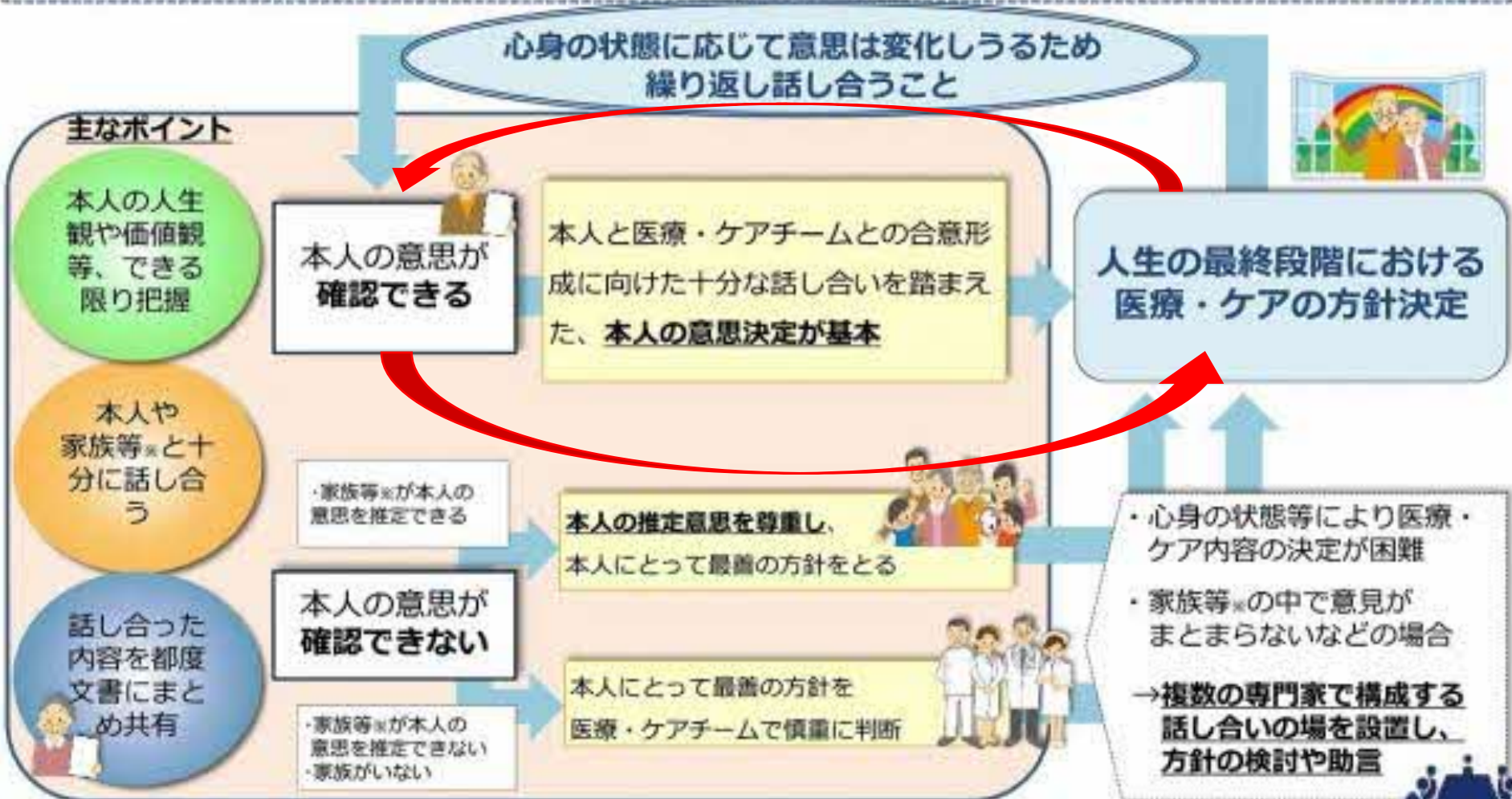
- ・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難
- ・家族等[※]の中で意見がまとまらないなどの場合
- 複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、方針の検討や助言

[※]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。



「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。



※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。



なぜ今ACP「人生会議」が必要なの？

- 命が差し迫った状態になると、
約70%の人が医療やケアを自分で決めたり、
希望を人に伝えることができなくなる

Silveira MJ, NEJM 2011

「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**

・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。



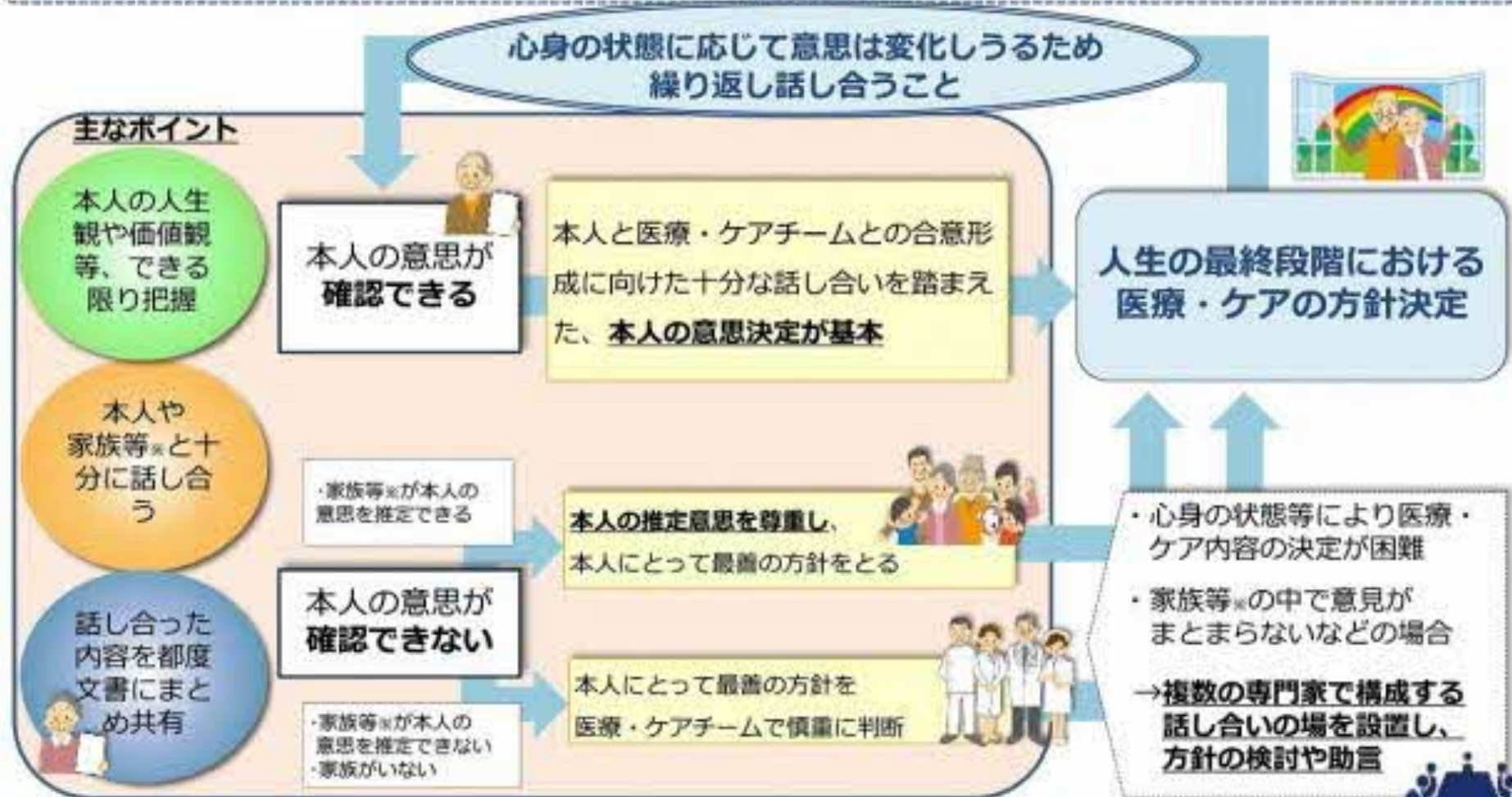
仮想事例1 (がん告知問題)

- 80歳男性、次女と二人暮らし、長女が県内在住
- 1年前に大腸がんStageIV (多発肝肺転移)と診断
- イレウス防止にS状結腸切除、化学療法は副作用で中止、この際家族からは「手術でがんは治った」と説明。
- 最近食欲低下と腹痛出現し入院。
- 家族は本人への告知を拒否。
- 軽度の認知症 (認知症自立度Ⅱ)

→本人は正確な病状を知らされていない

「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」 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。



※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。



「医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

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・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。

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



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

人生の最終段階における

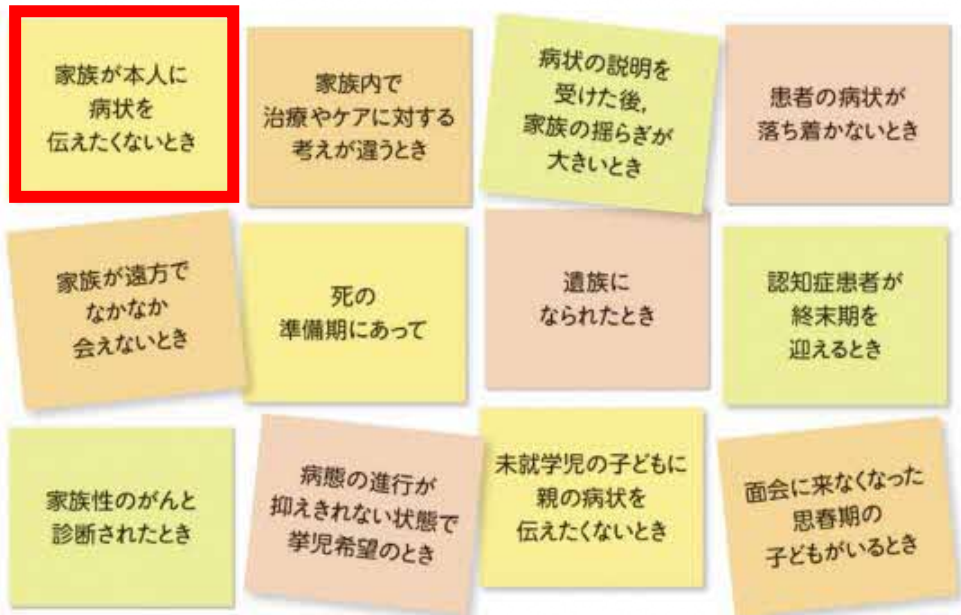
本人は意思決定能力はある程度保たれている。
十分な情報提供がされていないと本人の意思決定はどうか？
希望が十分反映させることができるだろうか？

→医療者としてどう対応するか。

緩和ケアにおける 家族ケア ベストプラクティス

〈編集〉 矢野 和美・森田 達也

家族が本人に病状を伝えたくないとき
大前隆二、木澤義之



アセスメントのポイント

- 1) 本人の病状の見通し
- 2) 本人に病状を伝えるメリット・デメリット
- 3) 本人は病状をどう認識し治療・療養において何を大切に過ごしたいと思っているか？
- 4) 家族は本人の状況をどう認識し、何を気がかりに思っているか？
- 5) 家族は本人の推定意思を尊重できているか？
- 6) 家族が病状を伝えたくない理由は？

告知について家族と話し合う

1. 知りたいかどうかを尋ね、**知りたいことだけ**を選択的に伝える
2. **知りたくないことを一方的に伝えることはしない**
3. 気がかりや大切にしたいことを聞き取りながら、本人にとって必要な情報があれば**それを知りたいか相談**する
4. 認知機能の低下で意思決定能力が低下がある場合、**エンパワメント**される工夫（家族の同席、理解しやすい言葉、図を用いるなど）。
5. 明確な理由をもって病状告知を希望した際には、本人の**自律と権利を尊重**して伝える、ということを家族に伝えておく

告知することのメリット・デメリット

- メリット

1. 知りたいと思っているならメリットがある
2. 不確実性はあるものの今後の大まかな見通しを知ることにより、今できることや対処方法を考えることができる

- デメリット

1. 置かれた状況に適応できず、精神的に不安定になる可能性がある
2. 希望を失う可能性がある

告知しないことが容認される状況

1. 認知症（意思決定能力の低下した）
 - ① 病状の理解が得られず治療や療養に対する希望の選択につながらない場合
 - ② ただし、**記銘力障害があっても意思決定能力は保たれる病態があることに留意。**
2. 余命が切迫し、告知後の本人への利益が増えないと考えられる場合
3. 重度精神疾患など病名告知による精神的ストレスに対処することが困難と判断される場合

告知しないことによるデメリット

1. 正確な病状を知らないために適切な治療や希望する療養の意思決定ができなくなる。希望を実現する機会を失い、やり残しや心残りが増える可能性
2. 病状経過で説明内容と矛盾が生じ不信感を招く可能性。家族も医療者も病状を隠すことの後ろめたさや罪悪感が強まり、本人との率直なコミュニケーションがとりづらくなる。本人が孤独になる
3. 家族など代理決定者が意思決定することになり、本人が望まない治療が選択される可能性。決定する精神的負担。

患者の告知に対する伝え方の希望と好み

- 日本人のがん患者を対象とした意向調査

- 家族と一緒に伝えてほしい 78%
- 自分だけに伝えてほしい 13%
- 家族だけに伝えてほしい 8%

Uchida M : Support Care Cancer 27(12):4487-4495,2019

- 患者の行動特徴によって病状の伝え方や好み異なる

- 論理的に考えて行動するタイプ・・・明確な予後告知
- 回避的な行動で対処するタイプ・・・明示しない伝え方

Mori M et al : Oncologist 24(9):e943-e952,2019

家族の気がかりに配慮

1. 衝撃がなくなるように配慮したうえで、本人に病状を説明する責任は医療者側にある一方で、**家族には悪い知らせを聞いた後の本人に寄り添い、支援するという役割が生じる**
2. その役割の重圧で「**つらがっている本人を見ていられない**」と説明を拒否する心理過程が働く
3. 「**家族だけが説明後の本人に対するケアをする必要はなく、医療者も常に家族と協力して本人が困難に向き合う努力をしていく**」ことを保証

医療者側の価値観を押し付けない

1. 話し合いと支援を重ねても「伝えないこと」を信念として固持することもある。
2. 医療者と家族間での信念対立は憤りや無力感につながり、本人にとっても最善のケア・支援ができない可能性や**医療者の燃え尽き症候群**につながる可能性がある
3. 「仕方がない」と考えて**多様な価値観を尊重する姿勢も時に必要**
4. 医療者間でもそのプロセスを共有し、**お互いにケアしあって燃え尽きを防ぐ**

本人・家族への関わり

1. 本人は深く考えないタイプ。病状説明も家族に任せていて、特にその内容に深く聞き直すことはなかった。
2. どう過ごしたいか？〇〇を食べたい。娘に会いたい等具体的な要求が主で、病状を知りたいという要求はなかった。療養場所は「動けないなら病院にいたい」と話した。娘らは献身的にそばに付き添った。
3. 徐々に認知機能の低下とせん妄が加わり、結局病名告知はメリットが少ないと判断した。
4. 最期は家族に見守られて安らかに亡くなった。

まとめ1

1. 「**本人にとっての最善**」という目標に向かって、家族と一緒に取り組む姿勢を心がけ、**本人と家族の思いをつなぐ気持ちで意思決定**を支援する
2. 病状説明後は医療者が家族とともに**本人の精神的支援を行うことを保証**し、家族の負担感や不安を緩和する
3. 家族と信念対立が発生したときは、**多様な価値観を認めて**医療者の価値観を押し付けない。医療者同士で情報共有を密に行い**互いにケア**することを心がける

重篤な病気を持つ患者との話し合いの手引き(SICG)

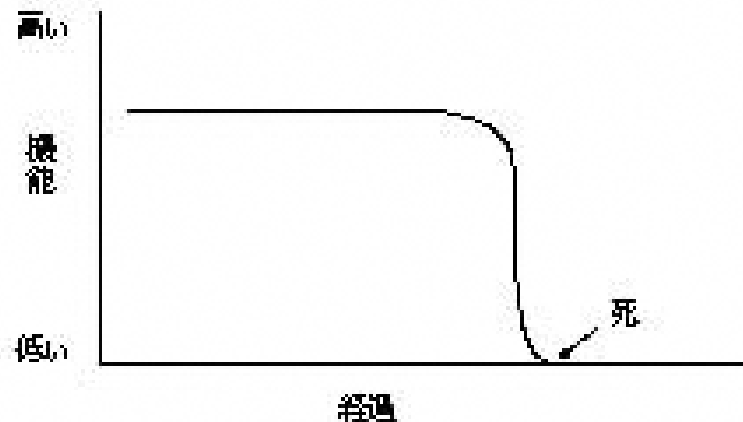
話し合いの流れ	患者に対する話し方の例
1. 話し合いを始める ・目的を伝える ・将来の意思決定のための準備 ・許可を求める	「あなたが今後希望する医療やケアを提供できるように、あなたの病気が今後どうなっていくかをお伝えし、あなたにとってどんなことが重要かを前もってお聞きしておきたいと思うのですが、よろしいでしょうか？」
2. 患者の理解と意向を確認する	「ご自分の病状についてどのように理解されていますか？」 「今後、病気がどうなっていくかについて、どの程度お知りになりたいですか？」
3. 今後の見通しを共有する ・Hope~,However~ ・I worry about~ ・間を置きながら話し、感情を探る	「あなたの病状について私が理解している範囲でお伝えしたいと思います」 不確実性;「あなたの病気が今後どのように進行するか予測する事は難しいと思います。できるだけ長く、病気が進行せずに元気で過ごしていただきたいと思っています。同時に病気が急に悪くなる可能性もあり、そのことを(とても)心配しています。そのもしもの時に備えておくことが大事だと思うのです」 または、 時間的予後;「とても残念なのですが、残された時間が、(日~週単位、週~月単位、月~年単位の期間で示す)くらいになってきている可能性があることを心配しています」 または、 機能的予後;「申し上げにくいのですが、あなたが感じているより事態は切迫しているのではないかと思います。そして今後、もう少し難しい状況になる可能性があることを心配しています」

重篤な病気を持つ患者との話し合いの手引き(SICG)

話し合いの流れ	患者に対する話し方の例
<p>4. 大切なことについて聞く</p> <ul style="list-style-type: none">・目標・恐れや不安・強さの源・欠かせない能力・延命治療の範囲・家族	<p>「万が一病状がさらに進んだ場合のことを考えたいと思います。病状が進んだ場合、どんなことが一番大切ですか？」</p> <p>「今後の病状に関して、一番怖いなど思っていることは何ですか？どんなことが心配ですか？」</p> <p>「これから病状と付き合いしていく上で、どのようなことがあなたの支えになると思われますか？」</p> <p>「あなたにとってとても大切で、これができないまま生きていくのは考えられない、と思うのはどんなことですか？」</p> <p>(例;口から食べられること、身の回りのことが自分でできること、家族とコミュニケーションが取れること、など)</p> <p>「病状がさらに進んだ場合、余命を伸ばすためならどの程度の治療であれば、たとえつらくてもやっていきたいと思いませんか？」</p> <p>「家族はあなたのご希望や大切にしたいことについてどのくらいご存知ですか？」</p>
<p>5. 話し合いを締めくくる</p> <ul style="list-style-type: none">・要約する・推奨事項を説明する・患者に確認する・患者に協力することを伝える	<p>「あなたにとって〇〇がとても大切だとおっしゃいましたね。それを考慮に入れると、現在の病状では●●をお勧めします」</p> <p>「こうすればあなたが大切にしたいことを今後の治療の方針に反映できると思います」</p> <p>「この方針をどう思われますか？」</p> <p>「あなたの力になれるように、私も全力でお手伝いします」</p>
<p>6. 話し合いの内容を記録する</p>	
<p>7. 主治医や他の専門職に伝える</p>	

死に至る三つのパターン (池上直己 論文より)

A)がん等:死亡の数週間前まで機能は保たれ、以後急速に低下



B)心臓・肺・肝臓等の臓器不全:時々重症化しながら、長い期間にわたり機能は低下

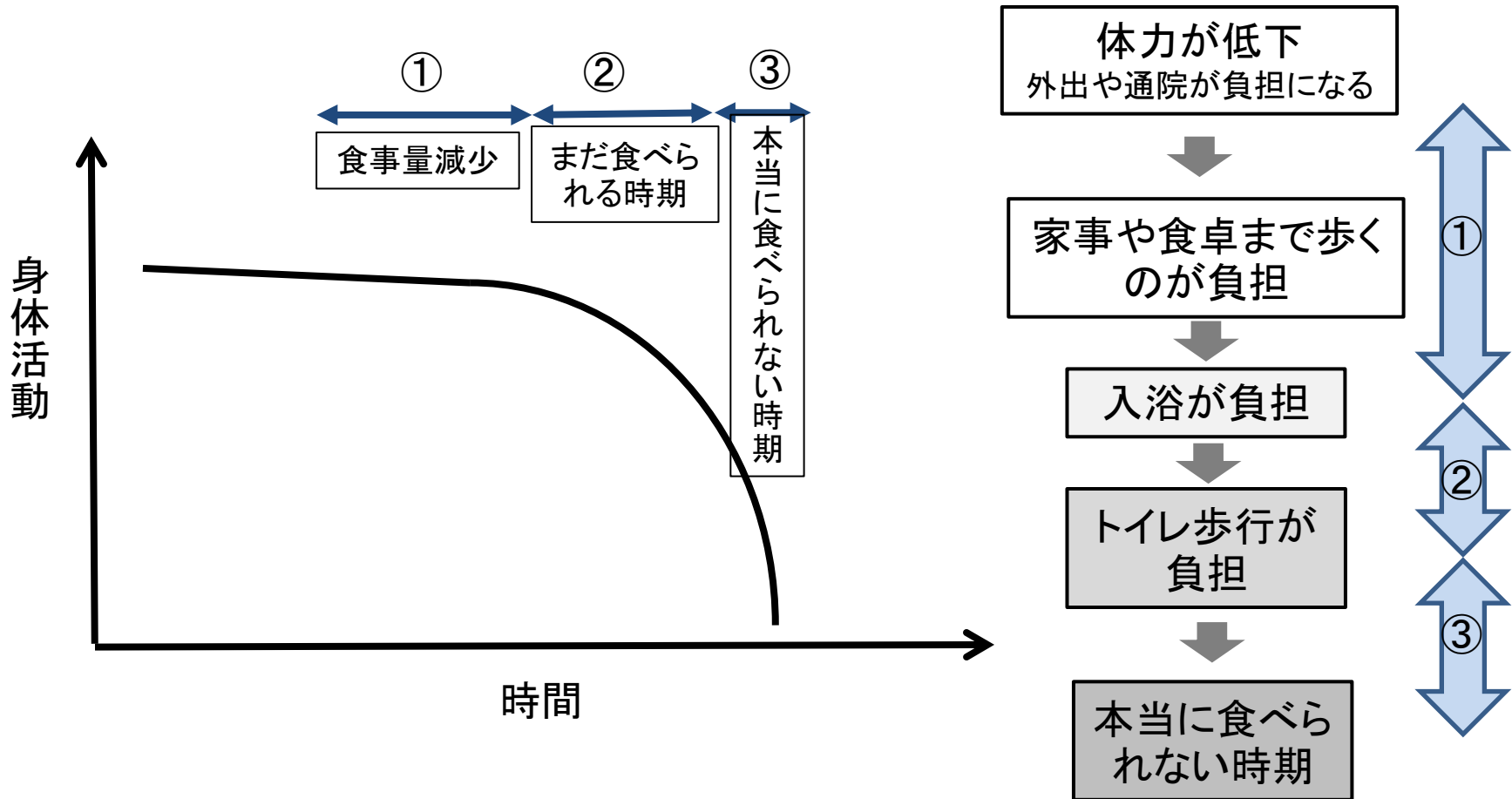


C)老衰・認知症等:長い期間にわたり徐々に機能は低下



出典: Lynn and Adamson,
“Living Well at the End of Life”,
WP-137, CA, Rand Corporation,
2003

誰でも使える現状確認ツール IMADOKO



今できていることから「いまどこなのか」を確認しよう

IMADOKO①チェックシート

Yes No

- 本人が食べることをつらいと感じている
- 本人はもっと食べたいと思っている
- 皮膚の乾燥
- 排泄に困っている
- 緊急時の連絡が自分でできる
- ひとりで外出ができる
- 必要栄養量に対して摂取量が75%未満
- 体重減少傾向
- 水や食形態の調整が必要
- 治療を要する歯や義歯
- 摂食機能の問題
- 口腔乾燥感・味覚障害

IMADOKO②チェックシート

Yes No

- 本人がトイレ歩行困難時も自宅療養を希望
- 家族がトイレ歩行困難時も自宅療養を希望
- 最後は入院を希望
- 褥瘡
- 転びそうになった
- 皮膚の乾燥・かゆみ・浮腫
- 排泄に困っている
- 食事・調理に関しての不安
- 食べられる量・種類が減少
- 握力が低下
- 水・食形態の調整が必要
- 歯ブラシや義歯の管理が自立
- 口腔衛生状態が保たれている
- 口腔乾燥感・味覚障害

福祉用具の提案

口腔内の観察を

IMADOKO③チェックシート

Yes No

- 全身倦怠感
- ベッドで臥床していたら楽
- 会話ができるうちに会っておきたい人がいないか
- ベッドからの起き上がりが可能
- 水や薬は飲める
- 便は出ている
- 尿は出ている
- チアノーゼや冷感
- 努力呼吸、下顎呼吸など呼吸変化
- 食事や水分補給に介助が必要
- 水・食形態の調整が必要
- 舌苔、口腔カンジダを疑う症状
- 摂食機能の問題
- 口腔乾燥感・味覚障害

つらいなら間欠鎮静も考える
そうなるとそろそろ日の単位

話ができる時間が限ら
れてきている

そろそろ時間単位

安全な経口摂食の提案
口腔乾燥に対するケア

「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**

・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考えられる。



仮想症例2(進行期認知症)

- 80歳女性 要介護4
- 夫(82歳)と二人暮らし、近所に長男、他県に長女
- 認知症と診断されて10年が経過、近年は週3回デイサービスに通い、着替え、移動は全介助、おむつ交換は夫とヘルパーが行っていた。
- 今年になって誤嚥性肺炎を2回繰り返し、体重も50→40Kgと徐々に痩せてきた。
- 3回目の誤嚥性肺炎で入院、医師からは経管栄養の提案があった。
- 夫はこれまで献身的に介護。胃ろうを希望。

「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**

・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。



意思決定能力を評価

1. **理解**「何の病気で入院していますか」
 - a) 肺炎
2. **認識**「今どんな治療をしてどんな具合ですか」
 - a) もうよくなった(実際は点滴や酸素投与中)
3. **論理的思考**「どうするのが一番だと思えますか、それはなぜですか」
 - a) 家に帰る。夫が待っている。(まだ退院できない)
4. **表明**

→認識、論理的思考ができていなく、意思決定能力は不十分

経過経管について説明

(意思決定に関わるすべての人を集める)

1. エンパワメント(家族とともに、図を用いて説明)
2. 本人「わからない。家族にまかせたい。」
3. 夫「介護は自分がこれまでやってきた。少しでも長生きしてほしいので胃ろうしてほしい」
4. 子供ら「実際介護してきたのは父だから父の希望を優先させたい」

→家族の希望で胃ろうをするのか？

「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**

・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考えられる。

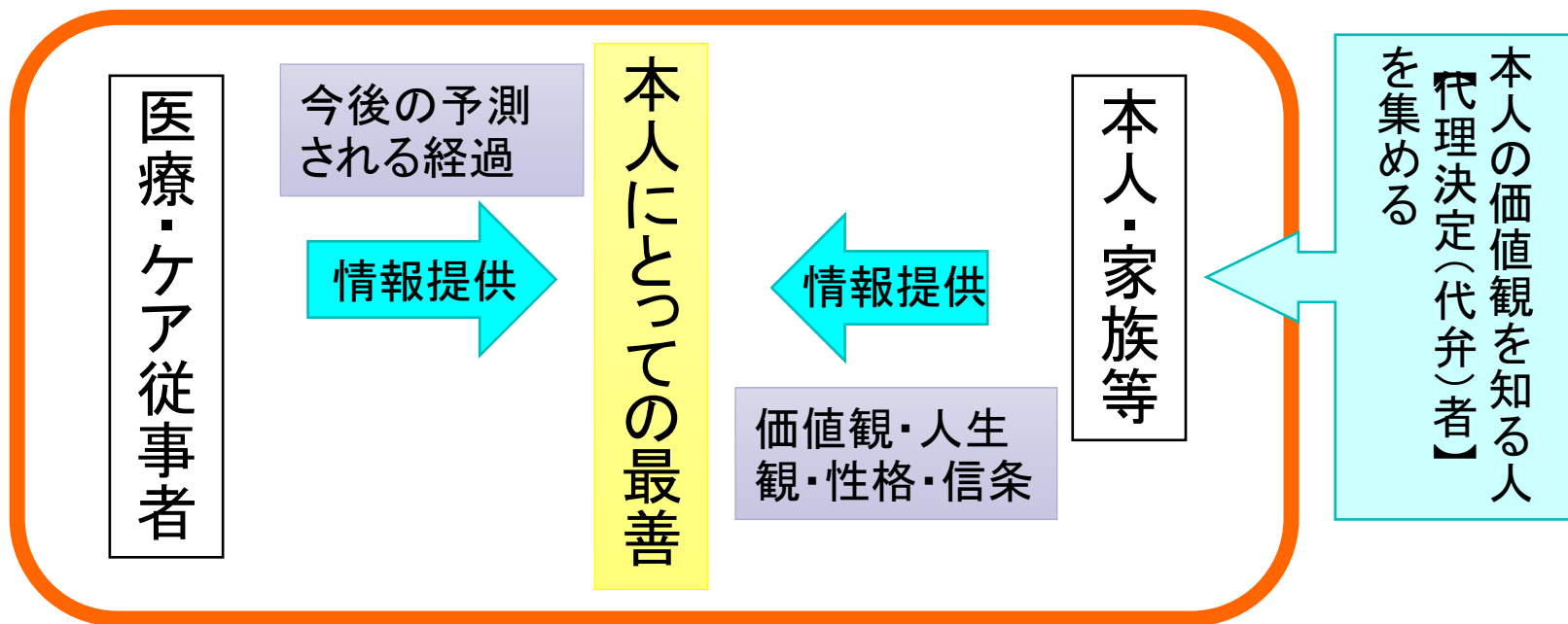


意思決定支援会議

情報共有合意モデル

→対話(※)のプロセスを重視し
参加する皆の総意で決定

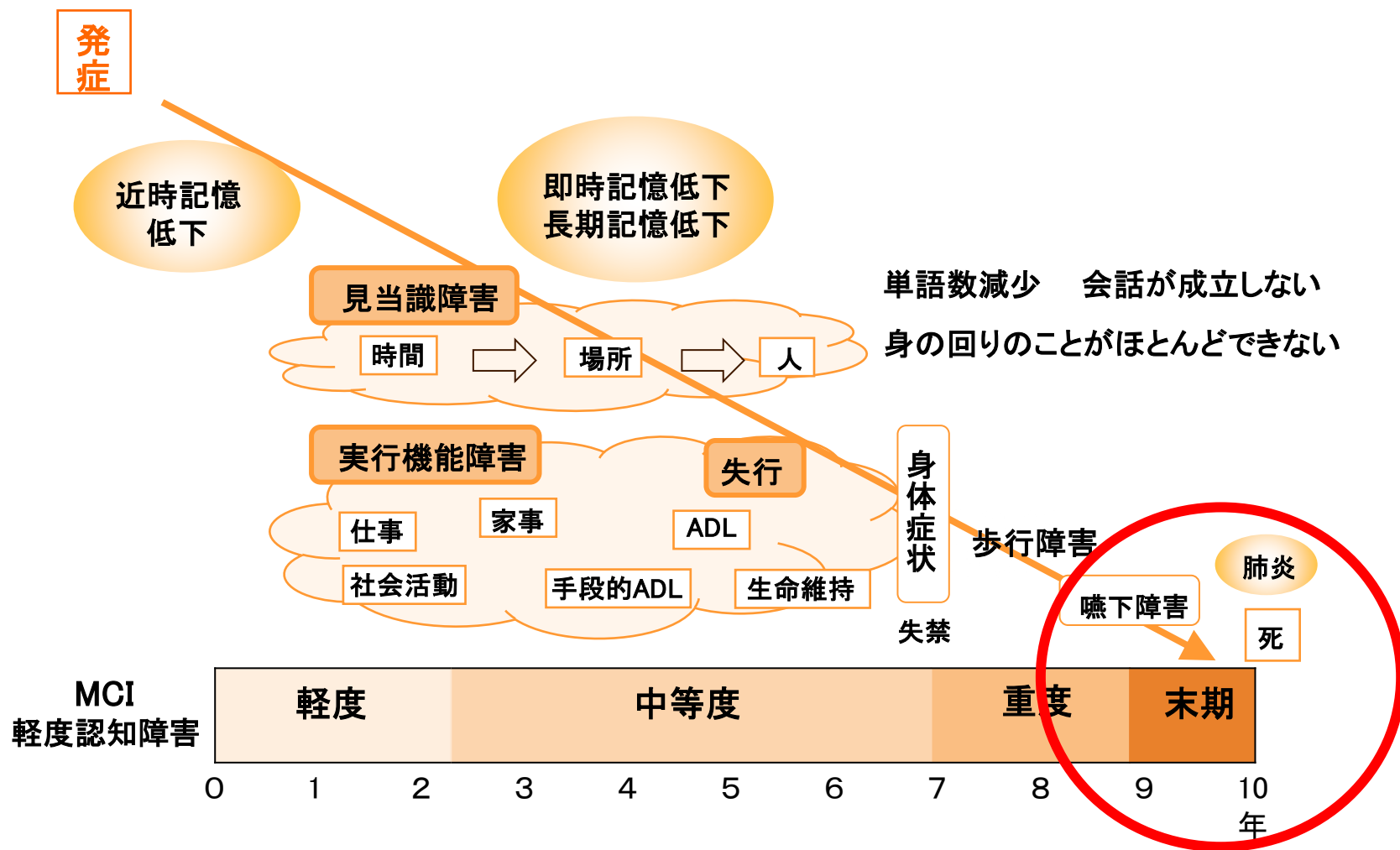
医師が言ったから
家族が言ったから
親戚の人が、、
ではよい決定プロセス
とは言えない



※ 対話・・・行動や言動の根源にある感情や考え方、価値観について深く掘り下げ、両者が合意できる新たな見解を生み出すための営み

一人で決めない、一度に決めない、答えは一つじゃない

アルツハイマー型認知症の症状と経過



本人の人生観・価値観・性格・信条

- 性格はおっとりした性格。認知症になる前は、近所の友達とお茶を飲んだり体操教室に行ったり社交的だった。だんだん道がわからなくなって認知症と診断された。一時は「人に迷惑をかけて生活するくらいならいっそ・・」などと口走ることもあったが、夫が献身的に支えてきた。認知症が進行するにつれてだんだんと無関心になり、夫に頼って生活してきた。
- 5年前、姉が胃ろうで入院していたのをお見舞いに行ったときにショックを受けていた。(←経験を尋ねる)
- 今は夫が手入れする家の庭を眺めてお茶を飲むのを楽しみにしている。

夫が胃ろうを希望する理由

- これまで二人で力を合わせてやってきた。今後もできるだけ長生きしてほしい。
- 家に連れて帰ってまた庭を見せて喜ぶ顔が見たい。
- 渋い日本茶が好き。家で好きなお茶も飲ませてやりたい。

もし本人が今の病状を理解して判断したなら、どうしてほしいというだろうか？

- 夫「これまで悪くなったらどうするなどの話はしたことがなかったが、義姉のお見舞いの時にショックを受けていた。姉も認知症といわれていたから。『自分もそうになったら人に迷惑かけたくないので、自然に任せてほしい』と言っていた。今がその時なんですかね。」
- 子供ら「これまで父は十分母の世話をできて母も感謝していると思います。自分たちからみても、会うたびに弱ってきているのを感じていました。この先胃ろうをしても元の元気な母にはならないのであれば、母も喜ばない気がします」

看護師から

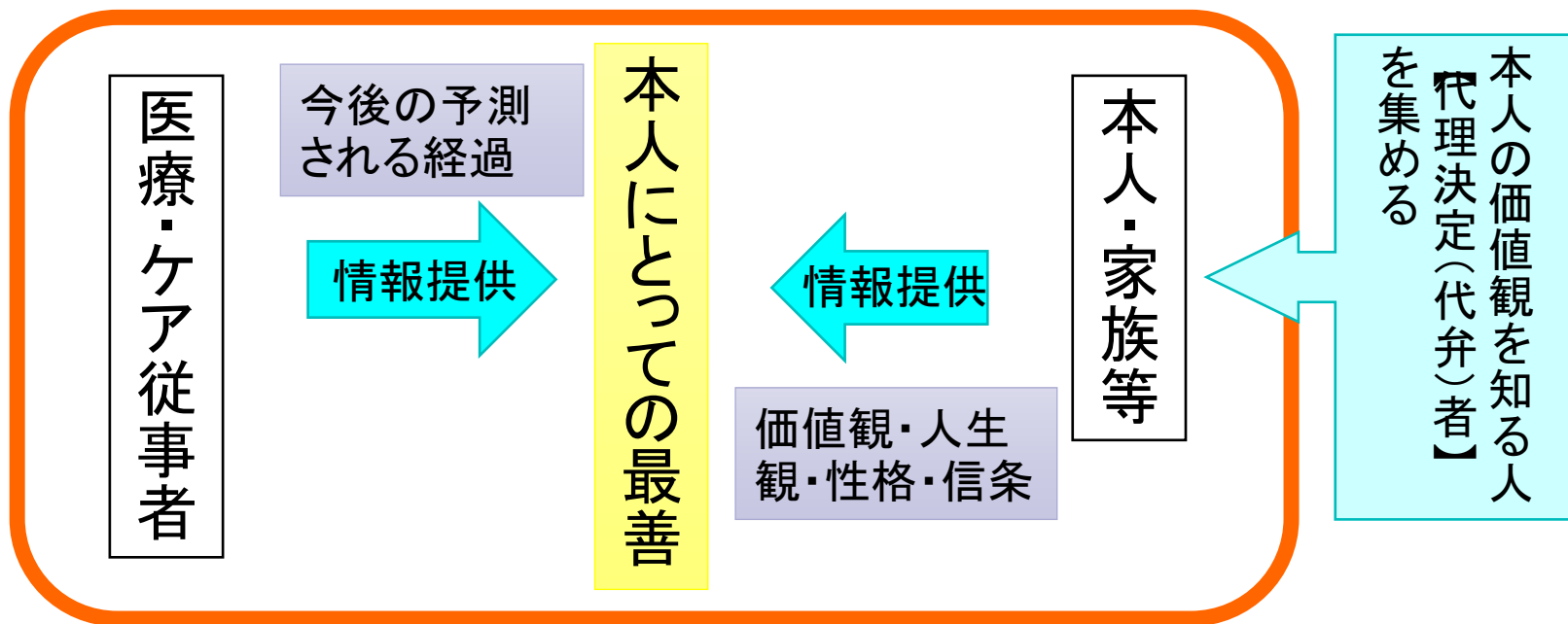
- 言葉数は少ないが、シャワーに入ったり、洗髪してあげると「ありがとう」と手を合わせて笑顔になります。一方で夜になると「お父さんはどこ？」「家に帰る」など不安を訴えて眠れないこともあります。
- 食事は少し食べたなら「もうごちそうさま」とそれ以上は欲しがられません。
- お茶が好きなようで、病院のお茶はあまり好まないみたい。

意思決定支援会議

情報共有合意モデル

→対話(※)のプロセスを重視し
参加する皆の総意で決定

医師が言ったから
家族が言ったから
親戚の人が、、
ではよい決定プロセス
とは言えない



※ 対話・・・行動や言動の根源にある感情や考え方、価値観について深く掘り下げ、両者が合意できる新たな見解を生み出すための営み

一人で決めない、一度に決めない、答えは一つじゃない

意思決定支援会議の総意

- 過去の言動と性格から胃ろうはしない方針
- 末梢点滴でとろみ形態の経口摂取や少量のお茶
- 予測される予後は1か月前後
- 今後は家で過ごしたいという希望を最優先に、在宅医療・看護を導入
- 長男長女も交代でできるだけ介護支援
- 浮腫が強くなってきたので補液を200ml程度に調整
- 好きな家で家族に囲まれて最期まで過ごした。

「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**

・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。



あんしんノート

出雲市版終活支援ノート

～いつまでも自分らしくあんしんして
暮らしつつづけるために～



- わたしのこと
- つながりの章
- 家系の章
- 医療の章…代理意思決定者
- 財産の章
- これからの章

「本人の言葉が家族を動かす」

病名や余命の告知について

病名・余命を告知してほしい
 病名のみ告知してほしい
 代理意思決定者や家族に任せる
 その他 ()

選択した理由や考え方など

延命治療について

もし、治療が不可能な病気（進行がん、慢性心不全など）にかかり、その後、病状の悪化などにより、十分に考えたり、周囲の人に自分の考えを伝えられなくなった場合、どのような治療を望みますか。

延命を最も重視した治療

心肺蘇生、気管挿管、人工呼吸器の使用や集中治療室での治療など、心身に大きなつらさや負担を伴う処置を受けても、できる限り長く生きることを重視した治療を受ける。
(その中で生じる苦痛な症状については、同時にできる限りの症状緩和のための治療やケアを受ける)

延命効果を伴った基本的、一般的な内科治療

集中治療室への入院や心肺蘇生、気管挿管、人工呼吸器の使用などの、心身に大きなつらさや負担を伴う処置までは希望しないが、そのうえで、少しでも長く生きるための治療を受ける。
(その中で生じる苦痛な症状については、同時にできる限りの症状緩和のための治療やケアを受ける)

快適さを重視した治療

治療による延命効果を期待するよりも、できる限り苦痛の緩和や快適な暮らし（自分らしい生活）を大切に治療を受ける。
(苦痛な症状については、できる限りの症状緩和のための治療やケアを受ける)

上記の選択肢を選んだ理由や考え方など

もしバナゲーム



- 人生の最期にどう在りたいか。
- だれもが大切なことだとわかっています。
でも、なんとなく「縁起でもないから」という理由で、
避けてはいないでしょうか。
- このカードを使えば、そんな難しい話題を考えたり話し合うことができます。
- また、ゲームを通して、友人や家族にあなたの願いを伝え、理解してもらうきっかけ作りにもなります。周りの人々とゲームをしておくだけで、いざというときの判断がしやすくなるのです。

まとめ2

1. 認知症でも意思決定できる段階があり、適切にエンパワメントして可能な限りの自己決定を尊重する。
2. 家族の希望もあるが、まずは本人の推定意思を確認する作業を。過去の経験を尋ねる。
3. 情報共有合意モデルでは対話のプロセスを重視。参加者皆の総意で決定。
4. 出雲市版終活支援あんしんノートの活用。
「本人の言葉がのちの代理決定の支えになる」