

患者自身の意思決定能力の評価 患者の意思の表明

東京慈恵会医科大学附属柏病院総合診療部診療部長
三浦 靖彦

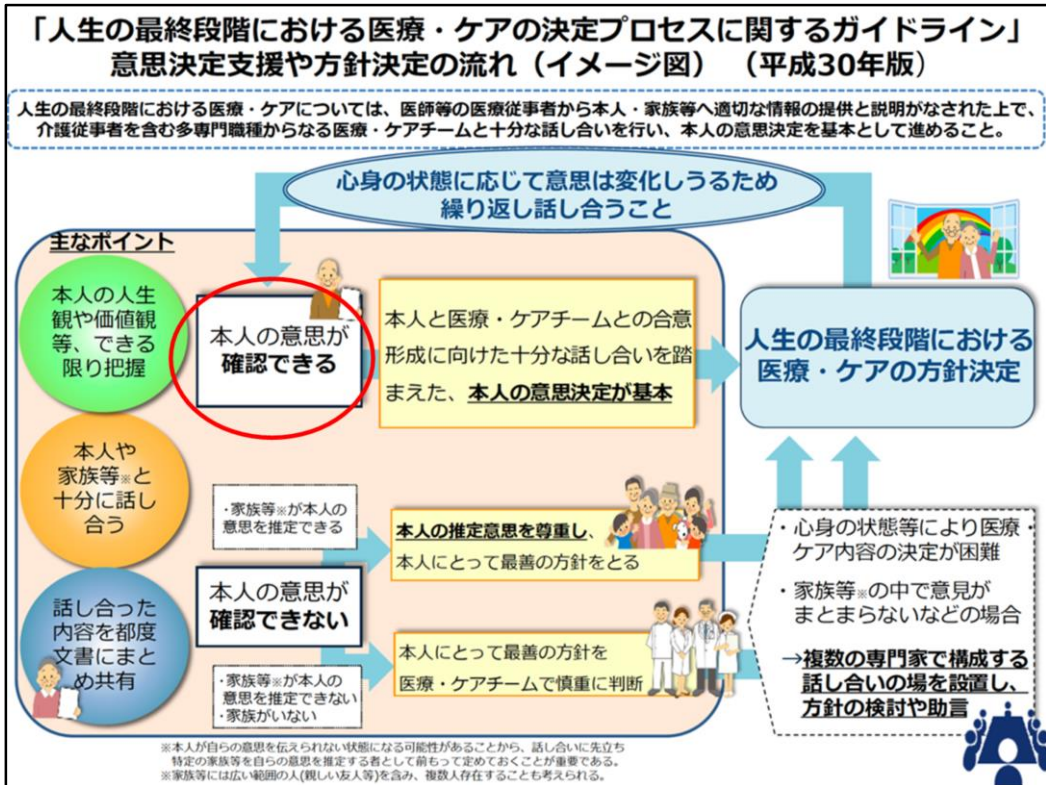
1

患者の意思表示の在り方をいくつか考えてみましょう。

STEP1

患者自身の意思決定 能力の評価

東京慈恵会医科大学附属柏病院総合診療部診療部長
三浦 靖彦



2018年厚生労働省から発表された「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」につきましては、その詳細を述べるのは省略いたしますが、このポンチ絵が公表されており、大変わかりやすいものとなっております。

この項では、患者の意思決定能力についての説明となりますが、これは図の中で「患者の意思が確認できる場合」に相当します。

なぜ意思決定能力を評価しなくてはいけないのか？

| | 評価において、意思決定能力あり | 評価において、意思決定能力不十分 |
|----------------|-----------------|------------------|
| 実際に意思決定能力あり | 自己決定OK | 自律が奪われる可能性 |
| 実際は、意思決定能力が不十分 | 患者に危害となる介入の可能性 | 代行判断が必要 |

Education For Implementing End-of-Life Discussionより 4

意思決定を進める際には、まず、患者が自己決定ができる状況なのか、それとも代行判断を行わなければならない状況なのかについて判別する必要があります。その際には、患者の意思決定能力の評価が不可欠となります。

しかし、「実際の意思決定能力」と「評価された意思決定能力」に乖離が生じた場合には、患者の自律性が侵害されたり、患者自身に危害が及ぶ可能性が高まり、道徳的に好ましくはありません。

こういったことから、医療者は、意思決定能力の評価に関する知識と技術を備えておくべきでしょう。

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可能性がある
- 患者が自分に危害や苦痛となる決定を繰り返し行っている
- 患者が表明する内容が相手によって異なる
- 評価者の中で患者の意思決定能力に関する意見が異なる
- 評価者と本人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)

Education For Implementing End-of-Life Discussionより 5

我々医療従事者は、患者との会話から経験的・直観的に、患者に自己決定能力があるかを推定しています。

しかし、スライドに示すような状況では、意思決定能力を慎重に評価する必要があります。

特に人生の最終段階に関わる決定をしなければいけない場面では、慎重を要します。

意思決定能力の強化と エンパワーメント

- 情報開示の質を高める
 - 患者・家族の理解しやすい言葉を用いる、複数回の説明、文章、図、通訳の活用等
- 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、決定を急かさない

Education For Implementing End-of-Life Discussionより一部改変 6

患者のすべてが、医療者側からの説明を最初から理解できるわけではありません。患者の意思決定能力を最大限に発揮できるよう、医療者は可能な限り患者の自己決定能力を促進(エンパワーメント)しなければなりません。

そのためには、

- 情報開示の質を高める、例えば、患者にとって、わかりやすい言葉を用いる、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、決定を急かさない
- などを心掛けたいと思います。

意思決定能力を構成する要素

- 情報の理解
- 状況の認識
- 論理的思考
- 選択の表明

(Grisso, et al. 1998)

Education For Implementing End-of-Life Discussionより 7

では、意思決定能力の実際の評価に入りたいと思います。
まず、意思決定能力を構成する要素を考えてみましょう。

意思決定に関連する情報の理解、意思決定の必要性や選択した内容がもたらす結果などに関する認識、決定は論理的思考に基づいてなされていること、そして決定内容を相手に表明できる、という4点になります。

意思決定能力を評価する方法

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

(Grisso, et al. 1998)

Education For Implementing End-of-Life Discussionより 8

では、次に、評価のスキルを簡単に紹介します。

1つ目のプロセスとしての情報の理解ですが、理解してもらうためには、私たち医療者は患者さんに情報を開示しなくてはなりません。

情報開示においては、

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

について、患者の理解レベルに合わせて、説明するプロセスが求められます。

“情報の理解”の評価

【質問の例】

- ✓どのような病状だと説明されましたか？
- ✓どのような治療法を提案されましたか？

【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
- それらの利益と負担

9

与えられた情報の理解の評価については、例えば、「どのような説明を受けましたか？教えてください。」「病名は何ですか？」といった質問をし、患者が

- ・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
- ・それらの利益と負担

などを正確に回答できるかどうかをチェックします。

誤解や誤った回答がある際には、当該の情報をもう一度開示し、その後に再度質問を行い、理解の再評価を行ったほうがよいでしょう。

そして、これらの質問に、回答できるという事は、自身の病状、自身の置かれた状況を認識していると考えてよいでしょう。

“状況の認識”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くださいませんか？
- ✓ 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くださいませんか？

【評価のポイント】

- 病気と治療方針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利益をもたらすことを理解している

理解は、大まかに物事の全体像を知ることに対し、認識は、物事の原理、すなわち根底を知ることと説明されています。

(Grisso, et al. 1998)

Education For Implementing End-of-Life Discussion より

10

次に、患者の認識についての評価が必要ですが、例えば、スライドに示すような質問（「ご自身の病状についてご自身の言葉で教えてくださいませんか？」「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くださいませんか？」などの質問）を行い、

- ・病気と治療方針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利益をもたらすことを理解している

といった点などを患者が理解しているかどうかについてチェックすることになります。

理解と認識の違いは難しいですが、理解は、大まかに物事の全体像を知ることに対し、認識は、物事の原理、すなわち根底を知ることと説明されています。

“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一番だと思えますか？
- ✓ 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えますか？

【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

11

論理的思考については、

「どうすることがご自身にとって一番だと思えますか？その理由も教えてくださいませんか？」

「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えますか？」といった質問を通して、患者が「論理的に考えているか」をチェックします。

“選択の表明”の評価

【質問の例】

*これから、どのような医療を希望し、どのようなケアを、どこで受けて、過ごしたいとお考えですか？

【評価のポイント】

- 自らの状況を理解し（人生の最終段階に差し掛かっていることを理解し）、自らの希望（過ごす場所・受けたいケア等）を表明している。
- 最期の場所をどこにしたいですか？といった直接的な表現は避ける

12

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結構です。

そのうえで、

- ・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

ここまで説明した4つの能力を、

医療者は患者とのインタビューの中で同時に評価し、意思決定能力の判定を行うこととなります。

この際に注意したいことは、

「余命をあと何か月と考えていますか？」

「最期の場所をどこにしたいですか？」

といった直接的な表現は避けるのが望ましいということです。

評価と判定のポイント

- 患者の選択がもたらしうる結果（利益と害）の比較衡量
- 患者の自律性を尊重しつつ、危険な結果から保護するように判定する
自律尊重と保護（パターナリズム）
（リバタリアン・パターナリズム、ナッジ、ソムリエ・モデル）
- 判定が困難な場合には、専門家にコンサルテーションする

Education For Implementing End-of-Life Discussionより 13

また、医療者は、自律尊重の原則から患者の自己決定に傾倒するばかりではなく、パターナリズムをバランスよく散りばめ、患者が選択した治療方針が与える利益と害・苦痛を常に比較衡量し、合理的そして専門的に見て、後者が大きいと考える場合には、意思決定能力は不十分という判定を行う必要もあります。リバタリアン・パターナリズム、ナッジという考えが経済学の分野で注目されていますが、ソムリエと表現する方がなじみやすいかもしれません）

そして、判定に難渋する場合には、他の医療スタッフ、精神科医や、臨床倫理コンサルテーション等の支援を求めたほうがよいということになります。

高齢者の意思決定能力を 評価する際の注意事項

- ・ 認知症と診断されたから自己決定不可能とはいえない
- ・ 意思決定能力は、個々人によって差があり、加えて、「特定の課題ごと」「選択の結果の重大性」に応じて変わる可能性がある

意思決定能力を固定的に考えてはいけない
残存能力を引き出す努力を惜しまない

- ・ 長谷川式やMMSEの得点のみで決められない
- ・ 一度で決めず、周囲のスタッフからの情報も参考にしましょう

14

認知症高齢者の意思決定能力を評価する際の注意

- ・ 認知症と診断されたから自己決定不可能とはいえない
- ・ 意思決定能力は、個々人によって差があり、「特定の課題ごと」「選択の結果の重大性」に応じて変わる可能性がある
- ・ 意思決定能力を固定的に考えてはいけない
- ・ 残存能力を引き出す努力を惜しまない

長谷川式やMMSEの得点のみで決められない部分があるといわれていますので、一度で決めず、周囲のスタッフからの情報も参考にしましょう。

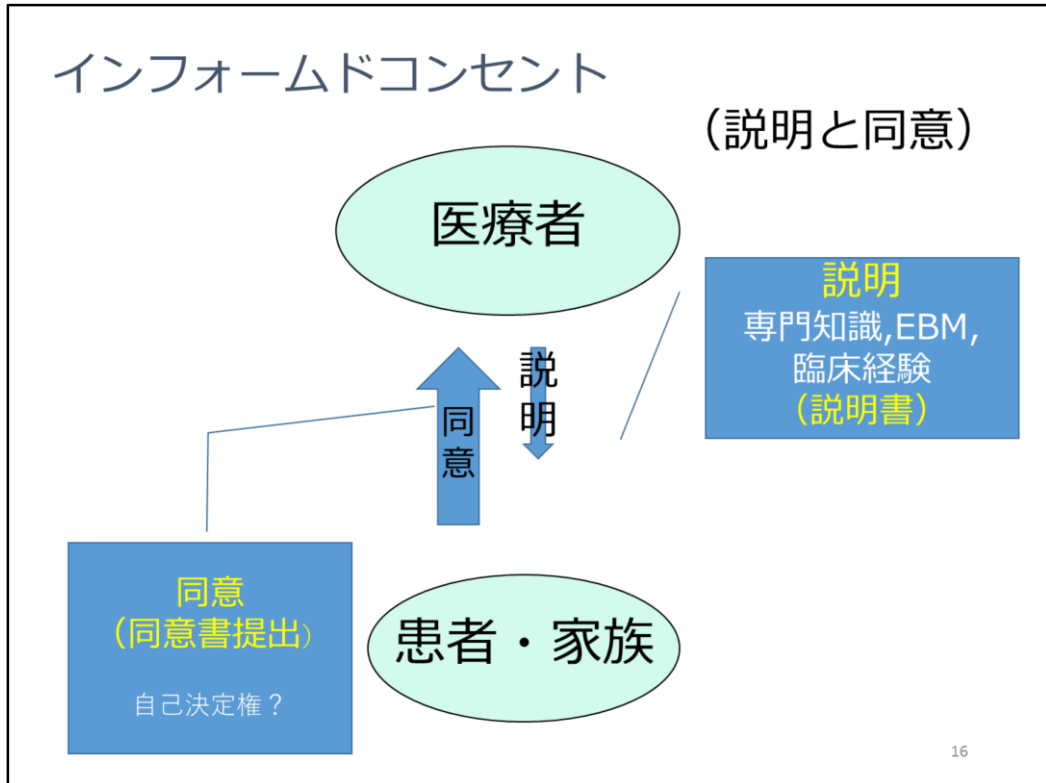
患者の意思の表明

インフォームド・コンセントと 協働意思決定

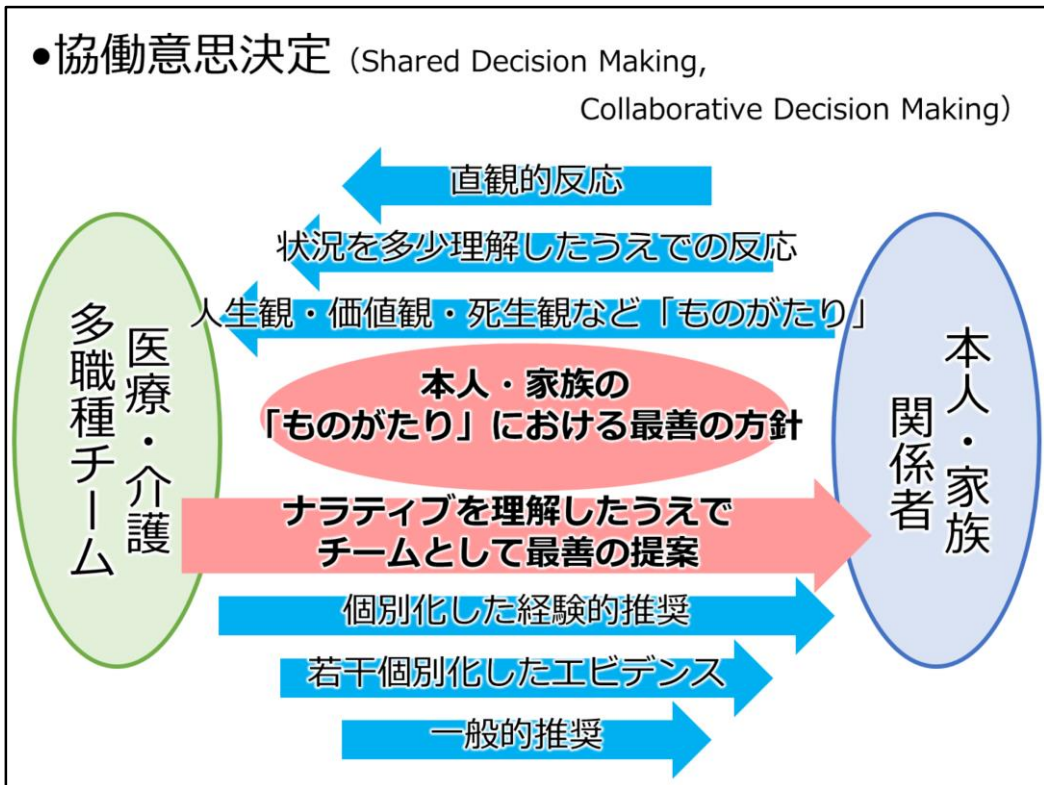
(Shared Decision Making,
Collaborative Decision Making)

15

患者に意思決定能力が備わっていれば、インフォームド・コンセントが成立します。ここで、インフォームドコンセントについて、解説します。近年日本においては、インフォームドコンセントの概念・実践が形骸化しているとも指摘されており、協働意思決定 (Shared Decision Making, 最近、Collaborative Decision Makingとも表現されてきています) が推奨されています。



本来のインフォームドコンセントは、医療方針の決定に際して、患者が自分の状態や治療・代替案・それぞれの場合の予後などについて十分な情報を得たうえ (informされた状態) で、同意・選択する (consent) という意味であったと思われませんが、我が国に導入されるときに「説明と同意」と紹介されたことから、説明・同意モデル、つまり、医療者は、その専門的知識と裁量権をもって、検査方法や治療方法の説明を行い、患者は、自己決定権を持って同意するという理解で、進んできました。しかし、どちらかという、一回の簡単な説明で、同意書を得るという場面が増えてきているように見受けられます。



「説明と同意」に変わり、「協働意思決定」という概念が登場しています。超高齢社会となった今、いろいろな考え、人生観、死生観を持つ人が増えてきました。

つまり、エビデンス等による最良の医療が、本人の希望する医療の形と異なる場合などが多くみられるようになってきました。しかも、多くのエビデンスは、高齢者のみを対象として得られたエビデンスではありません。

したがって、医療者も、医師個人ではなく、医療・ケアチームという多職種チームとなり、患者側も、家族も含めた「本人・家族」の人生観・死生観など、「いのちの物語り」を語り、医療スタッフは、それに耳を傾け、それらを理解したうえで、多職種での話し合いの後に「本人・家族にとっての最善」と思われる提案を行い、合意に至ろうとする、複数回にわたるやり取りを推奨している図式が推奨されます。これは、欧米で言われる Shared Decision Making, と同様のものと考えられます。近年では Collaborative Decision Making と称している人たちもいます。

救命救急の最前線などでは、このモデルの実践に、時間的余裕のない場合も存在しますが、この精神を常に心に刻んでおいてほしいと思います。

リビング・ウィル-Living Will 終末期医療における事前指示書

この指示書は、私の精神が健全な状態にある時に書いたものであります。
したがって、私の精神が健全な状態にある時に私自身が破棄するか、または撤回する旨の文書を作成しない限り有効であります。

- 私の傷病が、現在の医学では不治の状態であり、既に死期が迫っていると診断された場合には、ただ単に死期を引き延ばすための延命措置はお断りいたします。
- ただしこの場合、私の苦痛を和らげるためには、麻薬などの適切な使用により十分な緩和医療を行ってください。
- 私が回復不可能な遷延性意識障害（持続的植物状態）に陥った時は生命維持措置を取りやめてください。

以上、私の要望を忠実に果たしてくださった方々に深く感謝申し上げますとともに、その方々が私の要望に従ってくださった行為一切の責任は私自身にあることを付記いたします。

| | | | | |
|----------------|-----|---|---|----|
| 枠内は必ずお書きください | 申込日 | 年 | 月 | 日 |
| フリガナ 氏名（自署） | 男・女 | 年 | 月 | 日生 |
| □□□-□□□□ | TEL | - | - | |
| 住所 | 携帯 | - | - | |

日本尊厳死協会: "リビングウィルとは". より転載
http://www.songenshi-kyokai.com/living_will.html [2018.11.16閲覧]

我が国で最初に普及した「医療における患者の意思を表明するための手段」は尊厳死宣言書ではないかと思われまます。1976年に日本安楽死協会として設立され、1983年に日本尊厳死協会と改名し、現在に至ります。尊厳死宣言書という名称も「リビング・ウィル-Living Will 終末期医療における事前指示書」に2017年に変更されています。

しかし、尊厳死宣言書だけでは、
救急の現場で困ることが多いのも事実

- この状態は、終末期と言い切れない
- この状況において、むだな延命治療とは何を指すのか？
- 患者が、どのような背景・価値観・死生観から尊厳死宣言書を書いたのかが不明

救急センターの医師たちは、
ジレンマに陥っている

しかし、尊厳死宣言書だけでは、救急の現場で困ることが多いのも事実です。

- この状態は、終末期と言い切れない
- この状況において、むだな延命治療とは何を指すのか？
- 患者が、どのような背景・価値観・死生観から尊厳死宣言書を書いたのかが不明

などがあり、救急センターの医師たちは、ジレンマに陥っており、臨床倫理コンサルテーションを数多く受けます。

事前指示； アドバンス・ディレクティブとは

意思能力が正常な人が、将来、意思能力を失った場合に備えて、治療に関する指示を事前に与えておくこと

- (1)望む医療処置・望まない医療処置
⇒リビング・ウィル（書面）
- (2)医療に関する代理判断者を指名 = DPA
- (3)その他（過去における口頭での意思表示など）

「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」

「（１）患者の意思の確認ができる場合

①・・・インフォームド・コンセントに基づく患者の意思決定を基本とし・・・」

⇒ 事前指示の重要性

20

1990年代後半には、事前指示という概念が我が国にも紹介されました。

事前指示：アドバンス・ディレクティブとは

「意思能力が正常な人が、将来、意思能力を失った場合に備えて、治療に関する指示を事前に与えておくこと」と定義される。

(1)望む医療処置・望まない医療処置を判断能力が清明な時期に表明しておくこと。これを書面にしたものがリビング・ウィルです。

(2)また、海外では、「医療に関する代理判断者を指名(Durable Power of Attorney)」という制度もあります。

(3)その他、例えば米国のように、患者が意識清明な頃に「このように話していた」という事実が裁判所等で認定されると、法的に有効とされるという場合もあり、これも事前指示の範疇と考えられています。

厚労省ガイドラインでも患者の意思の尊重がうたわれているため、法的根拠がないとしても、人生の最終段階を扱う場合において大変重要な概念です。

POLST

Physician Order for Life-Sustaining Treatment 心肺蘇生に対する医師による指示



21

しかし、事前指示は、「患者の権利として、患者が個人的に作成する」という側面があるためか、海外でもあまり普及しなかったようです。

そこで、近年の米国では、POLST:Physician Order for Life-Sustaining Treatment (心肺蘇生に対する医師による指示)が普及し、法的な整備もされています。

高齢多死社会・救急現場の混乱等も鑑みて、日本臨床倫理学会では2015年に日本版POLSTおよび作成指針を公表しています。書式のみでなく、望ましいプロセスの在り方や、DNARについての詳細な注意事項も、基本理念として掲載しておりますので、ぜひとも参考になさってください。

POLST (DNAR 指示を含む)

「生命を脅かす疾患」に直面している患者の
医療処置(蘇生処置を含む)に関する医師による指示

患者記入欄

私、患者(患者氏名) _____ は「生命を脅かす疾患」に
直面した場合の医療処置や、心肺停止に陥った場合の蘇生処置につ
いて、以下の方法を望みます。
私は、自分の現在の病状について理解しました。
私は、以下の医療処置の内容について理解しました。
また、これらの指示は、私の意思で、いつでも撤回できることを理解して
います。
署名 _____ (患者または代理判断者)
日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日
【POLST(DNAR指示を含む)と、患者作成の事前指示の内容が異なっている場合
には、POLST(DNAR指示)を優先することに同意します。】

私、担当医(担当医師氏名) _____ は、患者本人(あるいは適切な代理判断者)に
よって、適切なインフォームドコンセントがなされ、公正な手続きを経て、この POLST
(DNAR 指示を含む) 書式にある医療処置の制限が決定されたことを認めます。

書式は、カルテに正式に記載されています。

- ・話し合いの参加者: 患者 配偶者
その他 _____, _____, _____
- ・医療ケアチーム内の話し合いの参加者: (氏名) (職種), _____, _____
_____, _____, _____
- ・当該指示 POLST (DNAR 指示を含む) を出した理由:
患者自身の要望 患者の事前意思や推定意思
家族等の話し合いによる代理判断

担当医師署名 _____
連絡先 _____ 日付 _____

POLSTの特徴は、その名の通り、医師による指示であり、医師の署名があるとともに、そのことに同意していることを示すための患者の署名も含まれています。

POLST (DNAR 指示を含む)

「生命を脅かす疾患」に直面している患者の
医療処置(蘇生処置を含む)に関する医師による指示

●セクション A; CPR 心肺蘇生術について[心肺停止の場合:一つを選ぶ]

- すべての心肺蘇生術を実施してください Resuscitate (Full Code)
- 心肺蘇生術を実施しないでください Do Not Attempt Resuscitation

患者が、CPR(心肺停止)の状態でない場合には、セクションBとCの指示に従う

●セクション B; その他の医療処置について

【生命を脅かす疾患に直面しているが、心肺停止の状態ではない(脈拍が触知したり、呼吸をしている)場合:一つを選ぶ】

- 苦痛緩和を最優先とする医療処置(a):**
患者の尊厳に配慮し、敬意を払って対応して下さい。経口的に水分や栄養を補給するなどの適切な処置は実施して下さい。また、身体清潔にも配慮して下さい。疼痛や不快な症状を軽減するための投薬・体位交換・創傷処置などは実施して下さい。また症状を軽減するために酸素投与・吸引・用手気道確保が必要であれば実施して下さい。
・**救急隊への指示:**患者は生命維持治療のために病院へ搬送されることを望んでいません。現在の状況が、上記(a)の緩和ケア的処置 Comfort Measures では、苦痛を軽減できない場合のみ、病院へ搬送して下さい。対応が明確でない場合には、病院の担当医あるいは当日の MC(Medical Control)にコンサルトして下さい。
- 非侵襲的医療処置(b):**
上記の緩和ケア的処置(a)に加えて、心臓モニタリングおよび投薬(経口・経静脈)処置を実施して下さい。
・**救急隊への指示:**もし適応があれば、病院へ搬送して下さい。気管内挿管や機器を用いた気道確保はしないで下さい。対応が明確でない場合には、病院の担当医あるいは当日の MC にコンサルトして下さい。
・**医療機関への指示:**ICU 管理をしないで下さい。
- 侵襲的医療も含む医療処置 Full Treatment(c):**
上記の処置(a)(b)に加えて、気管内挿管、医療機器を用いた気道確保、人工呼吸器、除細動 AED を実施して下さい。
・**医療機関への指示:**適応があれば、ICU 管理をして下さい。

CPRを望むかどうか、また、心肺停止でない場合には、苦痛緩和を優先するか、非侵襲的医療処置のみを受けるのか、侵襲的医療も含むFull Codeの医療を受けるのかも指示されます。

アドバンス・ケア・プランニング

将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのことです。

患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目標にしています。

(日本医師会)

ACPの話し合いに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考、その提供体制

一つ一つのステップにおいては、協働意思決定で
終末期に対する希望はPOLSTにもなる

24

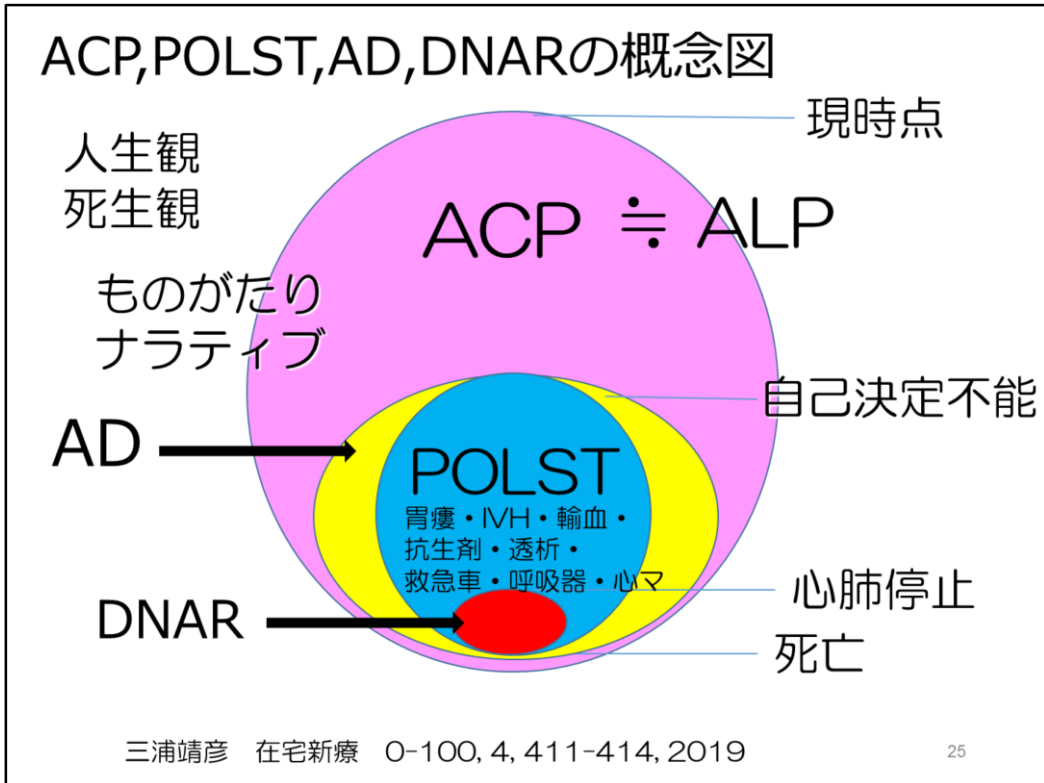
近年普及し始めているアドバンス・ケア・プランニングは、日本医師会の説明によると「将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのことです。患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目標にしています。」と説明されています。

家族や友人とともに行ってかまわないですし、患者の同意のもと、話し合いの結果が記述され、経時的に見直され、ケアに係る人々の間で共有されることが望ましいといわれています。平成30年11月30日を「良い看取りの日」として、ACPの愛称を「人生会議」と命名されたところです。

一つ一つの医療行為についての決定をしていく際は、協働意思決定のプロセスが望まれます。

アドバンス・ケア・プランニングはPOLST・事前指示よりも広い概念ですが、主治医とともにPOLSTを作成することもアドバンス・ケア・プランニングと言えるでしょう。

アドバンス・ケア・プランニングでは、医療行為のみに限定せず、受けるケアの内容や場所等についても考えることができ、より患者の価値観・人生観・死生観を伺い知ることのできるものと期待されますが、エンディングノートとして普及しているものなどを利用することができそうです。



ACP, POLST, AD, DNARの概念を図に示しました。(三浦靖彦 在宅新療 0-100, 4, 411-414, 2019)

ACPは「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こと」と説明しましたが、一部において、死後のことについてもプランされていることもあるかと思われます。一方、まだ、元気なうちに考えていれば、advance life planとも言えるものと思われます。

ACPには患者の人生観・死生観が色濃く反映されています。

POLSTとADは、ほぼ同じ次元のものを扱っている可能性もありますが、POLSTは医師と共に考えて作成されている点が強調されます。

DNAR(心肺蘇生不要指示)は、その名のごとく、心肺停止に陥った際に、蘇生をおこなわないことのみを意味しており、それ以外の治療については言及していません。しかし、日常臨床の現場で、DNARと判断された患者の心肺蘇生以外の医療行為が控えられたり、ケアの質が低下するという事実が数多く報告されているため、注意を要する点です。

患者の推定意思の尊重

「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」

(2) 本人の意思の確認ができない場合

本人の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し本人にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に変わる者としての家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。
- ③ 家族等がない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

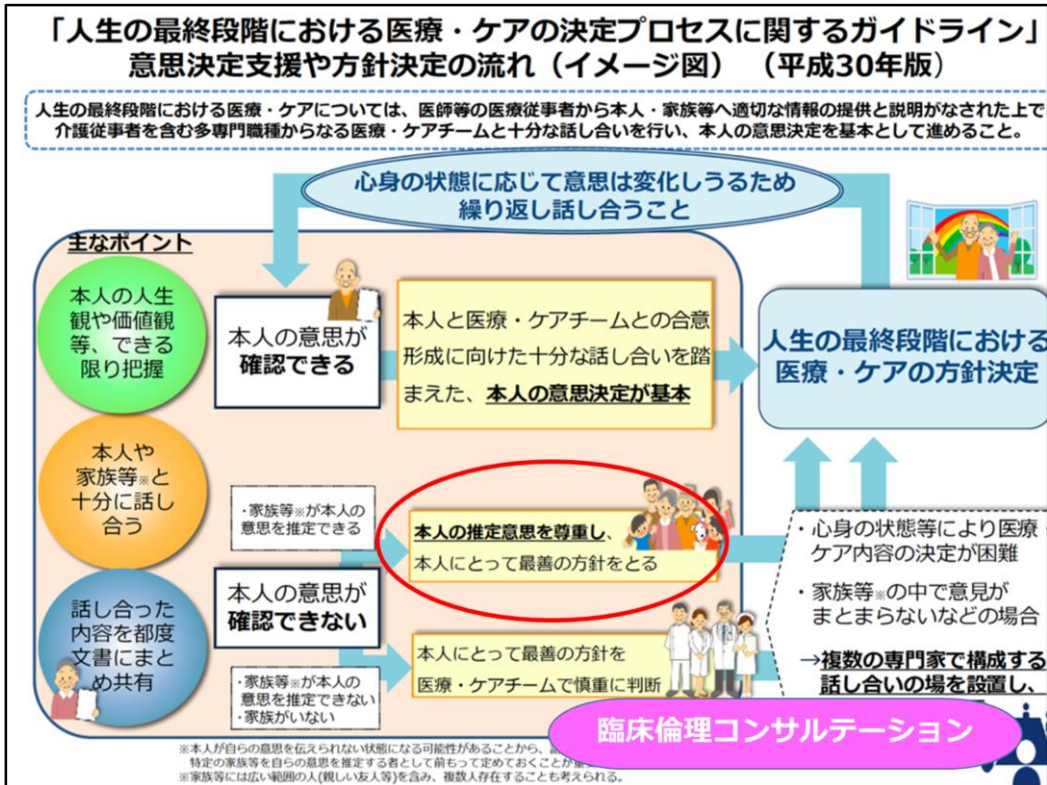
27

「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」では、患者の医師が確認できない場合、次のことが推奨されています。

(2) 本人の意思の確認ができない場合

本人の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し本人にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に変わる者としての家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。
- ③ 家族等がない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。



厚生労働省のガイドラインのポンチ絵によると、丸で囲んだ部分が相当します。そして、方針が定まらない場合は、いわゆる「臨床倫理コンサルテーション」相当の話し合いを持ちましょうと明記されています。今、徐々にではありますが、病院内に設置された臨床倫理コンサルテーションを地域にも開放しようという動きが出始めています。皆様方においては、是非、医師会等の中にも設置することをお勧めいたします。

患者の意思を知る（推定する）

- 誰から聞きますか？
- どのような内容から？
- その内容の信憑性は？

では、患者の医師の推定の具体的なプロセスについて解説いたします。

患者の推定意思を確認していくときには、その根拠を考えていきます。その情報は誰からのものなのか、そしてそれはどのような内容かを明確にしていきながら整理しなくてはなりません。

さらに「その内容の信憑性はあるのだろうか？」と、疑問を持つことも大事です。

知り得た情報を鵜呑みにせず、関係者と、さらなる話し合いをして、患者の意思を推定することが大切です。

適切な代理判断者とは？

家族による患者意思の推定が許される場合
(東海大学事件判決より抜粋：平成7年)

- ①家族が患者の性格・価値観・人生観について十分に知り、その意思を的確に推定しうる立場にある
- ②家族が、患者の病状・治療内容・予後等について、十分な情報と正確な認識をもっていること
- ③家族の意思表示が、患者の立場に立ったうえで、真摯な考慮に基づいたものであること

30

一例として、「家族による患者意思の推定が許される場合(東海大学事件判決より抜粋：平成7年)」を紹介いたします。

- ①家族が患者の性格・価値観・人生観について十分に知り、その意思を的確に推定しうる立場にある
- ②家族が、患者の病状・治療内容・予後等について、十分な情報と正確な認識をもっていること
- ③家族の意思表示が、患者の立場に立ったうえで、真摯な考慮に基づいたものであること

これらの要件を満たしているか、確認しながら行動しなくてはなりません。

家族・関係者の声：注意すべき点

ただ「どうしますか？」と聞いてしまうと

「・・・にしてください」
＜家族・関係者自身の希望・都合＞
家族の事情
利害関係etc

31

家族・関係者にただ、「どうしましょうか？」と聞いてしまうと、家族の希望や都合のみが出てきてしまうことがあります。

その場合には、家族との関係性、利害関係などからの判断が引き出されてしまう可能性があるため、注意しなくてはなりません。

「今は話ができない状況ですが、もし、話すことができたなら、患者さんは、どうしてほしいと仰るでしょうかね？」といった聞き方が大切です。そこで、家族等関係者からの聞き取りの際のコツをお示します。

患者の意思を知る（推定する）

- どのような人生を歩んできたか？
- 人生の中で何を大切にしてきたか？
- 患者と長く暮らしてきた人による間接的理解
- TVや映画を見て発した患者の言葉
- ケアを受けるうえでの苦痛の程度や拒否の強さ、頻度
- ケアを通じて理解される、「何をしてほしいのか」に関する表象

家族等からの聞き取りのプロセスにおいて、患者の意思を推定する手段として、次のようなものがあります。

まずは、患者さん自身が今までどのような人生を歩んできたかということは、患者さんご自身の「生きる」ということに関する基本的な価値観を想像するうえで大切なことです。もちろん限界はありますが、たとえば、一人で自由な生き方を望んでいたとか、人の世話を受けることに関してどう考えていたとかについては、その方の生きてきた履歴から想像することになります。

第二に、患者さんと長い間人生を分かち合ってきたご家族等が考える「この人であればきっとこう考えるであろう」という間接的な理解は、こちらもその限界を踏まえたうえで、ご本人の選好の根拠として検討していくべきものです。その際に、TV番組（特に医学的な特集など）や映画を見た際の会話の中にヒントがある場合もあります。

次に、今現在治療やケアを受けている状況において、ご本人が何をしてほしいのか、何をしてほしいくないのか、ということについて医療者や関係者は感覚を研ぎ澄ませながら想像する必要があります。ただ、ここにおいても十分注意が必要です。例えば「大好物のにおいがかがせたら、舌を動かして食べたかった」とか参考になる仕草もありますが、一方、「経鼻チューブを自己抜去した」とか、「痰の吸引で首を振った」とかを持って「この人は治療を拒否しようとしている」と理解するのは過剰な解釈と言えるでしょう。

患者の背景とナラティブ (ものがたり) を大切に

- 医療に対する見解
 - 医療に対する理解や希望
- 文化的背景
 - 信仰
 - 伝統や家族内、地域内の慣習
- 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
 - ケア担当者との関係
- 経済状態
 - 介護保険、年金
 - 生活の継続に対する不安

Education For Implementing End-of-Life Discussionより一部改変

33

意思決定を行う上で関係者が知るべき患者が固有に持つ情報というものがありません。ここに、患者の意思の推定に関与する関係者が共有すべき要素を箇条書きにします。

これらの要素は、患者自身に語っていただくか、もしくは患者の生活背景をよく知る家族の方々などから間接的に知るべき要素です。

意思決定の明確な根拠として定量化できない一方で、「患者にとっての最善」を考える上で大変重要な要素として最近注目されているのが「ナラティブ(ものがたり)」の考え方です。これは、すべての人はその人固有の物語を生きている、というコンセプトに基づく考え方です。

どれほど包括的かつ多様なアセスメント尺度を医療者側で用意したところで、他者は患者を十分理解することはできません。それは、患者が自分の物語を歩んできており、これからの選択はその物語とつながっていくからです。

現在は、患者が歩んできた過去からの人生のストーリーに直接つながっており、今後の選択や選択の後に想定される状況は、それまでのストーリーとつながっていくということを念頭に、意思決定に関与する関係者は現在の状況について理解する必要があります。

ロールプレイ（ACPの援助）

- 2人一組で医師と、医師である患者になり、患者のアドバンスケアプランニングに関する会話をする。
 - これからの生活をどうしていくか？
 - 仕事はどうするか？
 - 誰と相談しますか？
- ACPに関する会話のきっかけを知る

あなたは、45歳の働き盛り、開業して9年目の医師です。

32歳の時に5歳年下の女性と結婚し、現在10歳女子と7歳男子がいます。子供は順調に育っており、自慢の家族です。

車で20分のところに実の両親（80歳、76歳）が暮らしていますが、長男夫婦と同居しており、両親は、健康にも、暮らしにも大きな問題はありません。妻の両親にも心配はありません。

数年前から、時折胃の鈍い痛みを感じていましたが、ストレス胃炎だろうと、抗潰瘍薬を飲んでごまかしていましたが、最近特に痛みがひどく、食欲も落ちてきたため、決心して内視鏡検査を受けたところ、ステージⅣの胃がんと診断されました。5年生存率は10%以下です。昔なじみの、信頼できる医師団に恵まれたため、化学療法等は積極的に受けようと思っており、医療に対する心配は特にありません。

自分自身の仕事については、開業資金の返済はあと10年はかかると考えていたところでしたが、生命保険で何とかかなりそうな感触はあります。

両親のことは、兄に任せられるので安心なのですが、妻と子供のことが気がかりでなりません。経済的な問題も心配です。

「10年以上前に禁煙し、健康には気を付けていたのに、なぜ自分が？」という気持ちや、「これからというときに」といった感覚が頭を巡っています。

今まで、主治医と病気・治療の話しかしたことがなく、このような心配事を相談しても、どうしようもないなと感じています。

二人一組で
(じゃんけんで勝ったら患者)

患者役、聞き手の主治医役をしてみましょう

(1分間、役になりきる)。
(医師役は、どのように聞き出すか考えましょう。)

ACPについての会話をしてみてください
(3分間)

発表

医師役の人

このような質問をするのはいかがでしたか？

患者役の人

このような内容を考えてみて、どう感じましたか？

質問してくれる医師に対して、どう感じましたか？

沈黙

反復

ACPのお手伝いをすると・・・

信頼関係の構築

話しているうちに、気持ちが固まる

スピリチュアル・ケアにつながる

39

ACPのお手伝いをすると・・・

信頼関係の構築

話しているうちに、気持ちが固まる

スピリチュアル・ケアにつながる

などが、理解されたでしょうか？

アドバンス・ケア・ プランニングの効用

患者の自己コントロール感が高まる

Morrison RS et al: J Am Geriatr Soc. 2005;53(2):290-4.

死亡場所との関連（病院死の減少）

Degenholtz HB: Ann Intern Med. 2004;141(2):113-7.

代理決定者－医師のコミュニケーションが改善

Teno JM et al: J Am Geriatr Soc. 2007;55(2):189-94.

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 KM et al: BMJ. 2010;340:c1345.

40

アドバンス・ケア・プランニングの効用としては文献的にも下記のことが証明されています。

・患者の自己コントロール感が高まる

Morrison RS et al: J Am Geriatr Soc. 2005;53(2):290-4.

・死亡場所との関連（病院死の減少）

Degenholtz HB: Ann Intern Med. 2004;141(2):113-7.

・代理決定者－医師のコミュニケーションが改善

Teno JM et al: J Am Geriatr Soc. 2007;55(2):189-94.

・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 KM et al: BMJ. 2010;340:c1345.

「ACP・意思決定にかかわることは、スピリチュアルケアにもつながる」

主治医？ 時間的制約

助言は有効 信頼度アップ ナッジ 背中を押す

緩和ケアチーム？ 疾患限定 依頼時期の問題

看護スタッフ、MSW？ 他の業務もあり

推進役としては適任か

病院全体？ 待合のTV、掲示

病院の姿勢を見せる

地域 一般住民

41

「ACP・意思決定にかかわることは、スピリチュアルケアにもつながる」

主治医がするには、時間的制約があるかもしれませんが、ACPを残しましょうねという助言は有効。信頼度アップにつながります。

緩和ケアチームはどうでしょうか？現在の日本では、疾患限定であることや、依頼時期の問題が残ります。

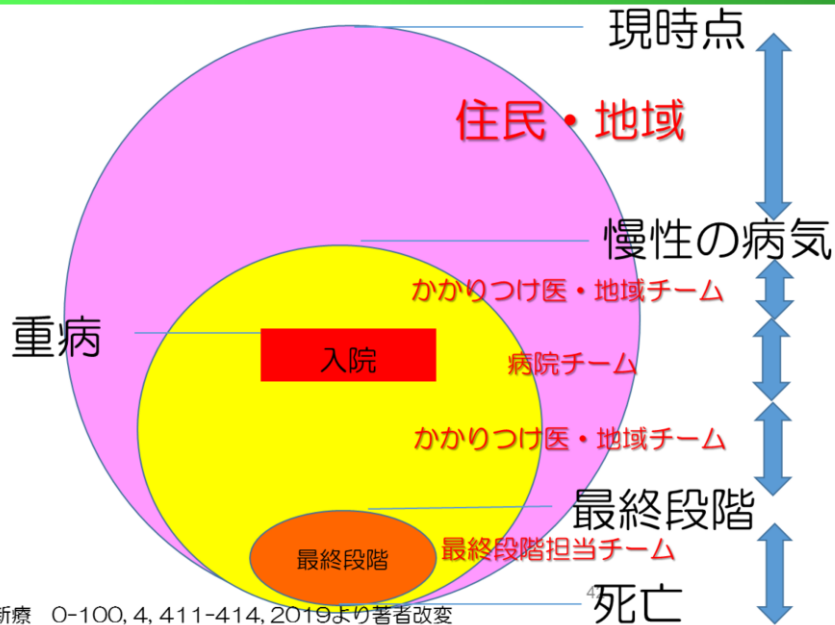
看護スタッフ、MSW？ 他の業務もあり多忙かもしれませんが、推進役としては適任かと思われます。

病院全体としてはどうでしょうか？ 待合のTV、掲示などを利用することは、病院の姿勢を見せることにもつながり好印象ではないでしょうか。

しかし、ACPが誰のものかと考えれば、医療従事者に促されるのではなく、地域の一般住民が、自分の権利として、自分事として考えるようになることが成熟した社会ではないかと思われます。

ACPの地域連携

大病院の電子カルテの中に入っているだけではダメ



三浦靖彦 在宅新療 O-100, 4, 411-414, 2019より著者改変

ACPのタスキをどのようにつなげていくかについて概念図を示します。（三浦靖彦 在宅新療 O-100, 4, 411-414, 2019より著者改変）

第一段階としては、成人したときあたりから、おぼろげに考え始められる習慣がつくのが望ましい。この段階においては、ACPというよりも、Advance Life Planといった方が良いかもしれない。あたかも生命保険への加入、人生のイベントごとの保険内容の書き換えなどのように、ACPも年齢を重ねるごとに書き換えられて行くことが望まれる。この段階でのACP作成に医療・介護従事者が関わることはほとんどないであろうことから、ACP作成の主体は、あくまで本人と周囲の人々であり、ここに地域の自治体などの関与が望まれる。特に本人においては、「自分事」として、主体的にACPに関わる環境ができあがることを望まれる。ここまでの段階における家族など、親しい間柄の関係者との話し合いは、まさに「人生会議」と呼ぶにふさわしい場面ではないかと思われる。

その後、年齢を重ね、何らかの疾病を発症した頃には、地域での生活を送る中で、さらに疾病と共に暮らす生活にフィットした形にACPが書き換えられていく。この段階では、本人のACPに対して、担当した関係者（医療従事者など）が、書き換えの手伝いをするようになる。

さらに、疾病の増悪、新たな重症疾患の発症等による入院をした際には、新たな現状に合わせて入院担当チームと共に、さらに新たなACPに書き換えられ、地域に引き継がれていく。

そして、高齢となり、人生の最終段階にさしかかった際には、その担当者（医療・介護関連スタッフ等）が、新たな書き換えの支援をしながら、関係者全員の間で共有されるべきものではないかと思われる。このように、地域の中で、関係者すべてに、円滑にバトンプラスが行われて初めて、患者と家族のものがたりが、住み慣れた地域の中で完結するのではないのでしょうか。