

本人の意思決定支援の方法

東京都在宅療養推進会議

会長 新田 國夫



までまでまで
俺の人生ここで終わり？

大事なことも何にも伝えてなかったわ
それとおとん、俺が意識ないと思って
隣のベッドの人にずっと喋りかけてたけど
全然笑ってないやん
声は聞こえてるねん。
は？？！

病院で
おとんの
すべった話
聞くなら
家で嫁と
子どもと
ゆっくりしてきたかったわ
ほんまええ加減にしいや
あーあ、もっと早く
言うといたら良かった！
こうなる前に、みんな

「人生会議」しとこ

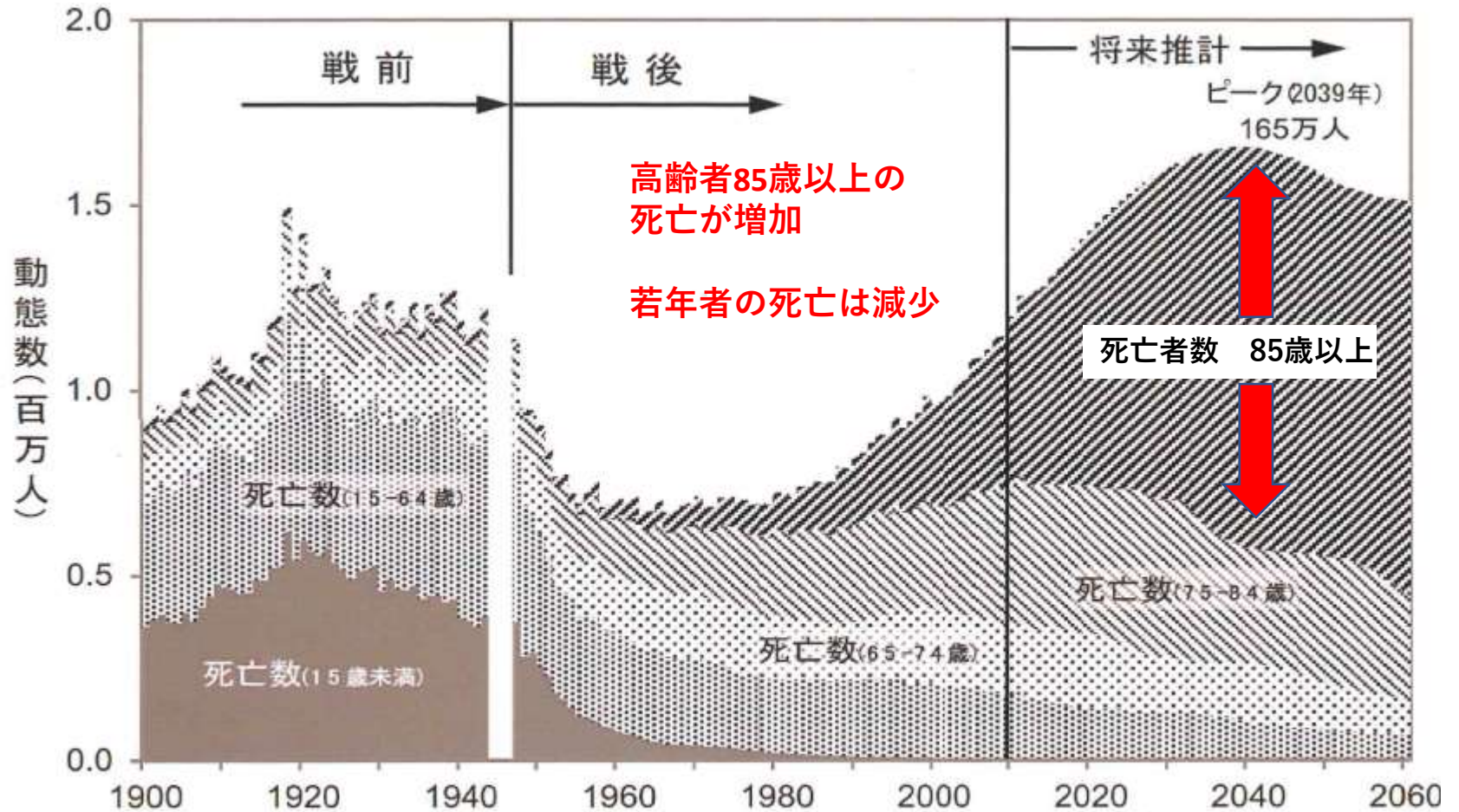
命の危機が
迫った時、
想いは正しく
伝わらない。

本来どんなふうに最後まで生きていかを
患者や家族医療者で共有し合うものが誤解を
持って伝わることになる。

そもそも

人生会議は何を目指しているの？

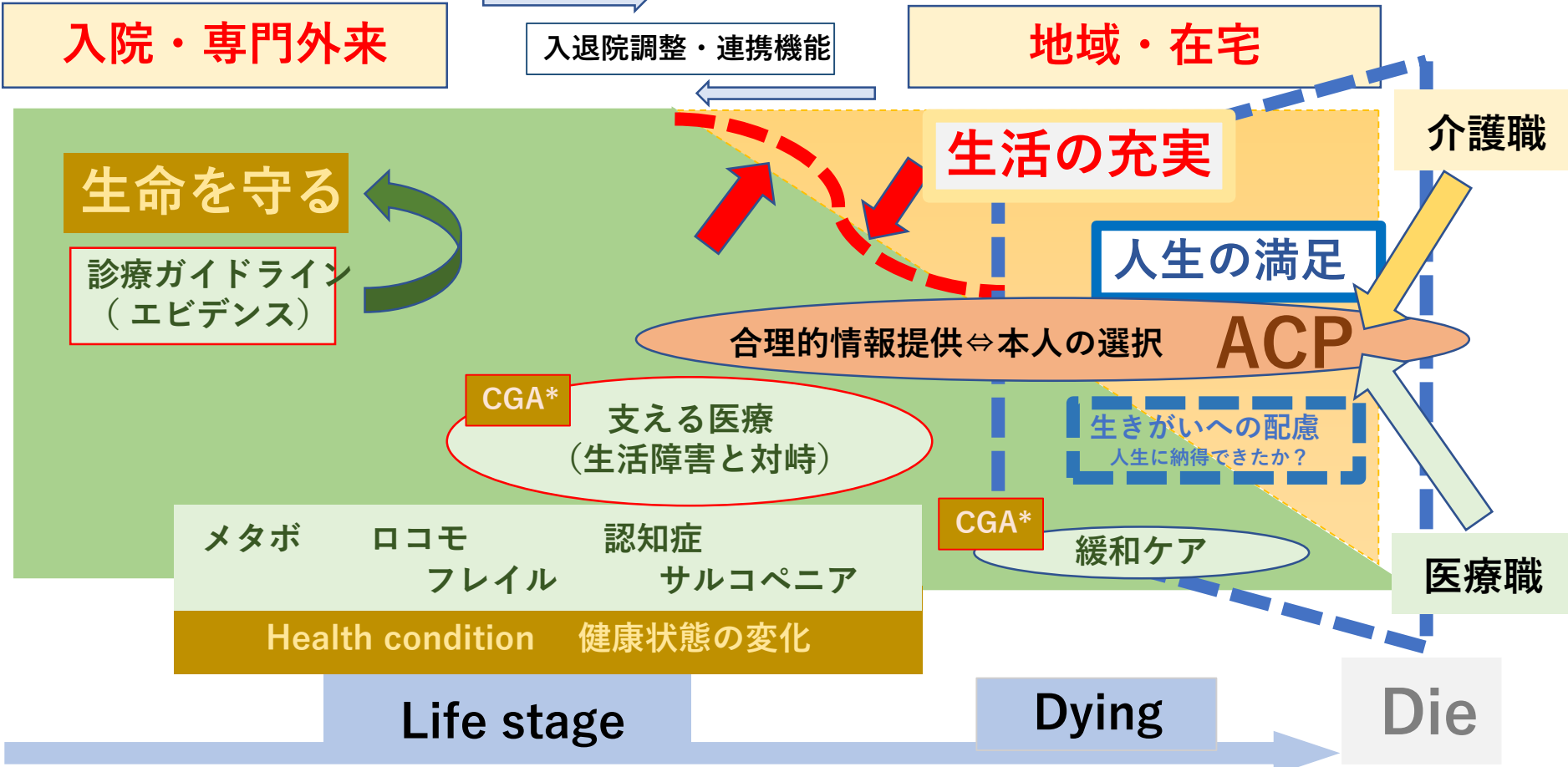
85歳以上が死亡する



アドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning : ACP)

- 患者さん本人と家族が医療者や介護提供者などと一緒に、現在の病気だけでなく、意思決定能力が低下する場合に備えて、あらかじめ、①終末期を含めた今後の医療や介護について話し合うことや、意思決定が出来なくなったときに備えて、②本人に代わって意思決定をする人を決めておくプロセス

【医療・介護 一体サービスの概念図】



* CGA:高齢者総合的機能評価

図-3 JHHCA資料を筆者改変

患者の権利に関するWMAリスボン宣言

(日本医師会訳)

3. 自己決定の権利

- a. 患者は、自分自身に関わる自由な決定を行うための自己決定の権利を有する。医師は、患者に対してその決定のもたらす結果を知らせるものとする。
- b. 精神的に判断能力のある成人患者は、いかなる診断上の手続きもないし治療に対しても、同意を与えるかまたは差し控える権利を有する。患者は自分自身の決定を行ううえで必要とされる情報を得る権利を有する。患者は、検査ないし治療の目的、その結果が意味すること、そして同意を差し控えることの意味について明確に理解するべきである。
- c. 患者は医学研究あるいは医学教育に参加することを拒絶する権利を有する。

自己決定権の法的基礎

(通説)

- 憲法13条

「すべて国民は**個人として尊重**される。生命、自由及び**幸福追求に対する国民の権利**については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、**最大の尊重を必要とする**」

を自己決定権の根拠規定と考える

- 前段の「個人の尊重」が、ドイツ基本法1条1項の「人間の尊厳」条項とほぼ同趣旨であり、個人の尊重（個人主義）ないし人格の尊厳（人格主義）という一定の原理を規定し、後段の**幸福追求権**は、前段の原理と結びついて、人間の人格的自律にとって不可欠な重要事項に関する自己決定の包括的権利を具体的な法的権利として規定する（**人格的利益説**）

アドバンス・ケア・プランニング初出

将来的に意思決定能力が低下する場合に備えての
アドバンス・ケア・プランニングのゴール

Advance Care Planning

Priorities for Ethical and Empirical Research

by Joan M. Teno, Hilde Lindemann Nelson,
and Joanne Lynn

Nearly two years after implementation of the Patient Self-Determination Act, philosophers, physicians, nurses, lawyers, anthropologists, political scientists, and other bioethicists gathered at Squam Lake in September of 1993 to reflect on the question of decisionmaking for the mentally incapacitated, focusing especially on the role of advance directives. Deliberations started from the premise that good policy must be informed by sound theory, empirical research, and community values, with a commitment to the idea that normative and empirical inquiry must be conducted in tandem.

moral intuitions; empirical research can help identify what our intuitions are and describe our actual behavior. Normative theory builds upon assumptions about people, communities, and the interactions between them, while empirical research can support or negate these assumptions. The converse is also true: empirical research builds upon normative assumptions that theory can clarify and challenge.

Empirical research can describe not only what people say they value, but also how their moral practices differ from what they (sincerely or insincerely) profess to believe. Although empirical research can establish what people desire, it cannot es-

Teno, JM, Nelson, HL, Lynn, J.
Hastings Center Report
S32-S36, 1994

全体のゴール:

患者が意思決定に参加できなくなった時に、臨床的なケアが確実に患者の意向に従い形作られるようにすること

個別ゴール:

1. 医療決定のプロセスを改善する

1) 患者の予後、選好に基づき、患者、医療提供者、代理決定者の間の共有意思決定(SDM)を促進すること

2) 強制されることなく、治療決定を委任できるようにする

3) 変化する臨床状況に対応して、柔軟性と特異性のバランスをとる

4) 看取りについて、及び判断能力の低下を伴う疾患に罹患した際に生じる問題について、適切な個人および公的教育を奨励する

2. 患者のアウトカムを改善する

1) 患者の幸福(well-being)を改善する

a. 過剰および過少治療の頻度および規模を低減する

b. 患者が自分のヘルスケアをコントロールできるようにする

2) 家族や大切な人々に負担をかけてしまうという個人の懸念を軽減する

事前指示書(AD)の限界

Enough

THE FAILURE OF THE LIVING WILL

Hastings Center Report
34, no.2 (2004):30-42

SPECIAL ARTICLE

Resuscitating Advance Directives

Bernard Lo, MD, Robert Steinbrook, MD

Arch Intern Med 2004;
164:1501-1506

1. 病状を十分に理解しないままに事前指示書を作成した可能性がある
 2. 事前指示書に記された内容が曖昧で、問題となる事例がある
例: 大げさな治療はしないでほしい
 3. 想定した状況と異なる状況(疾患)が生じた場合に適応できるかどうか問題となる事例がある
 4. 患者の気持ち(決定)が変わることがある
 5. 事前指示書に記された内容が、患者に対する最善の利益と矛盾する場合がある
- (Bernard Lo. Resolving ethical dilemmas. fifth ed. 2013)

アドバンス・ケア・プランニングの定義

- アドバンス・ケア・プランニングは将来の医療に関する個人の価値観、人生のゴール、治療選好を理解し、共有することで、全ての年齢層の成人、**すべての健康ステージを支えるプロセス**
- アドバンス・ケア・プランニングのゴールは、その人が**重篤な慢性疾患に罹患したときに**、その人の価値観、目標や治療選好に一致した医療が受けられることが確実になるようにサポートすること
- 多くの人にとっては、そのプロセスには、もはや自分では意思決定できない事態において、代わりに意思決定してくれる信頼できる人を選び、準備することが含まれる

ACP実施時期

フレイル

慢性疾患

要介護

看取り

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 年



EOLディスカッション

アドバンス・ケア・プランニング

事前指示書、Let Me Decide、尊厳死宣言書

DNAR, POLST

死

生命維持処置のより詳細なインフォームド・コンセントの必要性

後期高齢者の意思決定能力

本人の気持ちの揺らぎ、家族等代諾者の役割

(厚労省) 人生の最終段階の医療ケアの決定のプロセスガイドラインのアルゴリズム

平成19年5月
平成30年3月

I 本人の状態を踏まえて、医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断

本人の意思が**確認できる**

本人と医療従事者が十分な話し合い
合意内容を文章化

本人に再確認
家族に説明

II

本人の意思が**確認ができない**

III 家族が本人の意思を**推定できる** 家族が患者の意思を**推定できない** 家族がいない家族が**チームに委ねる**

IV 推定意思を**尊重 最善の治療** 最善はなにかを家族と話し合う**最善の治療** **最善の治療**

決定困難/合意が得られない等

V 複数の専門家からなる話し合いの場

医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止

(厚労省) 人生の最終段階の医療ケアの決定のプロセスガイドライン

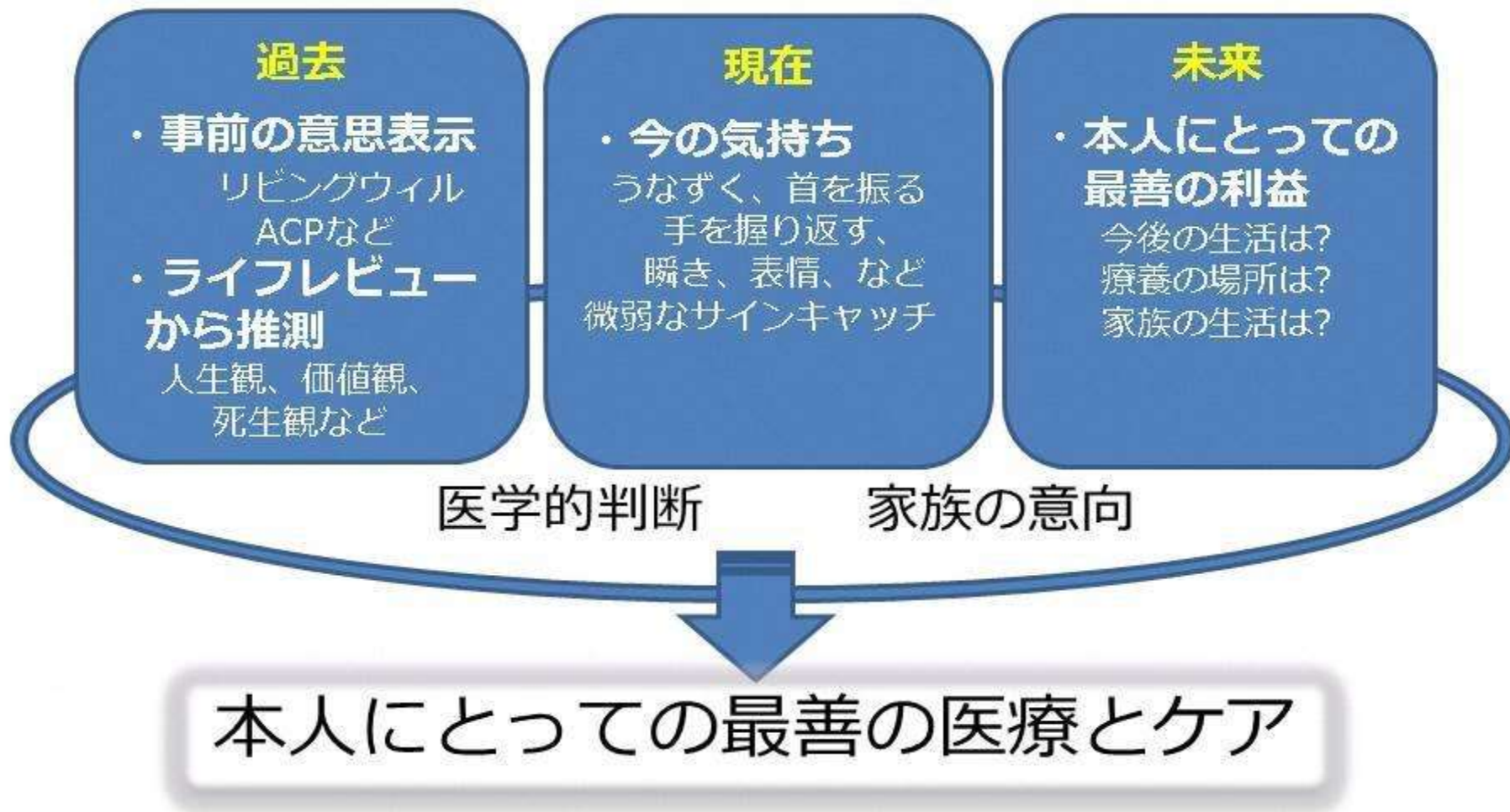
1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

① 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、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。また、本人の意思は変化するものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。

さらに、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、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。この話し合いに先立ち、本人は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も重要である。

意思決定支援の概念図

< 本人の意思の3本柱 >



意思決定支援の手順

MCA (The Mental Capacity Act2005) 参考に

意思決定支援
(本人の決定領域)

- 1.意思決定能力があることの推定
- 2.本人による意思決定のために実行可能なあらゆる支援
- 3.賢明でない判断 ≠ 意思決定能力の欠如

意思決定能力の評価

4. (主観的)最善の利益に基づく代行決定
5. より制限的でない方法での実施

代行決定
(他者の決定領域)

患者の意思が確認できるとは

- 患者が以下のことができる
 - 自分で医療情報を**理解**
 - 自分の問題として**把握**
 - 自分の価値観、信条、人生の目標に照らして
 - 自分で**選択**
 - 自分の選択内容を**伝達**
 - 自分の選択内容に**責任**
- 患者の選択内容が下記条件を満たす
 - 本人の価値観に一致
 - 本人にとって合理的である
 - 本人は、抑うつ・幻覚・妄想等の影響を受けていない

バーナード・ロウの基準を参考に記載

本人の意思の確認方法

(言語的コミュニケーションがとれない場合)

1. 反応を見る
 - 反応があるか、ないか
2. 意思表示できる方法をさぐる (Yes / No)
 - うなずき、首ふり
 - 離握手 (手を握る、離す)
 - 表情 (笑顔、顔をしかめる)
 - 筆談
3. 理解力・判断能力を確認する
 - 同じ質問を質問方法を変え聞いてみる

本人の意思の確認方法

(言語的コミュニケーションが取れる場合)

1. あいさつをする
 - 挨拶ができるか、できないか
2. 日常会話をする
 - 会話が成立するかどうか
3. 延命治療について説明をする
 - わかりやすい言葉で理解できるように説明する
4. 意思を確認する
 - 本人が言ったことを反復し、意思を確認する

患者の意思が確認できるとは

- 患者の意思決定能力について考えることは、医療倫理において、極めて重要です。
- 意思決定能力をはかる、客観的で一致した基準はありませんが、バーナード・ロウの基準は、とても参考になります。
- 相談員を含む医療ケアチームは、「意思決定能力がない」と判断する時、「本当にそうだろうか」と立ち止まって考えてみる必要があります。

本人の意思と医学的判断

● 「本人が治療を希望しない時」

- 本人の受けたくない意向は尊重されます。
- 例え、医療者は受けたほうがよいと思う場合でさえ、本人の受けたくない意向は尊重されます。

● 「本人が治療を希望する時」

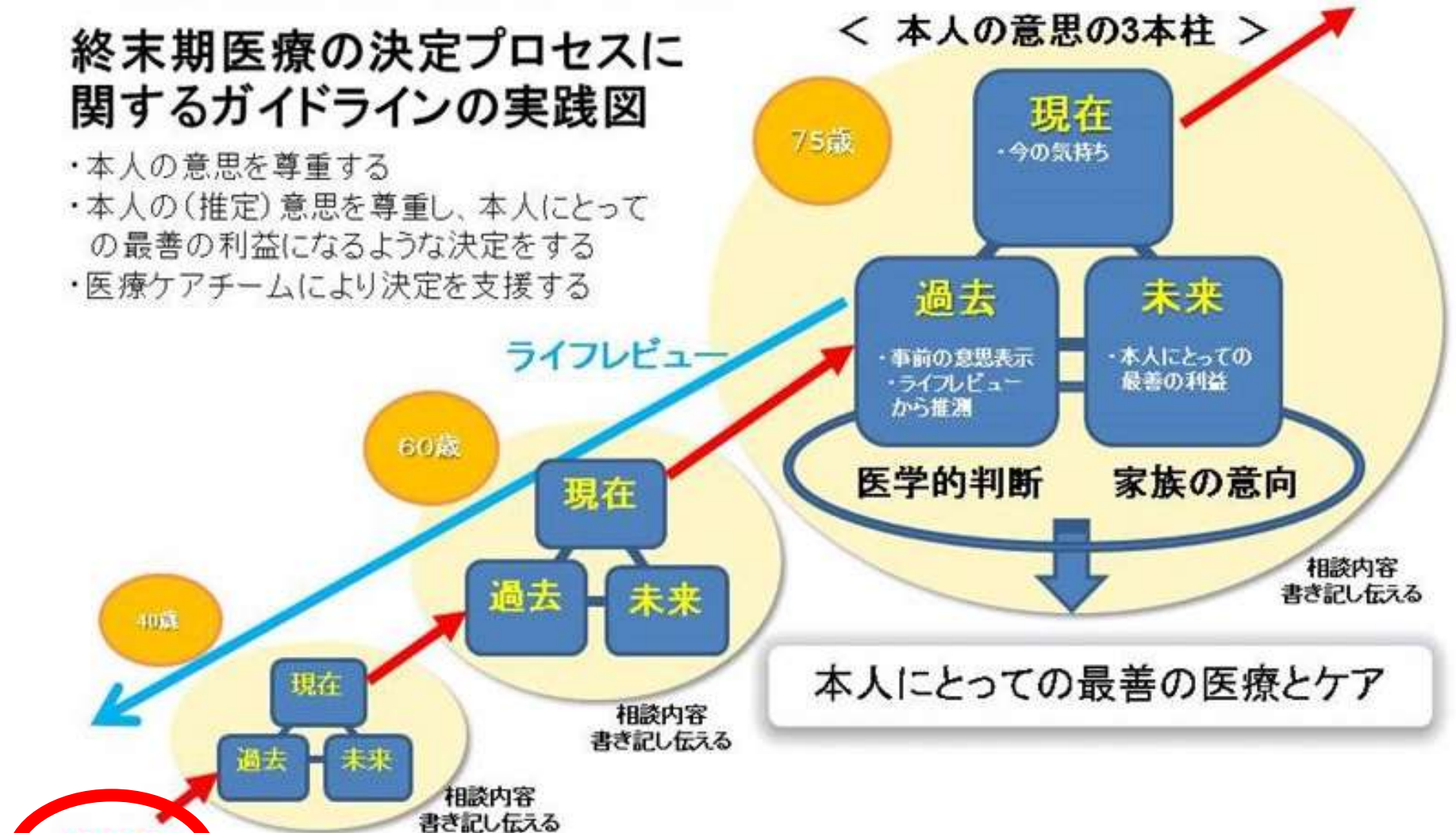
- 医学的に無益でなければ、本人の治療を受けたい意向は尊重されます。
- 医学的に無益な場合は、本人の治療を受けたい意向は必ずしも尊重されません。

時間経過でみると . . .

終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインの実践図

- ・本人の意思を尊重する
- ・本人の(推定)意思を尊重し、本人にとっての最善の利益になるような決定をする
- ・医療ケアチームにより決定を支援する

< 本人の意思の3本柱 >



※ 図全体があらわすもの＝アドバンス・ケア・プランニング(ACP)

家族の感情と医療者の認識

- 自分の決断で、命の長さが決まってしまう。
- 何もしないのは、見殺しにすることではないのか？
- 何とかしてあげたいと思う気持ち

家族

- 多くは「最終的に家族の意向には従わざるを得ない」と認識している。
- 特に、家族の意向がアグレッシブであれば、侵襲が高い医療行為の差し控えを推奨することも躊躇される。

医療者

「何もしないのは忍びないです。」
「何かできることがあればしてあげたい。」

「家族の意向が強い」という理由に基づき、濃厚治療が開始・持続

プロセスの支援である 意思決定支援のプロセスとACPの関係

ACP

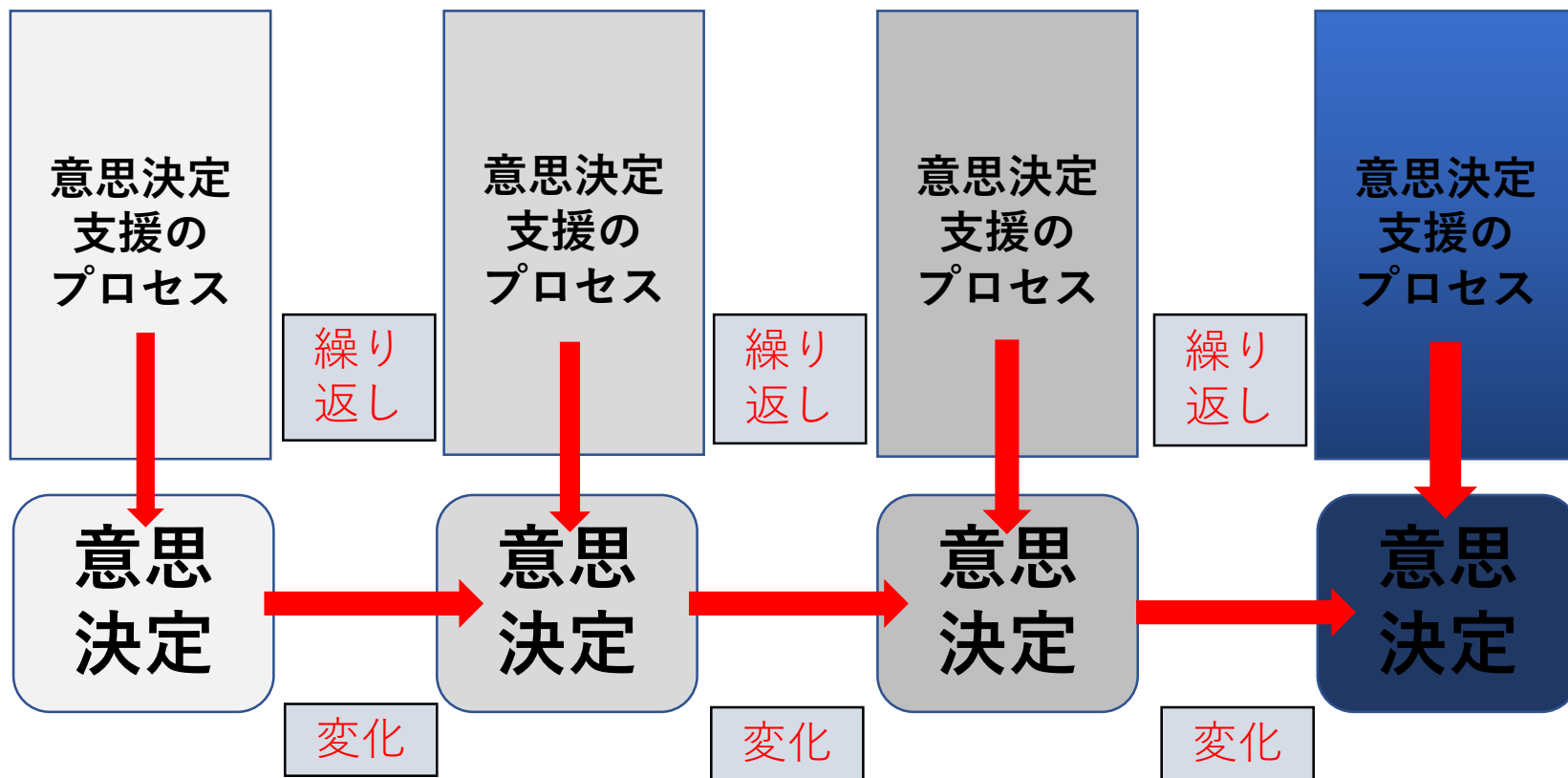
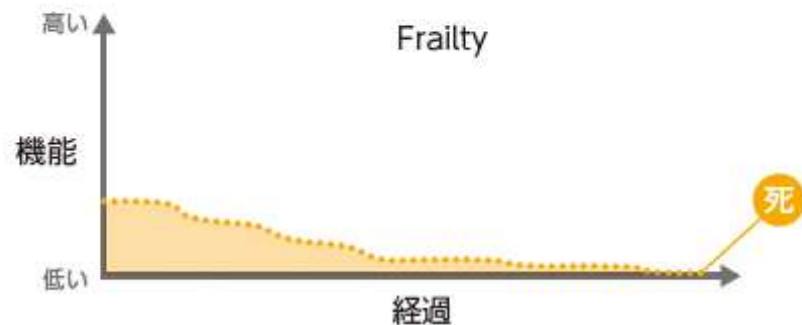
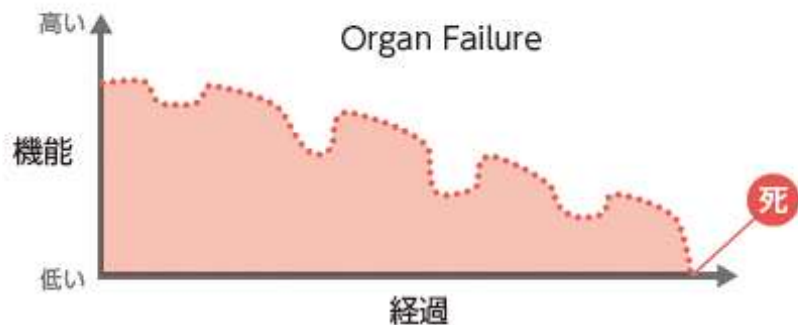
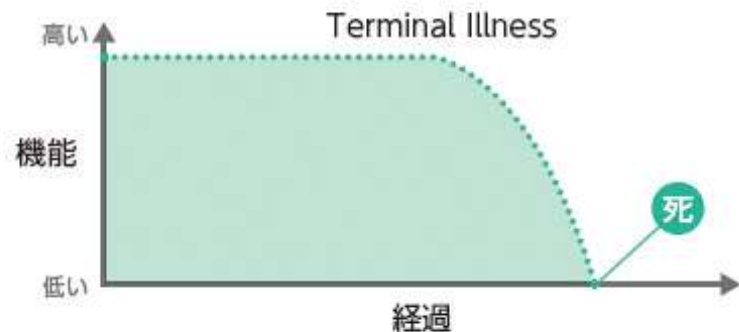
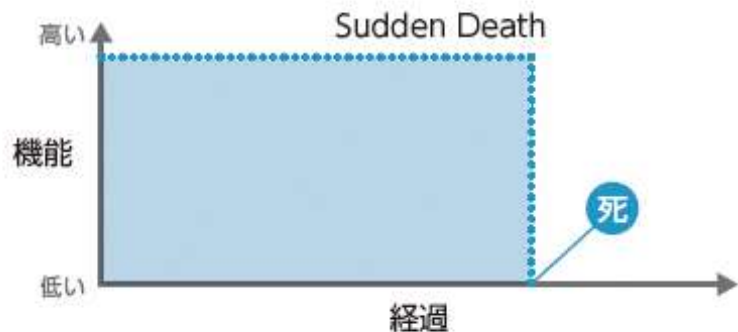


図 人生の最期に至る軌跡



(Lunney JR, Lynn J, Hogan C: *J Am Geriatr Soc.* 2002;50:1108-1112 より)

■: 急性期医療等における急性型

■: 高齢者等の慢性型 (呼吸不全等)

■: がん等の亜急性型

■: 高齢者等の慢性型 (フレイル、認知症等)

(日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会: 終末期医療のあり方について—亜急性型の終末期について. 2008より)

❁ なぜACPのような工夫が必要なのですか？

- 患者さんが望む医療及びケアについて、その意思を確認できなくなるときが、いつ訪れるのかを予測することは困難です。
- 一方、終末期においても患者さんの尊厳ある生き方を実現するためには、**患者さんの意思が尊重された医療及びケア**を提供することが重要です。
- 患者さんの意思を尊重し、その人生にとって最善となることが見込まれる医療及びケアが実現することは、**残されたご家族等にとっても、極めて重要な意味**を持ちます。
- 予測されない急激な変化が起こることもありますので、**患者さんが意思を伝えられるときから、その意思を共有しておく**ことが重要です。たとえば、高齢者健診などをきっかけに、話し合いの機会をもつことも考えられます。

❁ ACPの留意点がありますか？

- ACPは、**前向きにこれからの生き方を考える仕組み**です。その中に、最期の時期の医療及びケアのあり方が含まれます。リビング・ウィル等のAD (Advance Directive；事前指示) の作成も入ることがあります。
- 主体はあくまでも**患者さん本人**です。
- 患者さんの意思は変化する可能性がありますので、**繰り返し話し合う**ことが重要です。
- **地域で支える**という視点から、**かかりつけ医を中心に**、看護師、ケアマネジャー等の介護職、ソーシャルワーカー等の**多職種で、患者さんの意思に寄り添う**ことが理想です。
- その場で決まらないこともありますが、話し合いの内容は、**その都度、文書にまとめておく**ことが大切です。
- まずは、**話し合いのきっかけをつくったり、話し合いのプロセスの場を提供する**ことが重要です。

「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」 における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



人生の最終段階における
医療・ケアの方針決定

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**

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

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な場合
- ・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合等

→**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。



障害福祉サービス等の提供に係る 意思決定支援ガイドライン（H29.3.31厚生労働省）

（目的）

自ら意思を決定することに困難を抱える障害者が、日常生活や社会生活に関して自らの意思が反映された生活を送ることができるように、“**事業者の職員**”が行う支援の行為及び仕組み

意思決定支援
（本人の決定領域）

（手段）

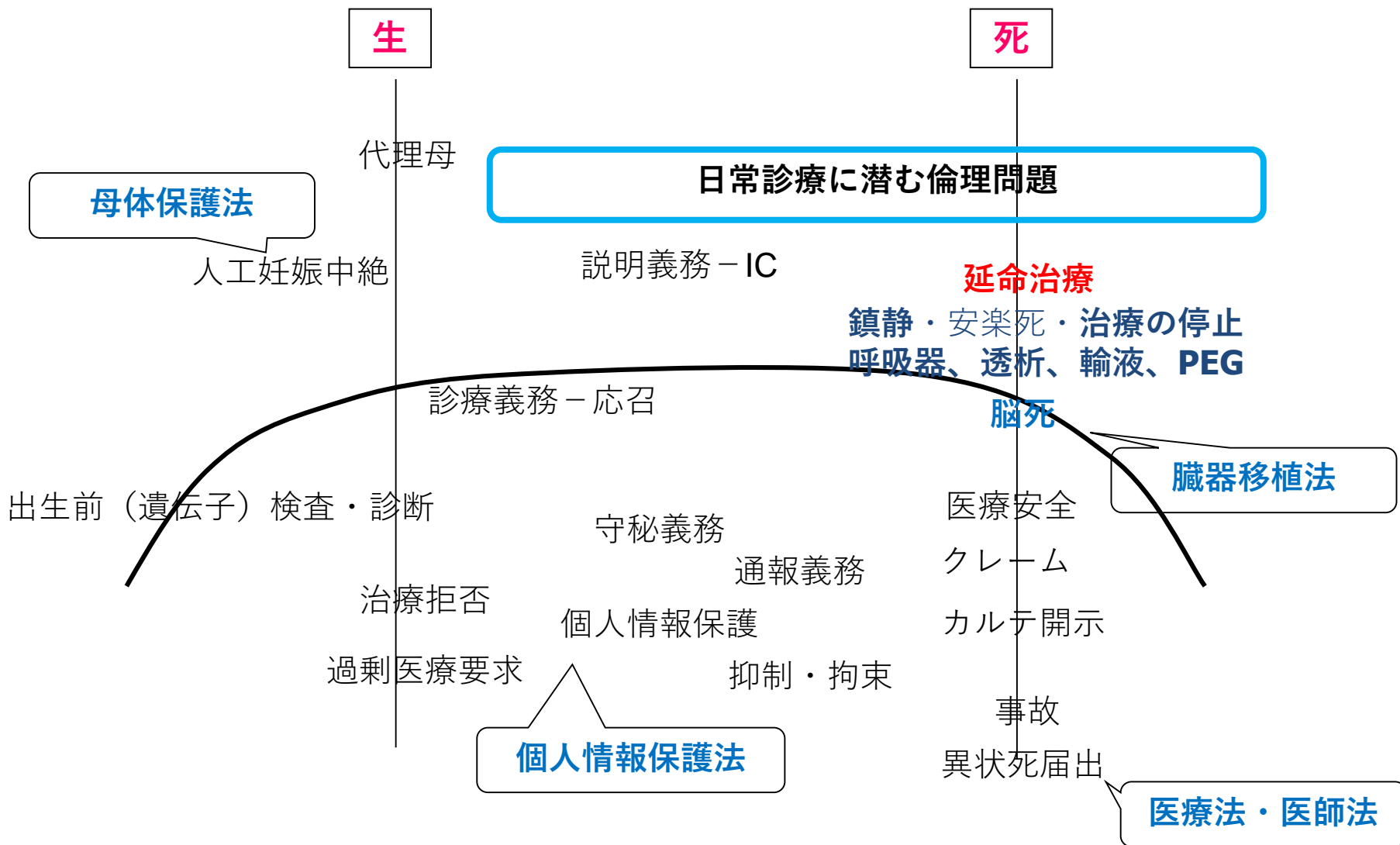
①可能な限り本人が自ら意思決定できるよう支援し

②本人の意思の確認や意思及び選好を推定し

③支援を尽くしても本人の意思及び選好の推定が困難な場合には、**最後の手段**として本人の最善の利益を検討する

代行決定
（他者の決定領域）

生命・医療・臨床倫理－臨床領域の問題 法の過少とガイドライン



人生の最終段階(end-of-life)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（改訂；平成30年3月）

解説編・平成30年版ガイドラインの改定の経緯

近年、諸外国で普及しつつあるACP（アドバンスケアプランニング；人生の最終段階の医療ケアについて、本人が家族等や医療ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス）の概念を盛り込み、医療・介護の現場における普及を図ることを目的に・・・

- (1) 本人の意思は変化するものであり、医療ケアの方針についての話し合いは繰り返すことが重要であることを強調すること
- (2) 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、その場合に本人の意思を推定する者となる家族等の信頼できる者も含めて、事前に繰り返し話し合っておくことが重要であること
- (3) 病院だけでなく、介護施設・在宅の現場も想定したガイドラインとなるよう、配慮すること

Panelists identified several tensions concerning ACP concepts such as whether the definition should focus on conversations vs. written advance directives; patients' values vs. treatment preferences; current shared decision making vs. future medical decisions; and who should be included in the process. The panel achieved a final consensus one-sentence definition and accompanying goals statement: "Advance care planning is a process that supports adults at any age or stage of health in understanding and sharing their personal values, life goals, and preferences regarding future medical care. The goal of advance care planning is to help ensure that people receive medical care that is consistent with their values, goals and preferences during serious and chronic illness." The panel also described strategies to best support adults in ACP.

要約すると ACPはあらゆる年齢そしてどのステージにおいてもサポートし、将来の医療に関する個人的な価値（最善の医療）人生の目標、好みを理解し、共有するプロセスである。

❁ ACP のまとめ

- 患者さんの意思を尊重した医療及びケアを提供し、**尊厳ある生き方を実現することがACPの目的**です。
- 医療及びケアの提供は、**患者さんの意思が一番大事**です。それを確認するために、ACPの実践が必要です。
- 患者さんが意思を明らかにできるときから**繰り返し話し合い**を行い、**その意思を共有**することが重要です。
- 患者さんの**意思が確認できなくなったとき**にも、それまでのACPをもとに**患者さんの意思を推測**することができます。
- **かかりつけ医を中心に多職種が協働し、地域で支える**という視点が重要です。