

E-FIELD

Education For Implementing End-of-Life Discussion

STEP 4

「多職種および家族も含め、慎重に患者にとって最善の診療方針について合意する」

講義

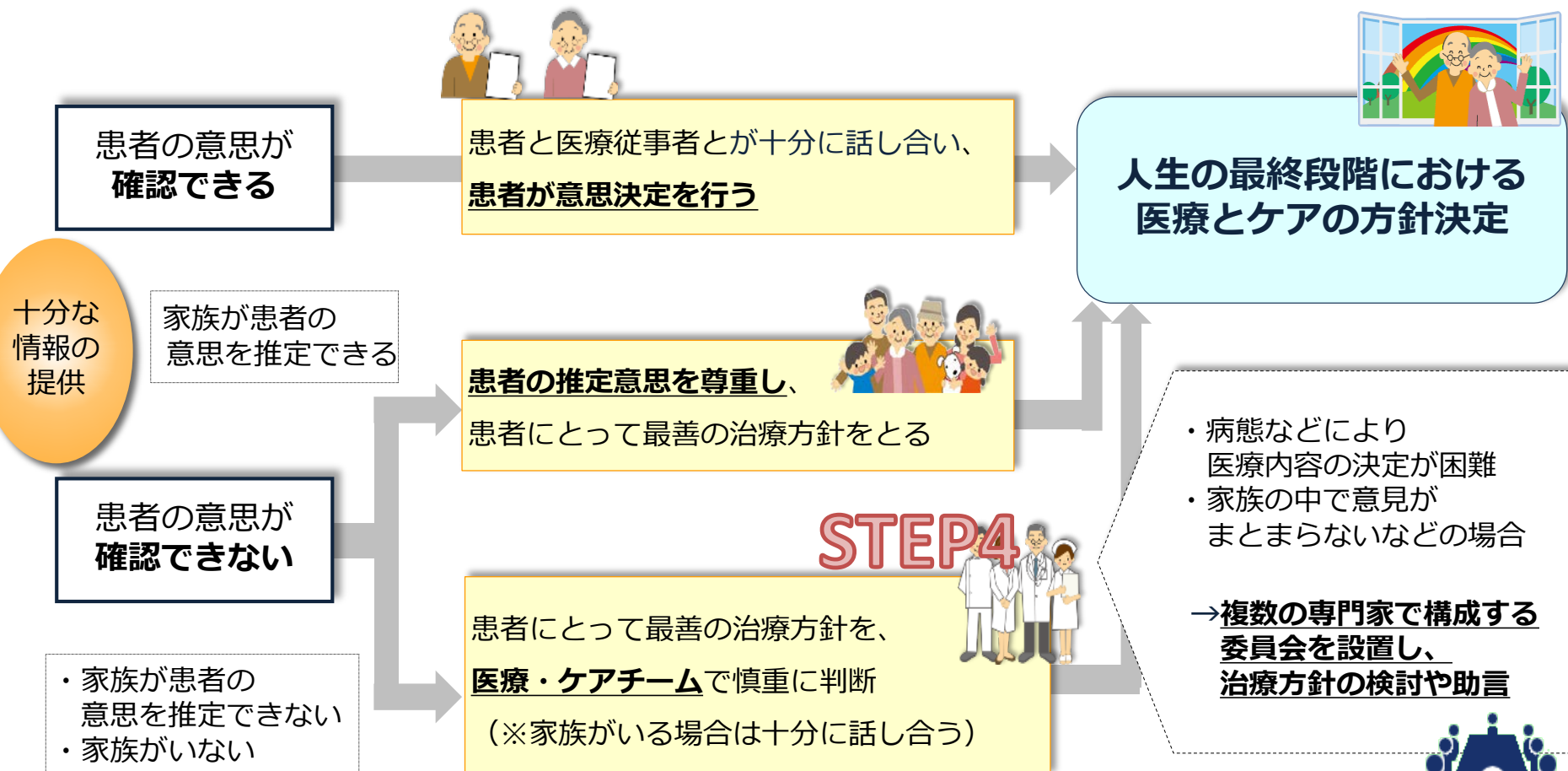
- 4 分割法を用いた情報の整理
- 多職種における倫理的規範に基づいた検討と多職種の価値観のすり合わせ

到達目標

- 意思決定に関する推奨または提案を行う上での根拠（理由）について整理することができる
- 異なる職種や立場をもつ者の視点や価値を尊重しつつ、合意形成を行うことができる

「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



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

- ・ 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

- ・ 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

Q O L

- ・ 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

- ・ 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
 - A D L
 - 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

できるかぎり
のことをして
あげたい。

医師

できるかぎり
のことをして
あげたい。

看護師

MSW

ST/PT

できるかぎり
のことをして
あげたい。

患者家族

できるかぎり
のことをして
あげたい。

できるかぎり
のことをして
あげたい。

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

多職種で行う対話で配慮すること

- 関係者それぞれが認識している状況について提示しあい、理解しあう
- 関係者それぞれが想定している目的（ゴール）を提示しあい、理解しあう
- 関係者それぞれが持つ意見の背景となる価値観や常識について提示しあい、理解しあう
- 関係者間の認識の相違が生む関係者の思考や感情に共感する
- お互いの認識や価値の相違を理解した上で、状況・目的・価値を調整する

多職種の視点を合意形成に反映する方法

- 「このケースにおいて、医療チームとして『胃ろうの造設を行わない（あるいは、行う）』ことを提案するとしたとき、皆さんはそれぞれの立場でどのようなことが懸念、あるいは心配されますか？」
- 「では、今出された懸念材料を最小にするにはどうしたらよいのでしょうか？」

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「具体的な選択肢の決定」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

診療方針を提示するときに配慮すべきこと

- 医療者から患者、家族、関係者（当事者）に診療方針について提案する場合は、可能なかぎり具体的な内容にする
- 勧告や命令ではないことを当事者に理解していただく
- 合意できていない事柄を尊重する
- その後のコミュニケーションや細かな計画についても言及する
- 当事者に意思決定能力がある場合は、最終決断は当事者のものである

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。