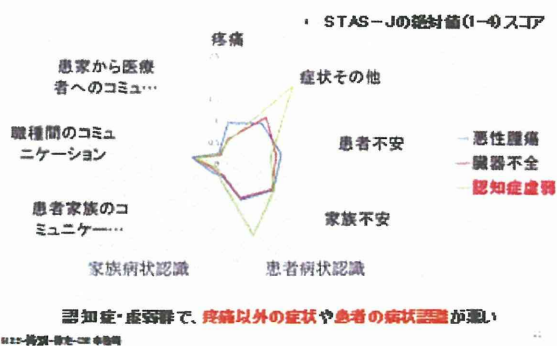


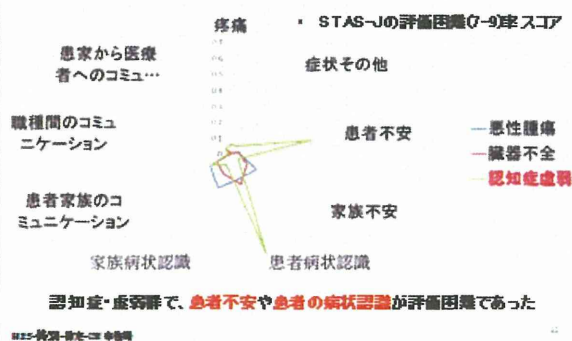
プログラム構成(案)

⑧ 苦痛症状の緩和

疾患類型別STAS-J評価(n=1355)
(悪性腫瘍840, 臓器障害256, 認知症虚弱259)



疾患類型別STAS-J評価(n=1355)
(悪性腫瘍840, 臓器障害256, 認知症虚弱259)



プログラム構成(案)

⑨ 法律と倫理

尊厳死法案

- 適切に治療しても患者が回復する見込みがなく、死期が間近と判定された状態を「終末期」と定義。15歳以上の患者が延命措置を望まないと書面で意思表示し、2人以上の医師が終末期と判定すれば尊厳死を認め、医師は刑事、民事、行政上の法的責任を問われずと定めています。また、意思表示の撤回はいつでも可能とし、本人の意思が確認できない場合は「法律の適用外」としています。

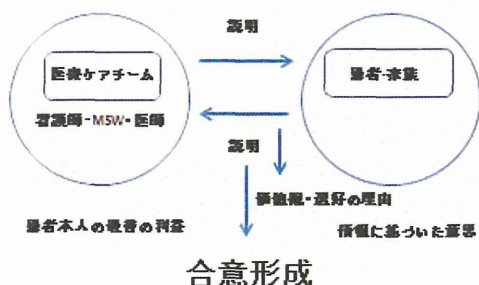
賛否両論

- 中日新聞(2012/11/27付):「生きていれば年金が入る、と自分たちに都合のいい延命を患者に強いている家族もいる。尊厳死法案は、自己決定による終末期医療を支援するもの」
- 北海道新聞(2012/10/24付):「法案は死ぬ権利を認めるもの。医療提供を受けなければ生きられない社会的弱者に、死の自己決定を迫る危険性がある」

医療における倫理原則

- 患者の利益になるようにせよ
- 患者に害を与えるな
- 患者の自律を尊重せよ
- 正義・公平を保て

情報共有と合意モデル



1125-特別-書せ-20-0000

直面することの多い臨床倫理問題

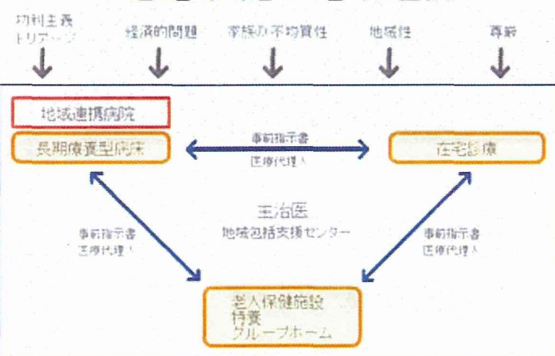
- 終末期医療に関すること
- 医師の治療方針に関すること
- インフォームドコンセントに関すること
- 十分なケアを提供することができないこと
- 守秘義務に関すること
- 安全確保と本人家族の選好のジレンマ
- 安全確保と拘束のジレンマ

1125-特別-書せ-20-0000

プログラム構成(案)

⑩意思決定の地域連携

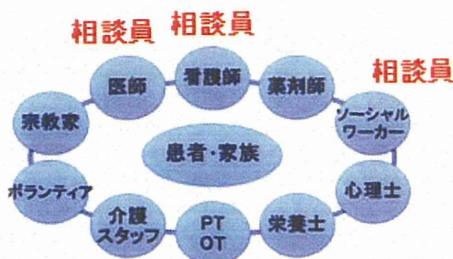
意思決定の地域連携



プログラム構成(案)

⑪チーム医療

多職種チームアプローチ



1125-特別-書せ-20-0000

医療者間での難しいコミュニケーションをするために(1)

- ① 時間を選ぶ
- ② 顔を合わせて話し合うのに快適な場所と時間を選ぶ
- ③ 最初に、話す内容が重要な内容であることを伝え、問題点を明確にする
- ④ 明瞭で簡潔な言葉で問題を示す。個人的な攻撃や明らかな批評はしない

11

医療者間での難しいコミュニケーションをするために(2)

- ⑤ 論点の中核は患者の利益とする
- ⑥ 相手が答えたり、その状況に関する意見を述べる機会を作る
- ⑦ 仲間の意見を進んで尋ね、関心や心配に進んで答えるようにする
- ⑧ 謝罪を求めない。行動を変えることの意味が一致することを期待する

11

プログラム構成(案)

⑫言葉の定義

言葉の定義

- 終末期、末期、エンドオブライフ
- 自然死、尊厳死、安楽死
- 治療抵抗性
- 不治(不可逆性、進行性)
- 末期(死が避けられない、死が差し迫った)
- 耐え難い苦痛(誰が判断するのか)

プログラム構成(案)

⑬グループワークと ロールプレイ

シナリオ

- シナリオ1 基本コミュニケーション
- シナリオ2 事前指示の希望者に対して
- シナリオ3 がん(本人・家族)
- シナリオ4 認知症・虚弱(本人・家族)
- シナリオ5 臓器不全(本人・家族)

シナリオ4

- 【背景】Aさん90歳代、女性。早くに夫を亡くし2人の子供を苦労して育てた。花を育てるのが趣味で、自宅の庭は花でいっぱいだった。近くに住む長男夫婦は共働きであったため、Aさんが孫の面倒をみて支えてきた。現在は、特別養護老人ホーム(胃瘻や点滴治療はできない)に同居している。お風呂が好きで、ホームでの入浴を何よりの楽しみにしていた。最近では、ADLが徐々に低下していたが、「下の世話にはなりたくない」と、頑張ってトイレまで行っていた。

シナリオ4

- 【経過1】Aさんは、心不全が悪化したため入院。心不全の治療にもかかわらず全身状態は悪化し、O₂2ℓ使用してSpO₂90%をやっと維持できる状態であった。過剰な水分が心臓の負担になっていると判断し点滴は1日に500mlに限定していたが、胸部レントゲン検査では胸水を認め、両下肢には浮腫が著明になっていた。入院1週間後には経口摂取が全くできなくなったため、このまま食事がとれない状態が続くようであれば、人工栄養法(胃瘻・中心静脈栄養法)なども主治医は検討していた。

シナリオ4

- 【経過2】Aさんは、常に閉眼しており発語もなかったためコミュニケーションをとることが難しいと思われたが、耳元で話しかけると反応があった。「頑張れる?」と聞くと、微かに首を横に振った。「もうがんばれない?」との問いにうなずいた。数日後、「楽になりたい」と小さな声で呟いた。
- 近くに住む長男は、「弱っていく母親を見るのがつらい」と1週間に1回程度しか面会に来ない。長男の嫁は、Aさんの容態を心配して朝と夕方の1日2回面会に訪れ、「おばあちゃん頑張って」と、Aさんを励ましている。

シナリオ4

- 【課題1】Aさんの望みは何か? Aさんの望む医療とは何か?
- 【課題2】Aさんの望みを実現するために、医療者であるあなたは何かができますか?

シナリオ5

- 【背景】 Aさん77歳、男性。診断は、間質性肺炎と心不全。共働きで長男夫婦と孫と同居している。家庭菜園が趣味で、野菜を育てることが何よりの楽しみだった。妻を数年前に亡くし、自分の時も延命処置はしたくないと周りの人に伝えていた。最近、労作時息切れもあり、畑に行くことも少なくなった。ADLも徐々に低下していたが、家族の負担にはなりたくない、身の回りのことは自分でこなしていた。

シナリオ5

- 【経過1】 Aさんは、間質性肺炎と心不全が悪化したために入院。Aさんは、入院当初から、「早く家に帰って畑に行きたい」と、家に帰ることを楽しみにしていた。長男の嫁は、仕事帰りに毎日面会に来て身のまわりの世話をしてくれ、「お義父さん頑張ってください」と励ましていた。
- 入院後、3日間メチルプレドニゾン500mgとフロセミドを使用した。呼吸状態は悪化していった。血液ガス所見は、酸素62%で、pH 7.32、 pO_2 62.0、 pCO_2 63.5であった。主治医はNPPVの導入をAさんに提案し試みたが、マスクの圧迫感が強く3日で断念した。

シナリオ5

- 【経過2】 呼吸困難が増し、トイレに行くことも出来なくなった。食事を取るだけでも SpO_2 値の低下が著しく経口摂取が出来なくなったため点滴を開始したが、過剰な水分は心臓の負担になると判断し1日に1000mlに限定していた。しかし、胸部レントゲン検査では、間質性肺炎の悪化に加え、胸水を認め、両下肢には浮腫が著明になっていった。主治医は、家族に「余命が数日から週単位の可能性がある」と伝え、呼吸困難を緩和するためにモルヒネの持続皮下注射(モルヒネ12mg/日)を開始した。

シナリオ5

- 【課題1】 どのような苦痛があるかを考えた上で、どのように対応するか話し合ってください。
- 【課題2】 Aさんの望みは何か？ Aさんの望みを実現するために何ができますか？

鳥羽:お忙しいところ、また寒くて悪天候のところありがとうございます。今日は厚生労働省の補助金で、この補助金は相当遅い時期に出たお金なものですから、スケジュール的に今年度中にとりまとめなければいけない。よろしく願います。議題は、実務を取りはからっている西川先生、まずは資料の説明お願いできますか。

西川:はい、承知しました。西川と申します。どうぞよろしく願います。主な資料を3つ準備いたしました。順番に説明いきますが、この黄色いものが研究班の成り立ちが書かれている最初に使わせていただくスライドです。その次に、緑色のスライドが出て来るんですが、これが私どもで叩き台をつけたプログラム案です。そして、今日の議題の大部分を占められるのですが、プログラム案を大項目で示した、メールでもお送りしましたが、大項目の①から⑩まで書いた紙をお渡ししていると思います。これが主な今日の資料です。それに沿ってすすめて参ります。

鳥羽:ページが振ってないので分かりにくいんですが、資料2プログラム案というのはパワーポイントのスライドのラフの入ったものですかね。資料1が黄色の大きなパワーポイント。

西川:はい、そうです。

鳥羽:資料2というのは、ページが入っていてパワーポイントの枠に囲まれたもので27ページまで。

西川:はい、そうです。

鳥羽:資料の番号とページが入っていないものが最後の案ですね。相談員教育プログラムの項目時間配分案ということ。

西川:はい。

鳥羽:ご検討いただいて、ディスカッションのあと最終的に相談員プログラムの項目と配分時間案というものをディスカッションして、できれば成案を得たい。こういうことでよろしいですか。

西川:はい。

鳥羽:はい。じゃあ資料説明を終わりましたので説明をお願いいたします。

西川:はい、分かりました。よろしく願います。最初は黄色の資料で議題に沿って進めてまいりたいと思います。

鳥羽:班員の先生にいただいた様々なご意見や案をまとめてあるとかいう。

西川:そうですね。

鳥羽:ということで先生方に個別に説明してもらうというよりも、まとめてございますので間違いや追加がありましたら、その場でご追加をお願いいたします。

西川:よろしく願います。まとめて全部このスライドに含めてあるわけではないのですが、先生方にいただいたご意見やスライドの内容を加味して、それを参考にして作ってあるとご理解下さい。まず、タイトルですけれども、人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修プログラム案を作成する研究です。この厚労科研で認められました。本研究班の設立の背景と目的について、スライドにそって順番に説明してまいります。背景が1から5まで書いてありまして、順番に進めていきますが、2007年に厚生労働省が終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインを作成した経緯があります。この中では本人の意思を最大限尊重するという原則が示されたのが一番の大きな特徴であります。

そして次にまいります。背景の2ですけれども、2013年に社会保障制度改革国民会議の報告の中で、キーワードとしては、病院完結型から地域完結型へ移行するということと、Quality Of Deathを高める医療を推進すること。そして、それについて国民的合意を形成していくことが提言されました。ちなみにQuality Of Deathですけれども、2001年に米国において以下のように定義されています。患者が本来望んでいた死の姿と実際の死亡時の状況との一致度として定義されて、終末期医療の質を評価する有効な指標として提唱されました。3番ですけれども、これが法律の中でどのように扱われているかですけれども、社会保障制度改革の推進法案の中で、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備することというのが第6条の3で定められています。実際に、その第6条の3を次のスライドで提示したいと思います。赤枠ですね。赤枠で囲ったところが第6条の3ですが、医療のあり方については個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるような必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができるような環境を提供すると、そういうふうな法案の中で定められています。そして次のスライドですけれども、背景の4で、これは厚労省が5年おきに行っている意識調査ですけれども、中段の小さい字のところを読みませけれども、家族と終末期医療について話し合ったことがある人が一般国民の4割程度と言われています。同様にプロセスガイドラインを知らない医師が3割、病院が3割。そして、ガイドラインを知ってはいても活用していない病院が5割ある。あとは職員にそういう教育を行っていたという病院が3割。これらの経過を踏まえますと、終末期医療を支える体制は十分ではないという判断になり、意識調査等の検討会が行われたいけれども、体制整備を急ぐべきだというのが大きな背景になっております。

次に進みます。これは意識調査の主な結果を抜き出したものですが、これは意思表示の書面をあらかじめ作成しておくことについて賛成かどうかという図ですけれども、性別とか年齢別とか死別体験のあるなしとか、話し合いの有無によって分けられていますけど、概ね賛成が約7割ぐらい。書面に書くことを賛成している人が7割という結果でありました。そして、次に移りますけれども、実際に希望している、書くことがいいと思っている人が7割だけれど、実際にどのぐらいが書いているかというのでは、作成していないというのが9割を占めていて、作成することがいいと思っているけれど、実際にはつくっていないという現状が浮き彫りになりました。そして、さらに意思表示の書面を法律にするかどうかということについては、法律で定めなくて良いという意見が多かったという結果でした。そして、そのような背景を受けて最後背景の5番ですけれども、2014年に患者の意思を尊重した終末期医療を実現するための体制整備事業が行われることになっておりますけれども、そのときに終末期医療を担う相談員を育成するモデル事業が計画されています。そして、これが研究の目的につながるわけですけれども、そのモデル事業に使う研修のプログラムの素案をつくるというのが本研究班の目的であります。そのプログラム案には、今回繰り返しになりますが、終末期医療のプロセスガイドラインを普及するという根本的な目的があり、その中でキーワードである地域完結型であるとか、Quality Of Deathを高めて国民的合意を図っていくためのプログラム案をこの研究班でつくることが目的であります。

さて、班の研究代表者、分担者の名前を挙げさせていただきましたが、鳥羽病院長をはじめ私どもの病院では三浦在宅連携医療部長、私です。あと今日ご参加いただいた先生方のご協力をもって良い研究をしていきたいと考えております。こちらが研究協力者で町屋看護部長、私と非がん・高齢者疾患の緩和チームをやっている横江がおります。院内は、その2人の協力者とあと、スライドにお示しました院外の協力者の力をお借りして進めまいりたいと思います。

さて、研究のロードマップというところですが、これは厚労省から示されたものをお借りしてパワーポイントに貼り付けましたけども、平成25年度ですけれども、残り少なくなりましたが、厚労科研の研究費の中でこういった内容のプログラムを作成する。来年度以降、ガイドラインを普及するために相談員を育成するようなプログラム案をつくるというのがロードマップであります。

今日の主な議題になると思うんですが、プログラム案をつくるというときにどのような構成がいいかというのは、メールであらかじめ素案をお送りしたわけですけども、①からなんですが、ちょっとパワーポイントが見にくいので、このA4のワードに書いたものをお配りしていると思いますので、それをご覧くださいと思います。この資料で一番最後のページになります。これをご覧ください。上に相談員教育プログラム項目と時間配分案、大項目①から⑩と書いてあるものがありますけれども、これを私どもの長寿センター事務局で作成しました。こういう項目を入れるといいんじゃないかとか、これは削除したほうがいいのではないかと、これはもう少し内容を厚くしたほうがいいのではないかと、大項目から中項目にしたほうがいいのではないかと、そもそも根本的に変えたほうがいいのではないかなど、いろいろご意見を賜りたいと思います。

順番に読み上げますと①が相談員の支援事業の開催にあたって、②が概論、③が一番本丸である終末期医療のプロセスガイドラインを詳しく噛んで含めるように説明していくような内容です。そしてプロセスガイドライン以外にもいろんなガイドラインがあります。公の機関のガイドラインもありますし、集中治療とか循環器の関連のガイドラインもありますが、そういうものが実は同じ言語で語られていないことも重要な点だと思います。例えば終末期という言葉であるとか、末期という言葉であるとか治療抵抗性だとか、そういう言葉の違いを明確にする意味で④を入れました。そして、⑤が意思決定支援。近年アドバンスディレクティブ、アドバンスケアプランニングがよく言われるようになりました。その中でもただ、あらかじめ患者さんの意向を聞いておくというだけではなくて、今まさに目の前に困っている患者さんや家族の支援をどうするかという、2つ視点が、私どもの臨床経験の中でも大事だと思われましたので、あらかじめ行う意思決定と、今まさに目の前で起こっている難しい医療判断についての意思決定についての2つの項目を入れたらどうかと考えて案にしました。

意思決定のベースになる項目ですけれども、にコミュニケーションがあって、その中でも今いろんな研修会等でやられている基本的なコミュニケーションに加えて難しい場面のコミュニケーションがあると考えました。難しい場面のコミュニケーションは、今例えばガンの緩和ケアがすごく先行して進んで来ている日本ではありますけれども、非常に疾患の類型別にやっぱりコミュニケーションの技術必要とするとか、いろんな難しさがあると思うので、そういう部分も含めて難しい場面でのコミュニケーションというのを含めたらどうかというふうにして考えました。

次ですけれども⑦ですね。基本的にこういう意思決定というのは欧米の文化の影響を受けているところはあると思うんですが、日本独自の文化というわけでもないですけど、家族の重要性というのをより協調したほうがいいという判断で⑦番を入れさせていただきました。その中で小さい字で書いてあるのは、それがすべてというわけではないですが、例えばこういうところが非常に重要な言葉だろうということで挙げさせていただきました。⑧については、基本的に苦痛の緩和を細かく論じるというよりは、総論的に意思決定をしたりとか、最終段階の判断をするときに最低限苦痛がやわらいでいることが必要で、そのために医師や薬剤師やその他の職種とどのように連携するかという、意思決定のベースラインとしての苦痛緩和。意思決定をする最低限に達成しなければいけない苦痛緩和という意味で⑧加えさせていただきました。あと⑨ですね。法律と倫理を含めて項目にすることは、今まであまりこういった研修プログラムではなかったことかもしれませんが、どうしても入れたほうがいいと現場で感じた理由は、癌の緩和ケア以上に、非がん・高齢者疾患の緩和ケアを考える時に、意思決定能力の低下している患者さんが多かったりとか、改善可能な疾患が多いということもあり、こういう研修プログラムをつくる時に重視すべき視点だと考えたからです。法律と倫理の明確にすることが難しいこともあるかもしれませんが、その部分も含めて、簡潔な言葉で法律や倫理が臨床現場とマッチするような形でプログラムを構成する必要があると考えて⑨を挙げさせていただきました。そして⑩ですけれども、よく地域連携と申しますが、意思決定の地域連携、死も見つめた、最期のときも見つめた意思決定をどう連携していくかが非常に重要だと考えました。私どもの話ばかりして恐縮ですが、平成19年から、三浦部長を中心に事前指示書を進めています、実際に事前指示書が書かれていてもそれが達成されないケースがまあまああって、例えば救急車で事前指示書を書いた病院とは別の病院に運ばれてしまった瞬間にも意思決定の連携がだめになるわけで、意思決定がつながらなくなるわけです。それをつなげるために、具体的に、どのようにどう動けばいいかということを一つのプログラムの要素に入れたいというふうに考えました。⑩は最後に置くべきかどうかは分かりませんが、途中にも申しましたとおり、終末期医療に関する言葉が乱立していて、その言葉の、つまり違う言語で皆が話しているからこそ、本当の意味で患者さんの意思を尊重するためのコミュニケーションができないのではないかと意味で、終末期に関係した難しい言葉をより分かりやすく定義する項目を⑩に入れたいと考えました。次の⑪ですけれども、グループワークとロールプレイで、これは1つの案ですけれども、例えば素案に記した要素を含めながら、どのような病気の経過に対しても意思決定ができるようにグループワークとロールプレイの時間をいっぱい取って、その中に大事な法律的な倫理的な基本的なコミュニケーションの要素を含めていくようなプログラムにできればいいのではないかなというふうに考えました。

鳥羽：じゃあちょっと一度切りましょう。時間の都合上だいがまとめた話で、もう決まったような話になってしまいます。そういうわけではなくて、まず順番にやっていきたいと思えます。まず研究班です。本研究班の体系と目的、5枚のスライドで主に話されていました。これは主に4ですね。行政的な視点をまとめたものだというふうにだいたい思われるんですが、本来エンドオブライフケアのこのよう相談員をつくるにあたって、医療福祉、あるいは国民目線でのようなことが起きてきたからというような流れが、ここにはちょっと載っていないものですか、先生方のご意見でこの背景に盛り込むべき重要なイベントが落ちてることがありましたら、ここで指摘いただきたいのと、もし覚えてないということであれば、このようなこともあるけどもということでは何かございますでしょうか。まずこの研究の背景というのは、必ず相談員に説明するとき、あるいはほかの学会や国民に説明するとき、あるいはこれが将来制度化されて何らかになるときに視点が落ちていたりしますと、いろいろ研究班自体、あるいは厚生労働省自体、視野が偏っているのではないかと。それから、各団体が我々がこういうふうに来てきたのに全然盛られていないとって協力を得られないとか、そういうことありますので、先生方の知識の中で背景に盛るべきようなことで重要なことあり

ましたら、いかがでしょうか。

尾藤：その前に質問1つだけよろしいですか。

鳥羽：どうぞ、どうぞ、はい。

尾藤：今、相談員という定義といますかイメージなのですが、これは現時点はイメージとしての相談員だけれども、将来的には制度としての相談員という相談員を前提としているということでしょうか。

鳥羽：たぶんこれはどうでしょうか。

尾藤：現時点では相談する人、病院

後藤：そうです、はい。

尾藤：だけど、ひょっとしたらそれが将来制度になるかもしれない。それでいいですね。

後藤：はい、はい。そうですね。今のところ相談員という、ある意味資格のようなものでちょっとイメージしているわけではなくて、あくまで相談を受ける人。それで、たぶんこの終末期の相談というのが、医療とか福祉にかかるスタッフがおそらく終末期にかかる人であれば必ず持っているべきでないスキル、将来的に。

尾藤：そうです。

後藤：なるんじゃないかなというふうに思っていますので、研修としては広く普及していきたいと。

尾藤：分かりました。

後藤：ただ、その中でもうちょっと認定の資格をやるべきだとか、例えば今度報酬と連動させるときには、こういう研修のある程度パッケージみたいなものが必要とか。

尾藤：了解です。

後藤：はい。そういう意味では出て来る可能性はあります。

尾藤：質問2です。最初の受講生の対象、イメージはMSWもしくはナースということでしょうか。

後藤：はい。それは、はい。

尾藤：ケアマネジャーは、対象になる可能性はありますか。

後藤：ケアマネは今のところ。

：それは先生、全然違います。

尾藤：ない

：プログラムがまるっきり。

尾藤：まるっきり違う。

三浦：一応もともと話したのは、MSWとナース中心であと医師の参加は拒まないという話がそういうふうになってたんですけど。

尾藤：ナースかMSWという感じですね。

三浦：中心はですね。

後藤：そうですね。それでなければいけないということではないんですが。

尾藤：たぶん、たぶんというか結果として。

後藤：たぶん、はい。来年度の目的であるモデル事業が今のところ医療機関、病院と診療所でやろうと思っっていますので、そうなりますと、その中のスタッフという意味では、まず看護師かと。

尾藤：了解です。

：もう1つ聞いていいですか。僕、尾藤さんと似た発想なので。何人つくりたいか、将来的に。何年後に何人かと。もうそれを想定してこのプログラムをつくらないといけないので、何年後に何人つくるかということをお示ししていただきたい。あとそれを例えば多人数であったらどうやって教えようとするか。そのスキームが分からないとプログラム組めないと思うんです。

鳥羽：それはちょっと違うと思うんですが、例えば認知症のサポート医とか、そういうものでも相談事業が上手になって、それが評価されてあらためて制度に取り込まれるということはあるんです。

：もちろん最終的にはそうですけど、理想のイメージで何人ぐらいつくとついでを教えていただくとつくりやすくなります。

鳥羽：それはすべての病院じゃないですか。すべての病院に必要なだ。

後藤：研修はそうですね。

：すべての病院、すべての人。

尾藤：今の確認なんですけど、病院でいいんですね。病院内。

鳥羽：まずは病院でしょう。

尾藤：コミュニティはまずそうでした。

三浦：最初の足がかりとして病院を対象にやる。

鳥羽：病院が足がかり。

後藤：病院、診療所です、はい。

三浦：そのあとはまた考えたらいいという感じですね。

：私が思うにこれかなりちゃんとやろうとするとすごい難しい仕事だと思うんです。

三浦：そうです。

後藤：そうですね。

：この相談員っていう仕事自体が。要は、その相談員として急性期病院でこれから多死の時代、もうなってますから、基本的なここぐらい知っついてよというところのプログラムと思っつてよろしいんですか。

後藤：そうです。

：そういう理解でよろしいですか。

後藤：はい。

鳥羽：こういう養成事業はそうですけども、最初から難しくてハードルの高いものをつくるということはできなくて、研修教育プログラムで教えること自体が総合構成なものですから、実際の現場とやりとりしながら意見を出して成長していくたぐいのもので、最初はミニマムリクワイアメントからスタートするというのが普通、だいたいこういうスタートです、と思いますが。

：もう1回しつこいようですけど、普及したあとのイメージとしては例えば特定機能病院だったり、ガンの拠点病院だったり、そういった病院にいるワーカーなり退院支援ナースというのは、これ受けてねと、全員というぐらいの感じと。

後藤：そういうのもありだと思うんです。今もうたぶん研修、ガンのほうはガンでたぶん研修というのがありますね。

：はい、やってますね。

後藤：ですから、そこに乗せて行くとか。普及のやり方は、方法の1つとしてあると思うんです。

鳥羽：診療報酬に乗せる場合は、施設基準とあと研修基準ですね。施設基準はそんなに看護師かMSWがいればいいわけですから低いんですけど、研修基準12時間って書いてありますので、ガンのほうの研修は14時間ですし、12時間で最初から設定されていること自体は、当然診療報酬連動型の研修を最初から意識した長さにはなっていると、そういうふうに考えます。

尾藤：じゃあ、一昨年度から始まった80点と連動するということではよろしいんですか。相談する人間。

：それは初診時というか入院時のやつ話でしょう。

尾藤：そうですね。

：だから、1回限りのやつですよ。

尾藤：その人がいて、その人と話せば80点もらえる。

：あれはもう研修始まります。

鳥羽：それとは別の。

三浦：それとは別です。それは別ですね。

鳥羽：エンドオブライフケアのときにどうするかということだと思います。

尾藤：了解です。

鳥羽：でも、それは研修も十分モデル事業でうまくいき、その事業の内容が厚労省でも国民に評価されたときに初めて連動するので、そのためのプログラムを実地指導というかサイトビジット。いろいろな要素があると思います。

：モデル事業、

三浦：モデル事業。そうですね。

鳥羽：モデル事業の前のテキストづくりにあたって、背景といった一番のポリシーというか、これでいいのかと。国民の合意は、ここに書いてある背景の1、2、3、4、厚労省がガイドラインを作成したところから始まっているとは私はとても思えず、多死の時代のエンドオブライフケアというものが国民の間でも見直されてきているところから始まるべきだと今思っています。ですから、私の個人的な意見はそういうことです。どうですか。

清水：今のところは、しかし、背景としては厚労省中心というか、そういう政府レベルでやっていることが書かれていますよね、背景。

鳥羽：いや、ですから、それでよろしいんですかっていう。私にとってそれでまとめて皆さんがよろしければ、ああ、国は全部のことを国民目線も網羅してるからいいですって、ありがとうございますって、このままそれですぐ次行ってしまう。

清水：例えば学会レベルとかいうことになりましたら、それこそ老年医学会がこういうことをしたとか立場表明したしガイドラインつくったしとかっていう、そういうことも入って来ると、もっと公平に扱うためにほかの学会のことも扱わなきゃなりません。

鳥羽：私は班長ですので、そういうことを個人的に言う立場じゃございませんので、皆様からの意見を集約。

尾藤：こういう明示的なものもいいんですけど、たぶんもっとざっくり、いろいろ何か機械とか技術発達してきて、ギューって長生きだけするようになっちゃったけど、何か具合悪いことになっているみたいなのは最初にざくっと出すほうがいいと思います。こういうのは30年前にはなかったんだけど、この10年ぐらいもうそんな話ばかりなんですよっていうところから始まって、いろいろ法律だとか学会とかがうにやうにややってるけど、実は現場では混乱したままですっていう、そういうストーリーがいいんじゃないですか。

：何かこれ本当終末期なんですけども、そのちょっと手前っていうか、要は受けたくなかったのに治療を受けちゃってるっていうところが、それをたぶん例えば親なんかもう絶対嫌だとか言っているわけではあるわけです。だけど、何かあったらもしかしたら分からない。そこもやっぱり背景として、要は、本人は望まない形で治療が実は行われてしまう場合があるんだってということが、ちょっとこれ書くの難しいですけど、ちょっと。

鳥羽：エンドオブライフケアの前の延命治療のところも背景として含めるべきだというご意見ですね。

：そうですね、はい。

清水：それは私は今、今回は人生の最終段階って言葉をお使いになり、最近厚労省でも人生の最終段階と使うようになって、これは大変いいことだと思うんです。そして、たぶんこれはエンドオブライフの略語として、この人生最終段階というのが定着するのがいいだろうと思ってまして、今までエンドオブライフをひょっとすると終末期って訳してたこともありましたが。それは私は間違った訳だと思っているので、だいたいエンドオブライフについて最初に何かなさったのは鳥羽先生でいらっしゃるわけですが。

清水：背景のところではこういうことは、仕様がなくていいですよ。もう終末期医療って言葉を使ってやっていますし、ガイドラインも終末期医療って言葉を使っていますが、しかし、それを何かもう一度人生の最終段階って把握の仕方全体を統一するような説明にさせていただいて。そうすると、人生の最終でエンドオブライフという少し本当の医学的な意味での終末期よりは広い意味になってくると思います。

：そうすると、僕が言った全部入りますよね。その言葉のほうが確かにいい。

鳥羽：そういう意見は大歓迎でこの相談員プログラムというのは、医療関係者目線ではなく、少なくとも双方向性であるということですから、

ご家族がいきなり終末期という言葉で相談員に乗り出されたら嫌だというのは、意見がこの研究会の大勢であれば、言葉はこういうふうに使おうといったこともターミノロジーを注意深く使うということを盛る。ターミノロジーの変化については、日頃からどういうふうにとすることは今、清水先生が言われたちょっとお聞きして、終末期、医療がつかない終末期についていつ頃から最終段階といますか、例になつたらたぶんそういう文献出される、日本語で出されたんでしょけど、その前にカタカナは確かにエンドオブライフというふうに訳したことはありますけど、なかなか定着しなかったわけで。

今回の相談員プログラムの内容に、それからもう少し本当の終周期だけの相談ではなくて少し前の延命治療期も含む段階を含むというようなこと。それに対する各学会や医師会、厚生省以外のものガイドラインや声明などを資料、大きな文字に入れるかどうか別としてしっかりと資料として尋ねるといことでよろしいですか。全部挙げてもらうわけにいきませんので、じゃあ先生、それはまた各位の先生から集めたりして、いいですね。

：はい、承知しました。

鳥羽：では、その背景のところはこれでよろしいですか。ほかに何かご意見ありますか。それでは、次にもう相談員プログラムの骨子というのがございましたので、今日はまだ十分時間ございますので、この項目に沿ってご議論いただいでよろしいですか。

：はい。

鳥羽：これ順番とというか、どこでもいいから意見。どこにします？上から順に意見。

：順番でなくてどこでもという。

鳥羽：よろしいですか。それでは、1から11まで言葉の訂正、あるいは、ご自由にどうぞ。どうぞ、どうぞ。

尾藤：ごめんなさい。最初からひっくり返すみたいで大変恐縮なんですが、能力ベースにするのがいいと思います。要するに、この研修会をやるとその相談員は何をすることができるっていうことを決めるんです。それがないと中身こうやってごちゃごちゃやっても何か歯抜けになっちゃう。

鳥羽：どういうふうに具体的には？

尾藤：例えば悩みのプロセスに寄り添って対話を続けることができるとか、精神的サポート、最低限の精神的支援をすることができるとか、そういう感じです。あとは例えば胃ろうの選択や人工呼吸器の開始、もしくは中止に関する倫理的なジレンマについて思考することができるとか、そういうことです。

鳥羽：それがプログラムにあって自己チェックで、例えばそこの研修会後にそれがある程度できるようになったとか、そういうふう、にチェックするということですか、イメージとして。

尾藤：まあそうですね。試験をしても。

：できるようにプログラムをつくらうという。

尾藤：そうですね。そういうことですね。

三浦：できるように。

尾藤：だから、最初にどんな人、どんなことができる人を育てようかっていうイメージをざっくり共有したい。

鳥羽：なるほど。それが能力ベースという形。

尾藤：そういうことですね。

西川：ちょっと発言よろしいですか。今のご質問にもあるのですが、2番の概論ということに、今おっしゃったようなことを少し含めたいと考えて素案を作ったつもりなのですが・・・

尾藤：分かりました。

西川：こういう能力、能力ベースという書き方はしなかったのですが、こういうことができるようになると、こんなにいいことがあるというようにメッセージを込めたスライドの流れになっています。

鳥羽：こちらの実際はもうすでにあつて、そこの何ページぐらいから始まるんですか、これのパワポの。

西川：パワーポイントで言うと、プログラム構成案の②概論というところに少し記してみたんですが、私どもの完成イメージですけども、最初にDVDを流して、さっき先生がおっしゃったようなことができるような、この研修会が終わるとこういうことができるようになる、こういうことを目指そうという内容を流して・・・

鳥羽：分かりました。でも、今ご提案ですとDVDを観る目的のところのこのテキストのところ、こういうことができるようなところの能力ベースのいろいろな項目を挙げたらという。

清水：そういう意味じゃない。

尾藤：いや、そうじゃないんです。難しい。たぶんこのあたり教育とか教育プログラムづくり専門家でもあるんです。こんな話はしてないんですけど、最終的に。

清水：要は、みんなて目的を一致させると。

尾藤：最終的にこのコンテンツが、例えば5項目とか7項目ができるようになるためにこのコンテンツがある。

鳥羽：分かりました。言っている意味分かりました。

清水：この概論のこれでいくと4ページに相談員の役割ってございますよね。この相談員の役割っていうのは、こういう役割が果たせるよっていう。

尾藤：そうそう、そういうこと、そういうことです。

清水：こういうような言い方でよろしいわけですか、〇〇さんがおっしゃってるのは。あるいは、この相談員の役割っていうところについてももう少しこういうふうにしたほうがいいっていう形で能力ベースっていうお考えでね。

尾藤：はい、そうです。

清水：そうすると、何かどういような物差しで能力を言い表したほうがいいのかといういようなお考えもあるわけでしょう。

: 図れるようになるんで。

尾藤: これは役割、役割と似てるんですが、できるっていうことになると知識として知っているとか、あと知識として知っているかつ技能としてちゃんとそれができるかとか、あと態度としてそういう姿勢を持っているとか、そういう何て言いますか、ちょっと教育オタク的な形ですけど、そういうこと。

清水: それをここで言うと、例えば情報提供ができるっていうのと意思決定支援ができるっていうふうに、この役割のところに入れるらそれでいいのかしら、それとももうちょっと物差しの座標軸が違って。

: それをみんなで共有しておかないとどのレベルでプログラムをつくり込むかが全然変わってくるんです。この構成自体も全く変わると思っています。

鳥羽: その能力ベースの項目というのは、通常最初のほうの目次みたいなのところにつくり出すんですか。

: 出してもいいと思います。

尾藤: 普通研修会で「はい、これから研修会始めます」と言った次に「はい、この研修会終了時にあなたたちの目的はこれです」ってドンっていうのが今言ってる。

: そうです、そうです。

鳥羽: 項目は多い、少ない?

尾藤: 5項目程度がいいと思います。

鳥羽: 5項目程度。

尾藤: はい。

鳥羽: なるほど。じゃあそれは。

尾藤: あんまり多すぎても。

清水: 要するに、大学なんかでも教育目標でうちの大学はこういうような学生を社会に送り出すんだというときに、だいたいこういうことができる学生を送り出したい。その話ですよ。

尾藤: そうです。

清水: でも私は、だから相談員にさしあたって、この役割・・・いいような気もする。

鳥羽: ちょっとじゃあそれはせっかく集まっていたので、5項目だったらここでちょっと挙げて決めませんか。せっかくですから。

尾藤: そうです。たぶん知識2、技能3。そのぐらい。

鳥羽: 知識2、技能3。

: 態度はいい?

尾藤: 態度は、もうこれは技能そのものが態度が入ってるんで。

鳥羽: ああ、知識、技能、心構えですね、まず。

尾藤: 何か教育が大好きな人は態度を入れたがるんですけど、大丈夫です。これ技能の中に態度入っちゃうから大丈夫です。

鳥羽: 分かりました。教育の先生方って、そういう思考で物事を考えてるんだっていうのがすごく今日初めて分かりました。

: 常に常に考えてます。

尾藤: すいません。専門家っぽくて申し訳ありません。

鳥羽: 知識2、技能3でしたっけ。

尾藤: だいたい、ざっくり。

鳥羽: じゃあ知識の1に重要なもの。

清水: これは相談員の役割をご覧になれば、人生の最終段階における医療についての情報提供でしょう。これができるっていう、これが知識じゃないですか。

: ああ、どうかなあ。

: どでかいです。もっと小さい。

鳥羽: ちょっと短いほうがいいですね。

尾藤: たぶん対話ができるっていうことは入れたほうがいいです。

鳥羽: そっちは技能ですか。

尾藤: 技能ですね。継続的対話ができるという。

: 評価をどう考えるか。医療者でほしい継続的対話はできないっていう人は、自分ができないと思っている人はあまりいないと思うんです。できるっていうことが何を指すのかっていうのが。

尾藤: ああ、評価ですね。

: そこは何だか。

: でも、ロールプレイしたらいいと思います。

尾藤: 評価はやり方あります、いろいろ。はい。

: その前に実施したあとへの評価もくっつけて組むのは可能という。

尾藤: そうそう。そうそう。もちろんです。もちろんです。これはもうプログラムの評価ありきです。あとは何かニーズを引き出すことができるとか、そういうものです。

: でも、そっちが大きいですよ。

尾藤: そうですよね。だから、何に悩んで何に困っているのかという。

: 現在のパーセクションというところがまず始まって、介入が入ってって今度ありますものね。

鳥羽：技能の1つは、意思決定支援ができる。これはいいですか。

：いや、たぶん意思決定支援ができるっていうと、これ最終目標になっちゃうので。

鳥羽：最終目標？

：はい。もうちょっと細分化したほうがいいと思う。

：5項目の統合した一番。

後藤：大きい目標ですね。

：はい。今そこですよ。

鳥羽：なるほど。じゃあ、ここには入って来ないわけですね。

尾藤：たぶん支援ができることは、もう本当にもうこの目的の大目的。

：そう。一番上ぐらい。

三浦：大目的。

清水：支援ができるために必要な要素をいくつか挙げるといってお考えでしたね。

：例えば僕、案ですが、知識としてはやっぱり各疾患の経過、要はこういう段階に至った場合にどれぐらい余命があるとかか、こういう治療を選択したらどうい経過をたどってどこで死ぬのか。例えば転院しなきゃいけないのか。それとも介護保険絶対使えなくなっちゃうのかみたいな。これ、こういうようなことをざっくりでもいいから知ってないと、たぶん説明はできないんじゃないかと。

：でも、それって専門家に聞けばいいから相談員は知らなくてもいいんじゃないのかな。

尾藤：でも、ちょっとブレインストーミング的に。まず一つ一つ。もう1つ、私がやっぱり知識と知るべきは、エンドオブライフデシジョンメイキングの何が難しいかについて知っているということが大事だと思うんです。

：ああ、確かに。

鳥羽：知識ですね、じゃあ。

尾藤：知識ベースで何でエンドオブライフデシジョンメイキングって難しいんだということ。

鳥羽：意思決定の困難性。

尾藤：困難さについて述べるができる。

鳥羽：述べるができる。

：具体的なことは知らなくていいけど。

鳥羽：それは知識。

：それがあんだっていうことを知っておく。

鳥羽：それは2番目ぐらい？1番目？

尾藤：それが医学知識とは全然違うものであって、病気のことどんだけ知っててもエンドオブライフデシジョンメイキングをする際にすごい難しいところでは、こういうところなぜこういうところが難しいかっていうと、こういう規範とこういう規範がぶつかり合うから難しいんですけどとりあえず知っているっていう。

：結構だから歴史背景とか判例とかもだから勉強しないとだめですよ、基本的には。

鳥羽：そこまで。勉強はしてもらうけども。

尾藤：12時間なので、12時間のざっくり。

木澤：僕、絶対Eラーニングにしたほうがいいと思うんです。というのは12時間の半分以上はコミュニケーションに充てたほうがいいと思うからです

鳥羽：意思決定の困難性をそう、列挙できる。

尾藤：ああ、そういうことです。そういうことです。まさにそういうことです。

鳥羽：いいですか？はい。とりあえずそうしておいて、ほかはどうですか。知識、今1つ挙がりました。

西川：(木澤先生) もう少し、さっきの発言のを続けていただければよいと思うのですが・・・

木澤：もうEラーニングにするべきだと思ってるんです。

鳥羽：それはまあいずれしますけど。

木澤：なぜかという知識は勉強しなければいけないことが多いので、この研修会自体は、ほとんどロールプレイでいいと思うんです。だから、知識は事前に勉強して、ちゃんとテストを受からないと相談員研修に来れなくすれば身につくので。たくさん育てようとするという前提で考えると、そういうプログラムづくりも最初からしたほうが本当の相談員を養成できると思うんです。鳥羽：私は全くそういう意見で最初つくってもらいましたが、やはりでもこれ開始にあたっては各回必ず厚労省の方のご挨拶とか、1時間だいたい1人決まってくるんですね。3時間ぐらいがそれでも埋まるようになってる。それで時間が長くなる。ロールプレイやグループワークは少しは。

尾藤：一旦方略置いといて、まず目的として。

鳥羽：いや、おっしゃることはわかりますけど。

三浦：そうですね。Eラーニングのモジュールをやっぱり変更してつくっていくほうがやっぱりいいと思います、それは木澤先生言われるように。

鳥羽：一応、車の運転免許取るときも実際面白い実地免許以外に法令とか整備とか、ああいうのも一応あるわけで、やはり一応はそれを知っていただかないとだめなんです。

尾藤：そうなんですよ。なので、外的な意思決定をする上での何か法令も含めた外的な基準等については。

鳥羽：つまらないですけどね。

尾藤：述べるができるというのもの。

：重要だと思います。

尾藤：もう1つ、やっぱりもうまさに清水先生の世界だと思うんですけど、私やっぱり相談員には患者にとっての最善の利益、個別の事例において患者にとっての最善の利益について検討することができるということだと思います。

鳥羽：家族も入れてほしいんですか。

尾藤：そうですね。

三浦：患者家族。

鳥羽：今の場合は。

三浦：患者家族にとって。

尾藤：ここは……

：もう十分ですよ。

尾藤：知識にするとぎらぎらするかもしれない。今のは解釈とか問題解決レベルの知識ということになりますね。

鳥羽：ガンのように意思がはっきりしているものありますけど、最近増えている非ガンの人は、ほとんど自分の意思表現できない。そうすると、その人の最善のもの、やり方っていうこと自体が十分確立していない領域もあって、最善のことを考えることができるといってもコミュニケーション上はできるのか、医療者の判断でやるのかというような難しいところもありますので、家族というのをやはり日本の場合に入れていただくというか。

尾藤：それも含めて患者にとっての最善の利益。間接的に想像したり家族と対話することも、患者にとっての最大の利益について検討することができるということになります。

鳥羽：でも、エンドオブライフっていうのは、やっぱり家族というのを直接入れとかないとまずいと思うんですよ。普通の医療と違いますから。

尾藤：おっしゃるとおりです。今は、はい。今は、本来は患者の利益を差し置いてでもコミュニティの利益とか家族の利益も考えるべきだっていうことはそうなんです。

鳥羽：差し置いてもなんていう、そんな言ってます。

尾藤：ただ、そこをちょっと成熟し過ぎた議論になって……私の中では、そのバランスって成熟し過ぎてるって考えていて、最初の12時間のときには、現場では結局いろんなことを考えるんですよ。もうこの人早く転院させないといけないとか、そんな患者が第一とかいっても、それはまあほら家族が負担になったらしょうがない、ことは現実ではやるんだけど、研修会でやるぶんには患者にとって最善の利益を何をもってするのかという検討を論理的にできるっていうスキル。

三浦：そうなんです。あと先生、厚労省のガイドラインのときに家族がテーマにならなかったんですよ。今日、樋口先生来ておられないんですけども、家族の定義もしないし、結局日本において本人の意思決定非常に重要なんだけど、家族ってところが非常に曖昧なままでガイドラインつくられちゃったんで、そこをもう少しちょっと固めたいなというのもあるんです。

尾藤：そうです。はい。

三浦：ええ。どうしても。

尾藤：技能ベースのときに家族や関係者と情報収集や価値も含めて対話をうまくすることができるっていうところで持って行ったらどうですかね。

鳥羽：相談員の方が実際相談する相手は、本人ほとんどいないです。

尾藤：そうなんです。もう私のところの世田谷は、もう老老介護ばかりで100歳超えばかりです。

鳥羽：いや、でも、この中で家族を外した議論は相当無理です。

尾藤：議論は家族とするんです。

：分かります。僕も全く同じ。

三浦：分かります。そうだと思います。

尾藤：議論は、ほぼ家族とするんです。

：患者の最善利益を話し合う方法論として家族と話し合うということはあるのであって、患者の最善利益っていうのはやっぱり第一に置かないといけないし、家族をここでやっぱり書かないほうが分かりやすいんじゃないかなというふうに思ってるんです。

清水：ただ、緩和ケアの世界でも家族も患者と並んでケアの対象でありますし。例えば緩和医療学会の鎮静のガイドラインでは、持続的な鎮静については本人がしたいと言ってても家族が嫌だと言ったらやらないというのが現在のガイドラインに書いてあることなんですね。そこではやっぱり家族の患者さんが亡くなった死後も悲嘆とか痛みとかかっていうものについての配慮があるので、そういう意味では患者さんのことだけ考えてればいいっていうものでもない緩和ケアの感覚をやっぱり高齢者の場合にも入れるとすると、まずは家族だけプラス、まずは患者だけ家族のことも考え、だって別にあえて反対はしないでしょ。

尾藤：そうなんです。なんで、もう我々もほとんど家族として話してないですよ。だから、そこは技能としてのうまく軟着陸していく上での対話のスキルで。

鳥羽：いや、私は家族を入れないと絶対。日本人の高齢者の調査で家族に面倒かけたくないっていうのは患者さんの第2位です。延命なんかいつも最下位ですけど。家族を除いた議論というのは、認知症でも家族の介護負担というのが今までずいぶん軽視されてきたけれども、そこに真正面家族っていうのをむしろ入れていくほうが日本人の文化に属した新しいエンドオブライフケアの考え方。西洋のほったらかして勝手に死ねっていう文化と違うんです、日本は。

清水：それは日本だけじゃなくて、そもそも向こうがそういうふうに変ってきてますから。向こうが最近来た人は、向こうの皆さんは、我々アメリカはAutonomyの国だと思ってるでしょうけど、そうじゃないんですよ。やっぱり我々だって家族の関係の中で物事を考えてるんだから、決してそういう社会の中での自分とか、あるいは家族の中での自分というものを関係なしに、私は私の道みたいな文化であるわけではな

いというふうに。

尾藤：じゃあこういう言い方どうですか。個々の事例についての最善の選択を行う上、個々の事例について最善の選択を行う上での検討を合意的に行うことができるっていう。

清水：なるほど。

尾藤：いかがですか。

鳥羽：それが技能ですか。

尾藤：これは脳の中でやってるのは、問題解決レベルの知識っていうことになるんですけども。なんで、それが対話とかになってくると技能になります。そこはあまりいいです。そんなにぎりぎりしなくても。技能でもあり知識でもあるっていう感じだと。

鳥羽：そうすると、知識の重要性のところなんですね。

尾藤：はい。たぶん要素として倫理規範とか法的規範とか、あとはそれこそ何か貯金のことだとか、いろんなこと考えないと最善の選択ってできないので、そういうことをちゃんと何を、このベストチョイスは何かっていうことを考えるときに、何を情報として引っ張っていったこの情報を吟味して、じゃあこうしましょうねっていう、この情報の収集の仕方、吟味の仕方、そして価値の交換の仕方っていうことについて習得できるっていうこと。習得していれば、そういうことができる。大半知識なんだけど、たぶんその知識を持ってアウトプットしていくことがすごくあるので、技能ともかなり重なる。

西川：少し私も発言いいですか。

鳥羽：どうぞ。

西川：さっきの本人か家族かっていう議論がありましたけど、とても大事なところだと思います。各々の議論は全く矛盾していない議論だと思います。

尾藤：そのとおり。

西川：それをどのように表現するか伝えていくかっていうだけの問題だと思います。僕は非がんの緩和ケアをずっとやってきて、現場レベルでずっと泥臭い仕事をやってきて感じたことは、最終的にはこんな考えでまとまりました。本人と家族の意向を尊重するっていう表現が、最初の頃は間違いないと思ったんだけど、ちょっと違和感があったのも事実なんです。

〇〇：ですよね。

西川：先生、許してくださいね。最終的なチーム内での合意は、本人の意向を尊重して家族の気持ちに寄り添うという、そういう一文でした。

鳥羽：それいいですね。

西川：だから、その一文に照らし合わせてみると、今の皆さんの議論は矛盾しないと思って、更に言うと、何かをして欲しいということについては、全ての本人の意向が叶うかっていうと、そうではないと思います。何かをしないでほしいということについては、最大限本人の意向が叶えられるんです。

尾藤：そのとおりです。

西川：何かをしてほしいということについては、個人の社会性があるから、社会に制限されていて、本人の意向を考えたいけど、できない場合があるということじゃないかなと現場では考えました。

尾藤：全くそのとおり。

西川：だから、先ほどの議論は、本人重視か、家族重視かという点でも、全く矛盾しない議論だったのではないかと考えました。

鳥羽：でも、文章に落とし込むときに。

尾藤：意向イコール最善利益ではないので。なので、ベストな選択をするということだと思うんですけどね。ベストな選択をする上で何を知らないといけなくて、それにどうやって価値をつけていくかということが出来る。ただ、そんなことできる人もものすごい偉い、ものすごい人なんですけど、いまだにできないんですけどね。まずざっくりとできるっていう。

清水：検討する。

三浦：検討する。

清水：あるいは、悩むでもいいですよ。それについて悩むことができる。

尾藤：そういうこと。そういうこと。

鳥羽：知識として個々の事例の特徴を捉えた選択肢を提示できる。

尾藤：はい。各個々の事例において最善の選択を行う上での要素を把握することができるとか。

：でも、最善っていうのは誰にとって最善なんですか。

尾藤：そこが最初の患者にとっての最善の利益っていったところをちょっと濁したんです。

：相手に言わないっていうこと。

尾藤：そうそう。濁したんです。

：個別性を尊重してっていう意味ですかね。

尾藤：個別性を尊重しているというのまたちょっと違う。

：違いますね。

尾藤：頭でっかちな原則論じゃなくて、もう現場の意思決定なんだっていう、そういうことを言っている。

鳥羽：個々の事例の特徴を捉え、最善の選択肢を提示できる。

尾藤：いや、提示する上での検討要素を。

鳥羽：逆ですか、文案が。良い選択肢を選ぶために個々の事例の特徴分析ができる。

尾藤：そういうことだと思います。そういうことだと思います。

鳥羽：特徴を分析できる。

尾藤：はい。はい。

鳥羽：よろしいですか。妥協案みたいになっちゃいましたけど。最善の選択肢を。

尾藤：それできたら相談員として、それだけでもうほぼ十分ちゃ十分なんです。

鳥羽：最善の選択をするために個々の事例の特徴を分析できる。いいですか。とりあえずしといて、あとまあちょっと変えてもらいましょうか。

：はい、はい。

鳥羽：知識 1、2 終わりました。技能が 3、4、5 残ってます。

尾藤：これは聞く、伝えるですよ。

鳥羽：どうでしょうか。

尾藤：聞く、伝える、合意する。

鳥羽：これができるとあとは本当のディティールになりますので、一番大切なことだと思います、これが。

尾藤：本人の意向と家族と心情。

：でも、ニーズの把握がきちっとできるということですかね。

尾藤：そういうことです。そういうことです。

：表面的なニーズの把握もできるし、この時期にこういうことが起こってくるだろうという専門的なニーズも本当のニーズはこれだっていうところをつかめると、現場では話が進みやすいっていう経験はしてるので、そういうニーズを聞き出す技能というか、それを持つというのは 1 つの技能だと思います。

鳥羽：なるほど。

尾藤：そのとおりですね。

：それができれば患者さんに対して。

鳥羽：具体的な文言としては。

：そうですね。ニーズがやっぱり先生、聞き出せるですか。リアルニーズを引き出せるっていうところですね。

尾藤：そうそうそう、そうです。

C：表面的に出ているニーズと、この時期に生じたニーズっていうのも、ただ何とかしたいっていうこれだけではなく、もうちょっと総合的なことのバックを考えた上でのニーズっていう。リアルニーズっていう言葉がいいかどうか分からないですけど、それを聞き取り把握できるっていうのは 1 つの力だと思います。ちょっと言葉が今一步ですいません。

鳥羽：最終段階におけるニーズを的確に聴取できる。聞くだけでいいですか。

尾藤：医療に対するですよ。

鳥羽：医療に対する。

尾藤：ケアか。ケア、医療。

：希望ですね。どう生きていきたいとか、どういう治療を受けたいかと。

：引き出せるっていう感じだと。

鳥羽：引き出せるっていうのと聞くと違いますもんね。

：感じとしては、僕は引き出せるっていうふう思う。

鳥羽：引き出せる。

尾藤：引き出すことができる。

：はい。

鳥羽：人生の最終段階における。

尾藤：本人、本人および。

：家族もですよ。

尾藤：家族を含めた介護者等。

鳥羽：役所みたいにならないでください。等を入れて。

三浦：等が。

尾藤：2 つだと等じゃだめなんです。

鳥羽：とにかく本人および……本人および介護にあたる者からニーズでっていう言葉使っていいんですか、カタカナ。あんまり好きじゃない。カタカナはやめたいんですけど、できるだけ。

尾藤：そうなんですよ。やっぱり日本語。

鳥羽：きれいな日本語で。

尾藤：はい。

：意向とはちょっと違うのかなあ。意向じゃない。

：意向とか。

三浦：意向ですか。

尾藤：そうですね。意向や事情ですね。意向や事情等を的確に把握することが、的確に引き出すことができる。

：希望言わなくていいんですか。

三浦：希望。ああ、希望。

：希望は入れたいほしいような。

三浦：意向や希望。意向や希望。

清水：意向をやめて希望だけでもいいんじゃない？

：希望っていうほうが一般的かもしれないです。両方並んでますけど。

鳥羽：希望と差し迫ったやっぱりしてほしいこと。希望に入りますか。希望を。

：病院にいたくないとかいうのも希望と捉えるか意向と捉えるかとか、それぐらいの話じゃないですか。

鳥羽：これとここで患者じゃなくて本人という言葉のほうがいいと思うんですけど、それでいいですか。

：本人と家族は並ぶじゃないですか。家族等にすることもかもしれないんですけど。おうおうにしてやっぱりその関係性の調整は問題

：引き出しといてあとで調整みたいな。

鳥羽：いや、患者じゃなくていいですよ。

三浦：本人ですね。

鳥羽：煩うは、じゃあなくていいですね。

三浦：いや、本人

：患者でないことも多々ありますからね。おじいさんっていう。

鳥羽：ラブドワンとかどうやって訳そうかと困ったんです。

尾藤：確かに。

鳥羽：当然愛する人と訳せないの本人と訳したんですけど。

尾藤：本人がいいと思いますけど。本人および一般家族という。

鳥羽：日本語にそういう愛するなんていうことは馴染まない。

：・・・

鳥羽：そうです。本人でいいですか、とりあえず。人生の最終段階の本人とケアにあたる者の希望を引き出せる。

：そうですね。

鳥羽：ちょっと不十分な語句はあとでご訂正ください。原案です。はい。あと2項目、技能があります。

：もう1つ、最終段階であるということを理解してるかどうかを聞かないといけないということで、議論をするにあたって。要は、ご本人がどういう。

鳥羽：意識ですね。

：どういう状態にあるかを始める、始め、何て言う、聞くことができる。たぶん実際に実践していつも感じることは、話出すのが一番大変なんです。そこは特に1つのコンテンツとして示したほうがいいというふうに思っていて、何と表現したらいいのか分からないんですけど、たぶんやっぱり最初が今の病状にとか、病気だけではないので、ご本人が。要は、そうじゃないと最終段階・・・できないんです。

鳥羽：分かりやすく言えば医者から言えば病識ですよ。

：まあそうですね。

鳥羽：病識そのものです。

：病状認識を尋ねるということがたぶん非常に重要だろうと思います。たぶん病状認識をしてご家族でそういう経験はないかとか、今までの人生で友だちでそういう経験がないかっていうふう聞いていくと思うので。

尾藤：伝えるということですね、基本は。

：そうなんですよね。

尾藤：ほにゃららについて伝えることができる。

：それでそっちへ行くんで。

尾藤：適切に伝えることができる。

：ニーズを聞き出すっていう行為。

鳥羽：その場合にはあれですか、置かれた状況が分かっていない人に分からせるっていう技能もあるんです。

：これはでも、そうする場合、通常逃げて来ますね。

三浦：逃げて行く。

：アドバンスケアプランニングとかこういうものは基本的にボランティアなもので、強引に行ってはならないという原則をやっぱ一番重要視するべきだと思うので、そこがまずコンピテンツとしてなっていないかならならないと僕は思うんです。

鳥羽：そしたら、この相談員には状態、病状認識に対してどの程度あるかを正確に把握して認識がある人にもみアプローチするという、そういうこと。

：そうですね。患者さんの認識を確かめ、話し合いを始めることができるという感じだと思います

：これで相談いつ、この患者さんは、この相談員と会うんですかね。

：そこですよ。

：それは難しい。

：だから、そういう質問が出て来るんですけど。

三浦：長いです。

鳥羽：患者さんは、ほとんど会わないということ。

三浦：長いです。すいません。いろんな段階……

：・・・

三浦：そうです。いろんな段階です。最後だけじゃないです。

：最後だけじゃないですよ。

三浦：ええ、最後だけじゃ。

：その時々、その時々置かれた状況っていうこと。

：そうです、そうです。

三浦：そうです。

：これから治療ができるかもしれないけど、その先は不安とかいう方もいらっしゃるということ。

：そう思います。

三浦：そうです。

：だから、結婚するときでもいいと思うんです。

：ああ、人生の。

尾藤：そうそうそうそう。

三浦：そうです、そうです、そうです。

：妊娠したときとか。

三浦：ええ。

：ああ、別で持って来るんですね。

三浦：ええ。

清水：私は逆に例えば認知症がある程度進んでいて、適切な判断とか選択はできないけど、痛いのは嫌だとか何かそういうことが言える、そのくらいはまだ言えるようなそういう方と、もうある程度話せるような・・・いるんじゃないかと思います。

：ああ。

清水：私はだから、ちょっとあとでこの厚生労働省のガイドラインが二分法で、この場合は家族、この場合は患者ってやってるのはものすごく気に入らないんですけど。

：確かに。

清水：そこで例えば何ていうかな、責任ある判断ができない方だってやっぱり人として分かる、残ってる力をやっぱりある限り聞くというような、それもやっぱり相談員の力になって、ちょっとそれは何か加えといたほうがいい話かなという気がします。

鳥羽：アドバンスダイレクティブとか、デスエデュケーションとか、小学生のときにやってもいいし結婚のときにやってもいいというようなお考えもありますが、今回は厚労省の結局健保適用をにらんだということ。

後藤：いや、そこまで具体的にはまだ。

鳥羽：たぶん結婚とか小学生のときは無理だと思うので。やっぱりある程度命が危なくなった状態での医療機関におけるということからスタートしていただいて。議論はすごく分かるんですけど、私も賛成ですからそちらのほうがいいので、そちらは提言として盛って別・・・。

：治療ができなくなったときのほうがいいんですか。もう治療できなくなったときのほうがいいのか、治療を始める前から考えているのか。

三浦：意思決定能力を考えると治療始める前からじゃないと意思決定能力残ってない方が大半になっちゃうんで、もう少し前からやっぱり出ないと。

：そうですね。

三浦：ええ。

：脳卒中とかでも。病気になったときにやる。

三浦：ぐらいでもいい。そのへんはもうここで議論していただければいいとは思ってたんですけども。いつからかっていう。

鳥羽：なる前でも本当はいいと思うんですけど。

：考えているのは、病気になってこれからどうしようとするこのへんのこと。

三浦：意思決定支援を重視してるので、だったらもう末期になってもう意思決定支援が非常に落ちてる人ばかり対象っていう話になると。

鳥羽：三浦先生、うちで例えば事前指示書もう何とかがって申し込むのは外来の人と入院患者とどっちが多い？

三浦：今、外来対象にしかやってこなかったんで。

鳥羽：ああ、そう。

三浦：入院対象やってもらって。

鳥羽：情けない。馬脚を現してます。

三浦：いえいえ。

尾藤：一般的にやっぱりシリアスな相談が始まる時って、3回目の誤嚥性肺炎で何かもう何か。今回も治りそうなんだけど、「ちょっともう何か足腰は立たんね、今回はみたいな」いうようなところからちょっと面談しますかみたいな話っていう感じですよ。

鳥羽：だから、ちょっとすいません。ご本人の置かれた病状認識を確かめ、話し合いを開始できる。

尾藤：はいはい。

鳥羽：とりあえずこれでよろしいですか。技術は。

尾藤：いいと思います。適切に開始。

鳥羽：それで、この相談時期についての議論は、ちょっと重要な事項なんでちょっとあと送りにしてもう1回蒸し返しましょうか。

尾藤：それはもう何かコンテンツの中の話でいいと思います。

鳥羽：ですから、適切な話し合いの時期は、易しいのは病気になる前が本当は一番易しいんです。まだ元気うちに。本当にもう死を直前に来たときに死を意識しているか何とかがって話をし、開始できるのは医師でも相当年輩の人じゃないと厳しいですし、ベッドサイドに行って「もうそろそろお迎え来ますからね、ちょっと決めときましょう」とか言えるのは、自分もそろそろお迎えが来る年にならないとなかなか言えないんですよ。若手の医者には。「いずれはわしも追っかけますから、そろそろ死に覚悟して決めること決めましょう。早くやりましょうね」と

か言って時間がないからなんて言えるのは、相当ずうずうしくないとはいえないし。

尾藤：コンテンツの中では、そういう、こういう場合こういう場合みたいな形でモジュールを組むことはすごくいいんじゃないかな。

：ですね。

尾藤：はい。

鳥羽：相談員の人だって若手が多いんでしょ、こういうの。

：うちは 35 前後。

鳥羽：本当は 60、70 の人がいいんですよね。

尾藤：確かに。

：近い感じがしますね。

鳥羽：退職した師長さんとかそういう人のほうが、すいません。よけいなこと言いました。技術、技能の 3。

尾藤：技能の 3 は、やっぱり意思決定というか合意形成だと思います。

：そうですね。合意形成。

尾藤：はい。何ととっても合意形成が、合意形成支援ですよ。それが何ととっても。

鳥羽：合意形成を支援できる。

尾藤：支援できる。

鳥羽：はい。

尾藤：難しい倫理的問題を多分に含む意思決定についての。

鳥羽：ありがとうございました。

：実際トリートメントデジションをするということですよ。

尾藤：合意形成を支援に。

鳥羽：相談員の役割の能力、こういうことができるって非常に明らかになって、それだけでもほとんど今日の目的を達してしまっただけで終わりにしてもいいですけど、そうはいかない。

尾藤：その 5 項目できたら、相当スーパー相談員。すごい人です。

鳥羽：じゃあそれに応じて、今の決まったのをもう 1 回読まさせていただきますと、最善の選択をするため個々の事例の特徴を分析できる。知識です。2、知識 2。意思決定の困難性の要素を列挙できる。3、技能は、人生の最終段階における本人とケアにあたる者の希望を引き出すことができる。技能の 2 は、ご本人の病状認識を確かめ話し合い、ケアというか、話し合いを開始できるんですね。最後が何とかのための合意形成をできる。これ何とかのって入れなくていいんですか。単なる合意形成ができる。

尾藤：いや、やっぱり何か何ですか、難しい……医学的な側面では困難な医療の選択に関する合意形成を支援することができる、こんな感じでしょうか。

鳥羽：医療選択だけでしたっけ。違う？

清水：必ずしも困難でなくてもいい。

尾藤：まあ困難でもなくてもいいですがね。

清水：ケアについてとかね。

A：今後の医療や生活に関する方針についてという。

鳥羽：今後の方針にしていいですか。はい、はい。今後の方針について合意形成ができる。あとはこれにあたって、ちょっと気になることが 1 つだけあるとすると、合意形成ができるという中には、ご本人とケアにあたる者以外に相談員以外の医療関係者、コメディカルチームというものがあるんですが、それらのそれとよく連絡を取り合って合意形成ができるということは、この技能のところの説明のところに書けばいいことなんです。

尾藤：いや、何かそれ入れたほうがいいと思います。すごくいい言葉です。やっぱり関係者との。

鳥羽：根回しができるっていうこと。

尾藤：はいはい、そうです、そうです。

：5 に含んじゃう。

尾藤：関係他職種。まあ他職種の意見を聴取しながらとか。

鳥羽：合意形成のための根回しができる。

尾藤：プロセスガイドラインにも多職種ってばしっと書いてあるので。

三浦：そうですね。

：1 つ立ててもいいかもしれないですね。それぞれのやっぱり見ている人たちの思いとかもお医者さんの看護師の目とかみんな。

鳥羽：視点が違いますからね。

：視点が違ったり。

鳥羽：医者と看護師さんと。

：そうですね。技能に 1 つ加えてもいいかもしれない。

鳥羽：6 つにしちゃっていいんですか。

尾藤：いいですけど、どうですかね。私いろんな視点を加えるっていうことは、合意形成を目指しているんで、いろんなやっぱり多職種の意見を聴取しながら合意形成を支援することができるっていうのも。

鳥羽：じゃあ合意形成を今後の方針について、多職種の意見を聞き合意形成ができる。

尾藤：はい。はい。いいと思います。

鳥羽：いいですか。はい。聞きか、まとめか知りませんが。聞きにしとしましょう。

清水：例えばこの相談員の役割のもの案には、倫理委員会の活用とかいうことも書いてありましたでしょう。これも合意形成をするときに、こういう場合は、じゃあ倫理委員会に聞こうとかっていうのもその中に入りますので、多職種の意見を聞きつついうだけ、かえって入れないほうがいいんじゃないかって感じがするんですね。

鳥羽：なるほど。じゃあこれは。

清水：いろんなことがありますから。

鳥羽：この5つの普通書きますね。教育の先生方にお聞きすると。それはあまり説明がないものなんですか。

尾藤：そこは、もう意図によります。ここ協調したいとか、ここそんなに協調しなくてもいいとか。

鳥羽：例えばこれドーンと出ますよね、まずスライドに。

尾藤：はい。

鳥羽：1の意味とか2とかこう、また説明していくものなんですか。そうじゃなくてあまり説明がない。

尾藤：説明はないですね。ただ、この5つを達成するために、こういうコンテンツをつくったというのが合理的に、ああ、こういうことになってんのかっていうことが分かればいい。

鳥羽：いや、分かるんです。例えば1のための①のコンテンツがずらっと出て来ますけど、その1の大タイトルの下にこれはこういうものですよっていう、ちょっとした簡単な説明があったあと実際のこういうのが始まるのか、なくてもいいっていうことですか。

尾藤：そうじゃないんです。なくていいんです。ここまで具体的であれば。

鳥羽：ですから、一旦説明が許されるのであれば、先ほど清水先生の言った合意形成のプロセス形成のためのどのような個人あるいは委員会や何々とか、そういうものが入ることができる、あるっていう実例を示すことができるし、なければ資料として#の1から5までつくって説明するっていう方法もありますけど、どういたしましょうかね。

尾藤：ここはもう協調、どこまで協調。他職種とか倫理サポートチームっていう言葉を協調したい場合は、もう目的の中にコンッと入れちゃって協調できます。

清水：そのあとのプログラム構成の仕方と連動するんじゃないですか。そのあとのほうでこういう力ができるっていうことを念頭に置いたプログラムっていうような構成になっていると、そのプログラムを見ればいいわけですから。

鳥羽：プログラムを見ながらいきましょうか。ちょっとじゃあ遅れてきた班員及び協力者の方いますので、今日ここまでのこと簡単にお話ししますと、まず最初に本研究班の設立の背景の目的と今日の討議の概要について西川先生からお話がありまして、最終ページにあります相談員教育プログラム項目と時間配分案ってこの叩き台について検討に移ろうとしたところ、やはりどういことを達成するかということを5項目で明示したほうがいいという動議がございまして、それに応じて今5項目の重要な達成事項を先ほど読み上げましたとおり、知識2、技能3つといったものを挙げて、おおよその合意を得たところです。その知識2、技能3について、これからのプログラム案がそれに合致しているかどうかを見るとともに足りないところがあるかどうかディスカッションしていただく。こういうところまで運んで来ましたが、よろしいでしょうか。

：はい。

鳥羽：それでは、最終的な1から11のどこまで、先ほどの1から5に照らし合わせましてどのような形でもいいから。いいんですか、これで。それとも1から5までを順番にやっていったほうがいいですか、先ほど。1から5までどこに当てはまるかということも1、5、1、2とか番号振って行って、ようにしますか。どうしますか。

尾藤：そういうやり方でもいいかもしれませんが、たぶん何かほかの中でもいくつか分かれちゃうと思うんで、皆さんもう何かすぐ頭の切れる方々ですから、たぶんざっくり地図を。

鳥羽：はい、分かりました。どんどん意見言っていたらエクセルで整理するのは、先生に任せると、そういうことですね。

尾藤：そういう感じでいいんじゃないですか。

鳥羽：参加者の班員の方、一番楽な方法になりました。どうぞご自由にやってください。ご発言ください。ちょっとこれはあらかじめ渡す時間なかった。

西川：はい、そうです。

鳥羽：今日初めて見ていただく？

西川：はい。そうですね。

鳥羽：そうですね。

清水：ちょっと先ほど言っちゃったので訂正も含めながら申し上げる、意見言いたいんですけど、この厚労省の終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインの扱いなんですけど、私はこのガイドラインを普及するっていうようなことを中心にやること自体は反対してるわけじゃないんです。ただ、このガイドラインをどう運用するかとか、どういう解釈するかっていうところで例えば私が関係しておりました老年医学会のガイドラインでは、本人の意思確認ができるときは本人と話し合う。本人の意思確認できないときは、家族と話し合うというこの二分法を少し変えたわけですね。そして、その変えた内容をこの厚労省のガイドラインのつくったときの座長である樋口先生に見せて「こういうふうにしたんですけど」って言ったら「うん。私はこういうことが言いたかったんだ」って言われた。つまり、特に高齢者の方の場合、先ほどから鳥羽先生もおっしゃる通りに、本人の意思確認ができるときは、じゃあ本人と話し合っただけで家族を排除していいのかということ、そうはいかない。これはもう高齢者じゃなくたって、これ日本じゃなくてもアメリカでもそうらしいけど、特に日本で本人の意思確認できるから本人と話し合えばいいでしょうっていうのは、ちょっと一時代前か二時代前のものの考え方で、今はやっぱり家族だって当事者で本人がどうするかによって家族はえらく影響するわけですから、家族も一緒に話し合いながらその家族が本人のことをあんまり考えずに、自分たちの都合ばかり言うようだったら、その話し合いの中でそこをどういふうにやっていくのかというのがうまく家族に本人の最善のほうに気持ち向け変えんのかっていうようなことが話し合いの中で話されて然るべきだし、逆に本人の意思確認できないといっても先ほど申しましたように全くできない、意識不明とかいうのは別ですけど、認知症が進んでいて理性的な判断できないけれども、まだ感情でそんなこと嫌だとかっていうような気持ちが残っているご

本人のことは、やっぱりそのご本人の力に応じた対応をやっぱりして然るべきだと思うわけですね。ですから、この厚労省のガイドラインを解釈っていうか、そういうところでそういうようなことも含めて、本人の意思を本当に尊重するっていうことはどういうことなのかっていうような解説というか研修会での使い方をさせていただけるといいんじゃないかなと。

鳥羽：もちろん内容にももちろんプロセスノートのことも使わせていただきますし、体系の1と2の間に6年間もブランクがあるんですね。

西川：はい、そうです。

鳥羽：その間じゃあ何もされてこなかったというようなことは、例えば清水先生のやられたことに対して失礼な気がします。そのへんのことがやはり今の発言にも隠されているわけです。

清水：・・・

尾藤：厚労省ガイドラインをいかに現実でうまく運用するかっていうのは、もうロールプレイがやっぱり非常に優れているので、ロールプレイで実はこういうことをやるんだよってやっちゃえば、たぶん、あ、そうか。こういうのは継続的に物事を相談していくことだったり、多職種のことを聞くことだったら、何かお手上げだったらちょっと第三者の助けを借りることだったりするのって、こういうことねっていうのはロールプレイでやるといいと思います。たぶんそれでできちゃいます。ただ、私ここで1つ知識ベースでやっぱりちょっと詰め込むべきかなと思うのは、基本的な倫理規範上のジレンマとか、そういうものの考え方というか、もう本当にピーチャムアンドチルドレス的なもう本当の基本の基本ですね。そういうものがなくて何て言いますか、よってたって何してる話が全然分かんないので。その知識は、やっぱりどっか詰め込まないとは思いません。

鳥羽：じゃあちょっと具体的に、どのへんのどこのことをご指摘？例えばこの最終ページですね。

尾藤：これどこになるんですかね。法と倫理になる。

鳥羽：大項目の。法と倫理のところ。

尾藤：これもだいたい前に入ってきて。

鳥羽：前のがいいってということですね。

：そう。すごい前のほうがいいですね。

尾藤：まず相談する際にこういうこと知ってないと相談できないからねっていう。

鳥羽：じゃあこの9は、割合もう開催にあたっての次ぐらいに来てもいいと。

尾藤：と思いますね。

鳥羽：厚労省のガイドラインより前に来てもいい。

尾藤：うん。これないとガイドライン何意味してるかよく分からないです。

鳥羽：はい。

三浦：この倫理のさっき言われた規範ってピーチャムアンドチルドレスがいまだに標準なんでしょうか。よく分からないです。そのあとに入れるんですか。

清水：医学会ではみんなあれを長く使ってらっしゃいますよね。

三浦：4つの倫理ですね。

清水：でも、私はいわゆる古い時代の考え方を反映しているものだと思いますが、ピーチは今でも自立尊重でやっていけると思ってるわけです。

尾藤：確かに。古いですよ。

三浦：古いですよ。

尾藤：もっとハーモニーをやっぱり。

清水：特に自立尊重とばかり言っていると。そうそう、ハーモニーとか、あるいは社会の中で人は生きてるとかというようなことが盛り込まれ、かつ看護系の方も一緒にするときにもうちょっと看護系の方は相手に対するケア的な精神とか、そういうようなものを大事にする。これはお医者さんだって大事になさってると思うんですけど、そういうものを入れるには、みんなそれぞれ自分で自分の道を入れりゃいいだけじゃなくて、相手を人として尊重するというようなあり方を入れたほうがよろしいんじゃないだろうかと思えます。

鳥羽：すいません。その前に先ほど先生のご提案であったことは、大項目の3ですね。タイトル。これ書ける？ここへ。

清水：そうです。大項目の3のところですよ。

鳥羽：厚労省終末期医療決定のプロセスに関するガイドラインを踏まえた意思決定プロセスの考え方という形にタイトルを直し、ここところは清水先生に特に中心にそのへんを書いていただくことによって、いろいろ今までのその間の意思決定の考え方の変化や学問的な成果、あるいは市民への啓発の広がりなどもありますので、ここところはそういうふうに先生にお願いするということでもいいですか。

西川：はい。

鳥羽：それで先生、だいたい。

清水：はい。

鳥羽：先生のおっしゃることすべて含まれると思います。すいません。あとその次の先生のご発言はこの場所でしたっけ、先生の。

清水：いや、法と倫理にということについて尾藤先生おっしゃったので。

鳥羽：ああ、法と倫理。尊厳死法案が今出てんじゃなかったでした？国会、議員立法で。

後藤：今、議連が動いているところから出るかとかいうところですよ。

尾藤：そのあたり、また細かい話になっちゃうんであれですけど。今の清水先生と関連するんですが、9番と6番と関連してくるんですが、ナラティブメデイエーションの何かレクチャー的なものは入れるかどうかというところですが、MSWとナースは、おそらくナラティブメデイエーションについてレクチャーをどっかであるんですよ、何か。

鳥羽：ありますか。昔の人もある？60歳、70歳の方。ただただ知らない。

尾藤：ただ、今倫理的判断というのがナラティブの文脈を入れていかないと、ちょっとアウトね、時代が古いことになってきているので、どっか

でやっぱりナラティブの話のことを知識ベースで。

三浦：それたぶん清水先生が一番、ガイドラインにも入れておられたような、日本老年医学会の。

尾藤：はい、そうですね。

三浦：違いましたっけ。

尾藤：それはやっぱり何かモジュールであるといいかなと思います。

鳥羽：コミュニケーションのところですか。

尾藤：そこ、どこに入れるかなんですけど、ナラティブはコミュニケーションツールとして重要なんですが、まず知識っていうことであれば何か法と倫理のあたりのところで。

鳥羽：法と倫理ですか。

尾藤：どこで入れてもいいと。コミュニケーションかもしれません。

：でも倫理でもありますよね。

尾藤：はい。

鳥羽：なるほど。もともとこの話題が倫理にすぐすべて絡んでるので。

尾藤：そうです。

鳥羽：広く取られると・・・の中に入っちゃう。

尾藤：何か人が問題ではなく問題が問題であるみたいな、そういうわりとナラティブの基本的なことを何か対話のスキルの中でも。知識の、知識ベースでやっぱり1時間ぐらいはあったとほうがいいと思います。でも、ちょっと実習があってそれ。これをナラティブを意識してやるとういう会話になるのか。

鳥羽：ロールプレイでできますか。

尾藤：できます、できます。

鳥羽：ロールプレイでやったほうが、知識だとちょっと固くなってきつくないですか。

：ちょっとわけの分かんなく・・・

尾藤：ロールプレイを確実に取り入れたほうがいいと思います。だから、あなたはそういう人だって絶対に言わずにこれを対話しましょうとか。そういうことです。

三浦：これ先生、ピースでやってるコミュニケーションのロールプレイとか、それとの違いってのはあるんですか。そういうものを。

：全然、全然違う。

三浦：全然違う。

：全然違う。

三浦：全然違うっていうことですね。

尾藤：はい。

三浦：全く違う。全く違う。

尾藤：ここちょっと強調。

三浦：ああ、そうなんですか。全然違うって。

尾藤：いわゆる接遇と真逆の方法論みたいな。

三浦：ああ。

：確かに実際にはナラティブってというのは本は読むでしょうけど、実際にどうなのか。何とかがあるのかってというのは、ちょっともうひとつピンと来てないんですけど、あれナラティブってというのは要は語らせるっていうことを出しておっしゃってるんですか。

尾藤：いえ、違います。ごめんなさい。あまり細かいとこ入っちゃうとあれなんですけど。

：そうですね。

尾藤：人には人の物語があって3人いると3つの物語で、この実は1つの現場は進行しているっていうことを共有するっていうことですね。でも、決めないといけないのはここにある外側のほうだから、外側のものに目を向けながら、向けて、外側のほうに目を向ける上では物語が外に出て来ないと物事が進行していかないってそういう話になります。

鳥羽：コミュニケーションの中でいいんですか、ところで最終的に分類していただかないと困る。

尾藤：本質的にはコミュニケーションです。

：何か理解ですよね。だって、そうすると結局一緒に物語を書くわけじゃないですか。

尾藤：そうそうそうそう。

：そういう視点を書けるかどうかですよね。

尾藤：そう。でも、たぶんこの中ですごくたぶん重要なモジュールになると思うんですけど。

清水：その表題を人生の最終段階っていうふうにおっしゃったことにおいて、物語ってというのが非常に強調されることになるものですよ。

：うん、なると思う。

清水：人生って言っちゃったら物語として語られるような。

：素晴らしいと思うんです。

鳥羽：この相談員がいったいどのぐらい相談した場合に1回しか取れないとか何回に分けていいのか。ナラティブの場合の物語となると、数時間要することもあるかもしれないし、そうすると分割払いじゃないとだめで20分だったら、ここまでで物語はおしまいです。中学生まででしたっていうことになるのも良くないし。ですから、そのへんのどういうふうな形でやるか。

清水：どっかにアドバンスケアプランニングの話をお書きになってますよね。