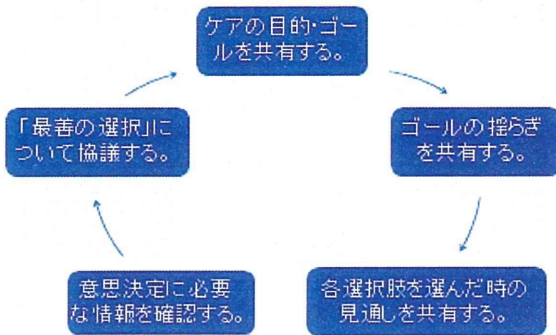


## 合意形成に関する対話



H25-特別-指定-036 研究分担者 尾藤 同

E

D

## 意思決定に必要な情報

- 医療行為の開始・継続・差し控え・中断が患者の健康状態にもたらす効果とリスク
- 医療行為や医療環境が患者の生活に与える影響
- 患者の選好
- 各関係者の選好・推奨
- その他（利用できる医療資源など）

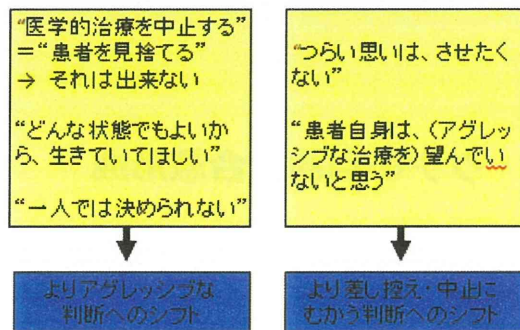
H25-特別-指定-036 研究分担者 尾藤 同

E

D

## 遺族調査の結果： 家族としての気持ちの揺れ

\* 尾藤班資料



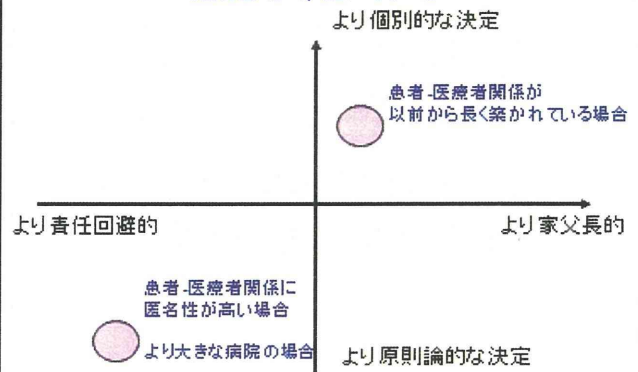
H25-特別-指定-036 研究分担者 尾藤 同

E

D

## 意思決定パターン

\* 尾藤班資料



H25-特別-指定-036 研究分担者 尾藤 同

E

D

## 意思決定に影響を与える因子のまとめ

\* 尾藤班資料

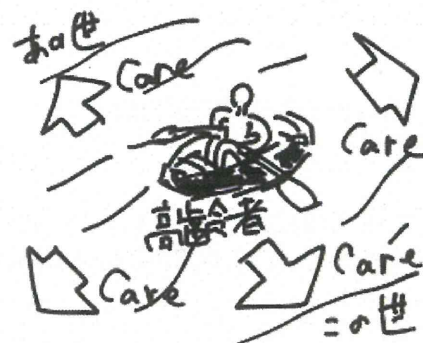
因子	意思決定への寄与度	積極的/消極的材料	意思決定パターン
医師が持つ、「延命治療」に対する元々の見解	高い	消極的	常に積極的治療への判断
中止・差し控えに対する法的危険、標準執行監視としての危険	非常に高い	積極的	
慣例	非常に高い	両方	前例に基づいた判断
家族の意向	高い	やや積極的	
患者のQOLや業績	中等度	消極的	「あうんの呼吸」できる判断
医学的な回復の可能性	低い	両方	
患者自身の意向の推測	低い	両方	

H25-特別-指定-036 研究分担者 尾藤 同

E

D

高齢者のケアに関わるということは、三途の川に浮かぶボートに何らかの力学を加えること



H25-特別-指定-036 研究分担者 尾藤 同

E

D

## 重要な医療判断を行う際の チェックポイント \* 尾森班資料

治療を開始すること、続けることの医学的な有効性や、将来の改善の可能性について、十分検討されたか？

患者自身の意向に関する情報は十分に入手されたか？  
患者が意思疎通不可能なときは、間接的な情報がさまざまなコミュニケーションを通して入手・検討されたか？

治療行為が与える患者への苦痛や、尊厳への影響について、十分検討されたか？

上記の情報や査定が、医療提供側と受療側で共通認識として理解されているか？

上記の情報や査定が、倫理委員会など担当医療チーム以外のグループによる見解と一致しているか？

H25-特別-指定-036 研究分担者 尾森 同 Implementing End-of-Life Discussion

## 「患者にとっての最善の利益」 の考え方

H25-特別-指定-036 研究分担者 尾森 同 Implementing End-of-Life Discussion

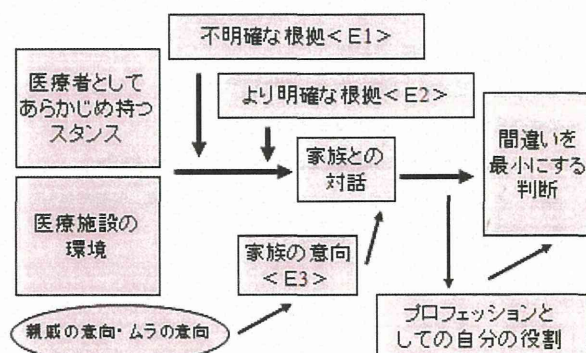
## 患者の最善利益査定について 考慮されるべき要素

(BMA's handbook of ethics and lawより抜粋)

- (事前意思を含む) 患者自身の希望と価値観
- 患者の希望に影響を与える、宗教的・文化的事項等に関する患者の見解
- 患者が何を利益とみなすかに関する、患者に近い人々、親族、介護者、または代行意思決定者の見解
- 提案されている治療法と他の選択肢を考慮したうえでの相対的効果に関する臨床的評価
- 治療が行われた場合の改善の可能性と程度の大きさ
- 治療の侵襲性の正当性
- 患者が改善不可能な重度の痛みや苦痛を経験している可能性

H25-特別-指定-036 研究分担者 尾森 同 Implementing End-of-Life Discussion 33

## 意思決定プロセスのモデル \* 尾森班資料



H25-特別-指定-036 研究分担者 尾森 同 Implementing End-of-Life Discussion

## 医療者の事前スタンス

- 主治医があらかじめ持っている、終末期患者や脆弱高齢者に対するアグレッシブな医療へのポジティブ・ネガティブなイメージが、最終的な意思決定に大きく影響している。
- 事前スタンスの影響を小さくするためには、早期からの多職種での相談が必要になる。

H25-特別-指定-036 研究分担者 尾森 同 Implementing End-of-Life Discussion

## E1：判断根拠の多くは、不明確である \* 尾森班資料

- 医学的根拠
  - 侵襲的な医療介入により、患者はどこまでよくなるか？
- 法的・倫理的根拠
  - 侵襲的な医療介入は（よくなるにしろ、よくならないにしろ）中止することができるか？
  - 侵襲的な医療介入を行う義務が自分にあるか？
- 患者自身の意向
  - 侵襲的な医療介入を患者は望んでいるか？

H25-特別-指定-036 研究分担者 尾森 同 Implementing End-of-Life Discussion

### E1: 以下の重要な検討事項は、 査定困難である

\*尾藤班資料

- 患者のQOL
  - 胃ろうの進設などは、ある一面では患者のQOL上昇に寄与するかも。
- 患者の尊厳
- 家族や医療者の、患者への愛情
- 患者側・病院側の金銭的負担

H25-特別-指定-036 研究分担者 尾藤班同 I Implementation E D Discussion

### E2: より明確な、原則論に準じた根拠

\*尾藤班資料

- その1: "患者が回復する見込みは0%ではない"
- その2: "病院は病気を治すところである"、"医療者は人を助けることを目的としている"

H25-特別-指定-036 研究分担者 尾藤班同 I Implementation E D Discussion

### E3: 代理決定者としての家族の意向

\*尾藤班資料

- 代理人としての根拠はあいまい
- もともとの医療者と患者・家族との関係性にもよる。
- 家族の意向は、その地域の世間の意向も反映される。
- 多くは「最終的に家族の意見には従わざるを得ない」と認識
- 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導かれる。

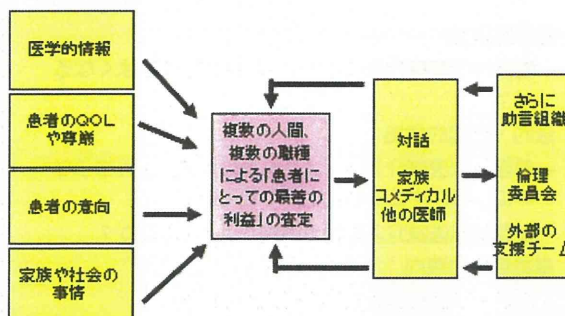
H25-特別-指定-036 研究分担者 尾藤班同 I Implementation E D Discussion

### 最善利益の査定において 家族がもつ二つの役割

- 患者の声を代理するもの
- 患者のことを大切に感じ、世話するもの

H25-特別-指定-036 研究分担者 尾藤班同 I Implementation E D Discussion

### 患者の最善利益査定のプロセス



H25-特別-指定-036 研究分担者 尾藤班同 I Implementation E D Discussion

表3 「患者にとっての最善の利益査定」のプロセス評価: 10項目

\*尾藤班資料

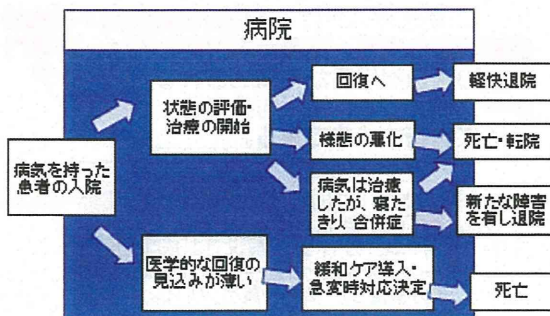
プロセス項目	対象項目	達成数(達成率)
◆ 患者自身の病状理解に関する情報が記載されている。	23	7 (30.4%)
◆ 患者の意思決定能力の判定の有無が行われている。	25	15 (60.0%)
◆ 患者の治療方針に対する意向が記載されている	21	5 (23.8%)
◆ 患者の身体的・精神的苦痛が記載されている。	23	22 (95.7%)
◆ 患者の見当識に関する情報が記載されている。	27	25 (92.6%)
◆ 「患者が何を利益とみなすか」に関する、患者に近い人々（特に親族、パートナー、ケアにあたっている人または代理意思決定者）の見解が記載されている。	27	17 (63.0%)
◆ 患者の家族の治療方針に対する意向が記載されている。	26	20 (76.9%)
◆ 患者の代理意思決定者が誰なのかについて記載されている。	27	27 (100%)
◆ 患者の死亡1ヶ月以内に、担当医療チームが最善と考える医療方針が記載されている。	27	25 (92.6%)
◆ 患者の死亡1ヶ月以内に、担当医療チームが最善と考える医療方針についての情報が、患者と家族に提供されている。	27	25 (92.6%)
全プロセスにおける平均達成率		72.8%

H25-特別-指定-036 研究分担者 尾藤班同 I Implementation E D Discussion

## 合意形成における ナラティブ

H25-特別-指定-036 研究分担者 尾崎 潤一 Implementing End-of-Life Discussion

## 病院は、病院が持つ「ドミナント・ストーリー」に支配されている。



H25-特別-指定-036 研究分担者 尾崎 潤一 Implementing End-of-Life Discussion

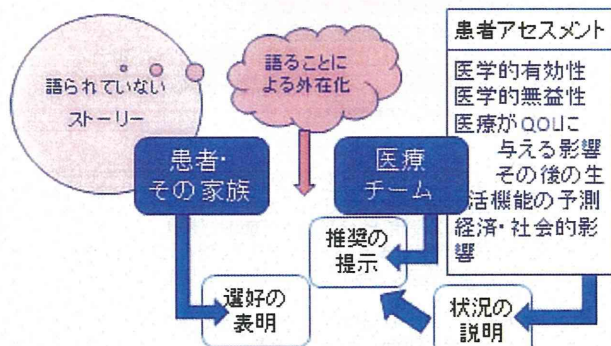
## 患者や家族は、「語られないストーリー」を持っている。

- “長男が東京から実家に戻り同居を開始して3年”
- “嫁と姑の微妙な関係から和緩へ。ただ土地の人になれていない。”
- “働かない父親。世話はいやじゃない。”
- “一番下の孫は高校受験を控えている。”
- “そんな時に姑が突然の倒れ入院”
- “医師から「どちらに行ってもいばらの道だけどうしますか？」と宣告される。”
- “介入的で、責任を乗たさない遠い親戚たち。”

そして今ここにいる。

H25-特別-指定-036 研究分担者 尾崎 潤一 Implementing End-of-Life Discussion

## 合意形成における ナラティブ・アプローチ



H25-特別-指定-036 研究分担者 尾崎 潤一 Implementing End-of-Life Discussion

L4

人生の最終段階にある人に対する  
ケア提供方針決定のプロセス

厚生労働省「終末期医療の決定プロセス  
に関するガイドライン」(2007年)

H25-特別-指定-036 研究分担者 清水 健郎 Implementing End-of-Life Discussion

## 終末期医療の決定プロセスに関する ガイドライン

### 1. 終末期医療及びケアの在り方

- 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たうえで、終末期医療を進めることが最も重要な原則である。

☆「適切な情報」:「医学的妥当性・適切性」を備えていること②、人の生活や人生にも配慮したものであることを含む。  
 ☆「本人の決定を基本」とする背景:「医療従事者からの押しつけにならないように」という配慮/決定を本人に丸投げすることではない。  
 ☆「患者が医療従事者と」は、「家族と一緒に参加すること」を排除しない。

H25-特別-指定-036 研究分担者 清水 健郎 Implementing End-of-Life Discussion

終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン  
1 終末期医療及びケアの在り方 (続)

② 終末期医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、多専門職種<sup>②</sup>の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。

- ☆「開始」、「不開始」、「中止」は、現在の用語では、「開始・導入」、「見合わせ」、「終了」が適切。
- ☆「医療・ケアチーム」：ガイドライン解説では「医師、看護師」の他に「ソーシャルワーカー」を例にとり、チームに別の職種が加わっている場合は、その職種もチームの一員としている。
- ☆主治医、担当医だけで決めないよう注意。

H25-特別-指定-036 研究分担者 清水 穂部

E D

終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン  
1 終末期医療及びケアの在り方 (続)

- ③ 医療・ケアチームにより可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

- ☆③：「緩和ケア」の考え方を簡略に提示。前半は「症状コントロール」で医学的介入が中心。後半は、患者と家族双方を対象とするケア＝医学的介入以外の対応が中心。
- ☆④：「安楽死」について可とも不可とも言わないという趣旨。

H25-特別-指定-036 研究分担者 清水 穂部

E D

2. 終末期医療及びケアの方針の決定手続

終末期医療及びケアの方針決定は次による。

(1) 患者の意思の確認ができる場合

- ① 専門的な医学的検討を踏まえたうえでインフォームド・コンセントに基づく患者の意思決定を基本とし、多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームとして行う。

- ☆「インフォームド・コンセントに基づく患者の意思決定」は、このままでは意味不明。おそらく、ここでは「インフォームド・コンセント」を「医療側から患者側への説明」という間違った意味で使用。
- ☆「患者の意思決定を基本とし」、「医療側からの押しつけがましいように」という姿勢の表現。患者に「さあ、選んでください」と丸投げしているわけではない。
- ☆「医学的検討」だけで何が最善かは決まらない。本人の人生のあり方に照らして、最善の判断の個別化が必要。

H25-特別-指定-036 研究分担者 清水 穂部

E D

終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン 本文  
2 終末期医療及びケアの方針の決定手続 (続)

- ② 治療方針の決定に際し、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その合意内容を文書にまとめておくものとする。上記の場合は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて、また患者の意思が変化することであることに留意して、その都度説明し患者の意思の再確認を行うことが必要である。
- ③ このプロセスにおいて、患者が拒まない限り、決定内容を家族にも知らせることが望ましい。

H25-特別-指定-036 研究分担者 清水 穂部

E D

- ②
- ☆「患者と医療従事者とが」：患者が一方の当事者であることは動かない。しかし、家族も多くの場合当事者。その場合は、家族も意思決定プロセスに参加する。
- ☆「患者が意思決定を行い」：「医療側が押しつけてはいけない」であって、「医療側は意思決定に参加しない」ではない。
- ☆意思決定を一旦したからといって、それを固定的に考えない
- ③
- ☆本人と家族の関係は多様。不和であったり対立関係にありたりすることもある ⇒ 家族であればいつでも意思決定プロセスに参加してもらおうということにはならない。

H25-特別-指定-036 研究分担者 清水 穂部

E D

終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン 本文  
2 終末期医療及びケアの方針の決定手続 (続)

- (2) 患者の意思の確認ができない場合：患者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。
- ① 家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ② 家族が患者の意思を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるかについて家族と十分に話し合い、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ③ 家族がいない場合及び家族が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

H25-特別-指定-036 研究分担者 清水 穂部

E D

☆ 患者の意思確認ができない場合を3通りに分けて指針を提示—いずれにしても

「患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする」と、目指すところは同じ。

☆ 「患者の意思を推定する」には、個別の選択についての事前指示等により意思を推定することもあるが、むしろ「どういう人生を送ろうとしてきたか」、「どういう価値観をもっていたか」といった基本的な意思を推定してこそ、本人にとっての最善を判断できる。⇒

「本人意思の推定」=「本人の人生にとってどうすることが最善か」の検討。

☆ 家族と話し合うにせよ、医療・ケアチームが独自に検討するにせよ、本人の人生の物語りを探る。

身寄りがない場合のように、本人の人生を探る手立てがない場合 ⇒ 一般的、平均的な人生を想定して最善を検討。

H25-特別-指定-036 研究分担者 清水健郎 I E D

## 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン 本文 2 終末期医療及びケアの方針の決定手続 (続)

(3) 複数の専門家からなる委員会の設置：上記(1)及び(2)の場合において、治療方針の決定に際し、

① 医療・ケアチームの中で病態等により医療内容の決定が困難な場合

② 患者と医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合

③ 家族の中で意見がまとまらない場合や、医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合

等については、複数の専門家からなる委員会を別途設置し、治療方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

H25-特別-指定-036 研究分担者 清水健郎 I E D

☆ 専門家からなる委員会の活動は、うまく機能すれば医療・ケアチームの負担を軽減する。

☆ 委員会には、一般市民を代表するような方にも入ってもらう。

☆ 委員会は、チームと一緒に考える姿勢で、検討をすることが期待される。決して、チームを指導したり、こうせよと上からの判断を下すものではない。

☆ 医療・ケアチームが自ら解決できるに越したことはない。安易に委員会に頼るようなあり方は、チームの問題解決力を向上させないので、望ましくない。

H25-特別-指定-036 研究分担者 清水健郎 I E D

## 日本老年医学会の 意思決定プロセスガイドライン

☆ 老年医学会のガイドライン

「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン

—人工的水分・栄養補給の導入を中心として—

は、厚生省ガイドラインを受け継ぎ、これを臨床現場の実情に合わせて拡充したもの：

### 1. 医療・介護における意思決定プロセス

医療・介護・福祉従事者は、患者本人およびその家族や代理人とのコミュニケーションを通して、皆が共に納得できる合意形成とそれに基づく選択・決定を目指す。

H25-特別-指定-036 研究分担者 清水健郎 I E D

## 老年医学会のガイドライン(続)

1.4 患者本人は、合意を目指すコミュニケーションに、いつも自発的に理解し、選択する主体として参加できる(=意思確認ができる)とは限らない。そこで：

(A) 本人の意思確認ができる時

① 本人を中心に話し合っ、合意を目指す。

② 家族の当事者性の程度に応じて、家族にも参加していただく。また、近い将来本人の意思確認ができなくなる事象が予想される場合はとくに、意思確認ができるうちから家族も参加していただき、本人の意思確認ができなくなった時のバトンタッチがスムーズにできるようにする。

☆ 家族が当事者である場合は参加するという点は明瞭済み

☆ 当事者でない場合も、家族の参加口まバトンタッチの並走期間という意味もある。

H25-特別-指定-036 研究分担者 清水健郎 Implementing End-of-Life Discussions

## 老年医学会のガイドライン(続)

(B) 本人の意思確認ができない時

③ 家族と共に、本人の意思と最善について検討し、家族の事情も考え併せながら、合意を目指す。

④ 本人の意思確認ができなくなっても、本人の対応する力に応じて、本人と話し合い、またその気持ちを大事にする。

☆ 「本人の意思と最善について検討」についても、すでに明瞭済み。

☆ ④: 本人の意思確認ができないという場合のうち、本人が責任ある判断ができなくなっているが、何らかコミュニケーションする力は残っている場合について言及。認知症が進んで、理性的な判断ができなくなっているが、まだ、好き嫌いの感情は残っているような場合。本人を尊重することよ、カヤの外におくのではなく、残存能力に応じた話し合いをすることである。

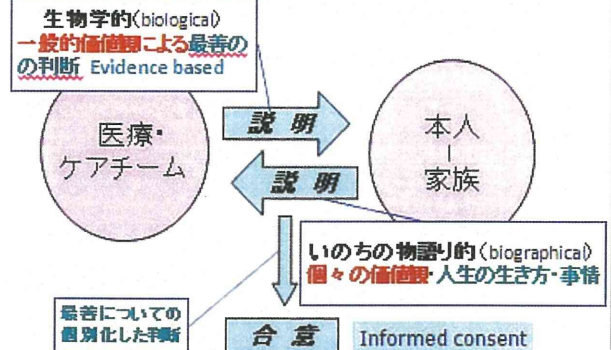
H25-特別-指定-036 研究分担者 清水健郎 Implementing End-of-Life Discussions

## 老年医学会のガイドライン(続)

- 1.6 医療・ケアチームは、本人・家族との双方向のコミュニケーションを通して、次の諸点を実行しつつ、合意を目指す。
- ① それぞれの持っている情報を関係者が共有する。
  - ② 本人の身体を診察して得られた情報と、医学的知見に基づく本人にとっての最善に関する一般的判断から出発して、本人側から得た本人の個別の事情（本人が人生をどう把握しているか）を考慮にいれた、本人の最善についての個別化した判断を形成する。
  - ③ 本人・家族が、医療・介護側から得た情報を、自らの人生の事情と考え合わせ、必要な場合には自らの人生計画を書き直し、目下の問題に適切に対処するための、状況を分った上での意向を形成できるよう支援する。
- \* どのような意思決定プロセスを辿って決定にいたったかについては、記録を残しておくことも、医療・介護側として必要である。

H25-特別-指定-036 研究分担者 清水 潤一郎

## 老年医学会のガイドライン(続)



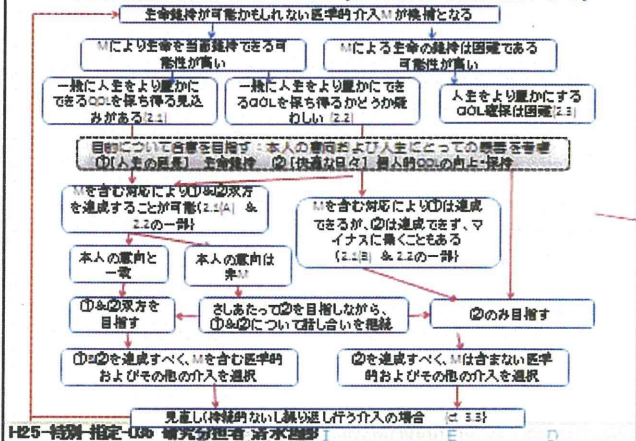
H25-特別-指定-036 研究分担者 清水 潤一郎

## 老年医学会ガイドライン 第2部による意思決定プロセスの流れ

- ☆ 生命維持効果が通常は見込まれる治療Mをするかどうか
- 1 本人に対する治療Mの見込みについての医学的判断
    - ・ 生命維持の見込み
    - ・ 生命維持ができる場合、延びた人生の中身（どうい生活か、生きていてよかったと思える生活になる見込みは?）
  - 2 本人の人生にとっての最善という観点でのケア目的の選択
    - 目的の候補 ① 人生の延長 ② 快適な日々
    - \* 「快適」： 苦痛がないこと+強っている力を発揮する機会があること
  - ⇒ [①+②] を選ぶか、 [②のみ] を選ぶか
  - 3 [①+②] ⇒ Mを選択 / [②のみ] ⇒ 選択しない=見合わせ
  - 4 Mを開始した場合も、適宜見直しを行い「②のみ」になったら終了

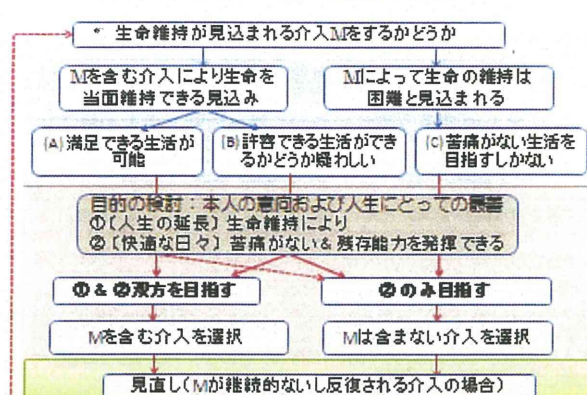
H25-特別-指定-036 研究分担者 清水 潤一郎

## 生命維持を目指す医学的介入の選択 (老年医学会GL 第2部による)



H25-特別-指定-036 研究分担者 清水 潤一郎

## 医学的判断——人生の観点での検討



H25-特別-指定-036 研究分担者 清水 潤一郎

## 臨床倫理プロジェクトの検討シート

- 「情報共有から合意へ」という意思決定プロセスの在り方を実現するべく作成された臨床倫理の事例検討を支援するツールを紹介します。
  - 検討法は、4分割法ではありません。
  - 事例の経過を辿って、人間同士のやりとりのプロセスを重視する倫理観を背景にしています。
  - 医学的判断をベースにしつつ、本人の人生にかかわる考え方・個人的価値観を考慮にいれて、個別化した判断をしようとしています。
  - 詳しくはウェブを「臨床倫理プロジェクト」という語で検索して、サイトを参照。

H25-特別-指定-036 研究分担者 清水 潤一郎

臨床倫理検討シート>ステップ1>  
事例の経過のナラティブ

1-1 プロフィール
1-2 経過
1-3 分岐点

H25-特別-指定-036 研究分担者 清水 健一郎 F 67 D

臨床倫理検討シート>ステップ2>  
状況を整理する

2A-1 選択肢(医療方針)の枚挙 & そのメリット・デメリット 1:緩和ケア+抗癌剤 ○... ×... ×... 2:緩和ケア+0 ○... ×...	2A-2 社会的視点 からの特記事項  社会的 適切さ
2A-3 説明 本人に	家族に
人間尊重	

H25-特別-指定-036 研究分担者 清水 健一郎 F 68 D

臨床倫理検討シート>ステップ2>  
患者・家族の思いを理解

2B-1 患者の理解と意向 状況をどう理解しているか(適切か) さしあたってどうしたい、どうして欲しいと希望しているか	2B-2 家族の理解と意向 ・ ・
人間尊重	
2B-3 本人の生き方、価値観や人柄について(これらに関係するかもしれないエピソードなど) 「この患者にとっての最善」を考える上で参考になるかもしれないことをメモしておく場所	与 益

H25-特別-指定-036 研究分担者 清水 健一郎 F 69 D

臨床倫理検討シート>ステップ3>  
検討とオリエンテーション

3-0 問題となっていること・問題を感じていること	
3-1 人として尊重することをめ ぐって	3-2 相手の益を目指すことを めぐって
人間尊重	与 益
3-3 社会的視点での チェック 社会的 適切さ	3-4 総合的検討と今後の対応の方針

H25-特別-指定-036 研究分担者 清水 健一郎 F 70 D

意思決定能力の確認方法

H25-特別-指定-036 清水 健一郎 F 71 D

Mental Capacity Act

- そうでないとして証明されない限り、すべての成年は意思決定能力を有するとみなされる。
- 意思決定できないと判断される前に、自分で決定するための実施可能な限りの支援が尽くされていなければならない。
- 他人には奇妙または愚かと思われる決定でも尊重される権利がある。
- 意思決定能力の欠けた人のために、またはその人に代わって行うことは、それが何であれその人の最善の利益に叶っていなければならない。
- 意思決定能力の欠けた人のために、またはその人に代わって行うことは、それが何であれ、その人の権利と自由を最も制限しないものでなければならない。

H25-特別-指定-036 清水 健一郎 F 72 D



## 合理性

- 患者は、自分の価値観と信条に照らして自分の病状を正しく理解し考えることができれば、意思決定能力があると判断されます。一人ひとりの価値観や信条は大きく異なっているため、ある個人の決定が、他者にとっては全く合理性を欠くように見える場合もあります。

H25-特別-指定06 事務局

F I E D

## 意思決定能力とは

- 自分の意思を伝えることができること
- 関連する情報を理解していること
- 医療行為によって生じる影響の意味を認識していること
- **選択した理由に合理性があること**

H25-特別-指定06 事務局

F I E D

## 意思決定能力とは

- 経験を十分に有する医療チームによって、そのプロセスを明記したうえで評価されることが望ましい。
- 抑うつや軽度の意識混濁は見落されやすいが、頻度が高く、患者の意思決定能力に影響を与え得るので、適切な評価が必要である。

H25-特別-指定06 事務局

F I E D

## Competence 適格性

- 適切な情報を受け取り、理解し、記憶し、思い出す能力
- 受け取った情報を自身の状況と関連付け、自分の目標や価値観・信条に照らし合わせて起こりうる結果を評価する能力
- 自分の選択に責任をもつ能力
- 自分の決定を他者に伝える能力

H25-特別-指定06 事務局

F I E D

## 開発されている意思決定手段 (2ステップアプローチや4 分割法など)

H25-特別-指定06 事務局

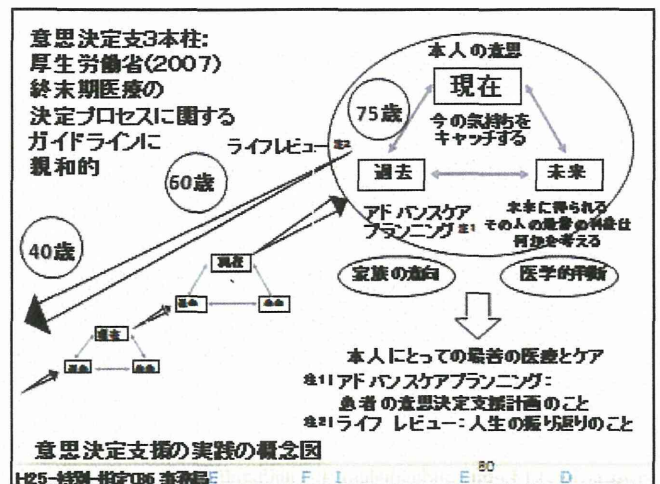
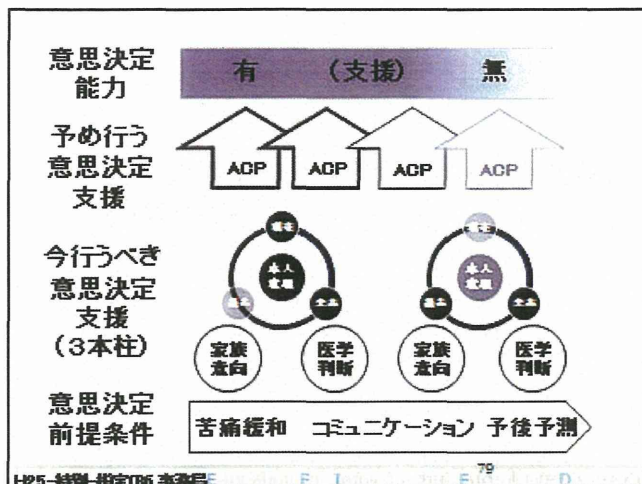
F I E D

## 臨床倫理の4分割法

医学的適応 (Medical Indications)	患者の意向 (Patient Preferences)
<b>目的と倫理原則の検討</b> 1. 患者の病状や状態は何か？ 病歴は？ 治療は？ 予後は？ 2. 病状の重症度は？ 3. 治療が及ぼす効果は？ 4. 治療がもたらす副作用は？ 5. 治療がもたらすリスクは？ 6. 治療がもたらす利益は？ 7. 治療がもたらす負担は？	<b>自律性尊重の原則</b> 1. 患者は十分な理解と同意の上で決定しているか？ 能力は？ 同意は？ 2. 患者は十分な理解と同意の上で決定しているか？ 同意は？ 3. 患者は十分な理解と同意の上で決定しているか？ 同意は？ 4. 患者は十分な理解と同意の上で決定しているか？ 同意は？ 5. 患者は十分な理解と同意の上で決定しているか？ 同意は？ 6. 患者は十分な理解と同意の上で決定しているか？ 同意は？ 7. 患者は十分な理解と同意の上で決定しているか？ 同意は？
QOL (Quality of Life)	周囲の状況 (Contextual Features)
<b>目的と倫理原則と自律性尊重の原則</b> 1. 治療がもたらす効果は？ 2. 治療がもたらす副作用は？ 3. 治療がもたらすリスクは？ 4. 治療がもたらす利益は？ 5. 治療がもたらす負担は？	<b>自律性尊重の原則</b> 1. 治療に関する決定に同意する患者は誰か？ 2. 治療に関する決定に同意する患者は誰か？ 同意は？ 3. 治療に関する決定に同意する患者は誰か？ 同意は？ 4. 治療に関する決定に同意する患者は誰か？ 同意は？ 5. 治療に関する決定に同意する患者は誰か？ 同意は？ 6. 治療に関する決定に同意する患者は誰か？ 同意は？ 7. 治療に関する決定に同意する患者は誰か？ 同意は？

H25-特別-指定06 事務局

F I E D



## 代理決定手段 (Advance Care Planningを含む)

H25-特別-指定06 実施編 E I D

## アドバンスケアプランニングにおける 相談員の役割

- 患者が以下のようなことを行えるよう継続的に支援を行うこと
  - 現在の健康状態、予後診断、選択肢について理解し、自身の価値観、信条、人生の目標を見つめなおす
  - それぞれの治療の利点と欠点について考える
  - 自身でコミュニケーションを取ることができない場合に代理で決定を行う**代理人を指定**する
  - アドバンスケアプランを計画し、対話の内容を文書化する

H25-特別-指定06 実施編 E I D

## 代理意思決定者

- 患者をよく知っている、信頼できる人物
- 代理人としての役割を果たす心の準備ができている人物
- 時間を惜しまずに患者の希望を聞く意思のある人物
- 患者の考えと価値観を十分に尊重する意思のある人物
- 困難または精神的負担となるような状況でも意思決定を行うことができる人物

H25-特別-指定06 実施編 E I D

## 代理決定

- @@ならば、きっと●●のように望むだろう。
- @@ならば、何を望むかよくわからないが、●●が@@にとって最善だろう。

H25-特別-指定06 実施編 E I D