

<2019.1.11.(金)第57回八幡浜在宅緩和ケア症例検討会>

於:八幡浜医師会

時間:午後7時~8時30分

これからのことを話し合う

臨床倫理カンファレンスで、困難事例を多角的に捉える



<在宅療養支援診療所>

旭町内科クリニック

森岡明

日本内科学会総合内科専門医

日本認知症学会専門医・指導医

日本プライマリケア連合学会認定医・指導医

日本プライマリケア連合学会認定薬剤師研修指導医

厚生労働省認定認知症サポート医

日本心療内科学会登録医

日本糖尿病協会登録医

日本心身医学会代議員

愛媛県在宅がん医療普及推進事業推進委員

Prologue

透析器の開発…生命倫理が問われた出来事

1960年、ワシントン州立大学のスクリブナー医師は、慢性腎不全患者用に血液透析の機器を開発した。

1962年、スクリブナー医師は、大学附属病院内にシアトル人工腎臓センターを開設し治療を開始した。当初、透析器は3台で、患者数は9名だった。

患者数に比べて、透析器台数は不足していたため、「治療する患者を誰にするか」という問題が起こった。

透析器台数の不足から、「誰が生き、誰が死ぬのか」の選択が迫られることになった。

そこで、匿名で無報酬という条件で市民から選ばれた主婦、公務員、弁護士など7人で構成される特別委員会が設置された。患者の選抜の事実が明らかにされると、当時のシアトル市民は衝撃を受けた。

人が人の生死を決定するようなことが許されるのか、それは神を演じることではないのかという批判の意味を含め、この特別委員会は「神様委員会」とよばれたが、医学の進歩の影に大きな問題が潜んでいることを示唆していたといえる。

もし、あなたがこの委員会の一員ならば、どのような基準で誰を選抜しますか？

<いろいろな疑問>

- 倫理というと何か難しいもの？
- 臨床倫理を知ること、何の役に立つの？
- 私たちの業務には役立たない知識なのでは？

実は、これまで57回も毎月勉強してきたこの事例検討会も、臨床倫理的な営みといえるのでは。

これからのことを話し合う

臨床倫理カンファレンス

倫理とは？

- 倫・・・きちんと並んだ人間の間柄
⇒仲間・人間・世間
- 理・・・玉の筋目・模様のこと
⇒ものごとの筋道・道理

倫理・・・

人と人とががかかわりあう場でのふさわしいふるまい方

Bioethics (≒生命倫理)

●Bioethics

⇒生命に関わる諸問題を扱う学際的な倫理学

●安楽死、終末期医療、遺伝子治療、災害、
科学技術政策etc (生命に関わる全て)

⇒特に医療に関わる分野は**医療倫理**と呼ばれることもある

*ただし医療倫理の適切な英語はない

臨床倫理とは

日常診療の場において、医療を受ける患者、患者の関係者、医療者間の立場や考えの違いから生じる様々な問題に気付き、分析して、それぞれの価値観を尊重しながら、関係する者が納得できる最善の解決策を模索していくこと。

* 挿管すべきか、胃瘻を入れるべきか、告知すべきかなどなど

医療倫理の4原則

- **自律尊重原則:**
自律的な患者の意思決定を尊重する
- **善行原則:**
患者に利益をもたらす
- **無危害原則:**
患者に危害を及ぼさない
- **正義原則:**
利益と負担を公平に分配する

倫理原則ができるきっかけとなったタスキギー事件

米国の連邦衛生局は、1932年から40年間の長期にわたり、アラバマ州タスキギーの貧しい小作人の黒人男性600人に対して、梅毒^{注)}研究に関する非人道的な人体実験を行いました。タスキギー梅毒研究の内容は、黒人男性の梅毒患者399人と、対照者として健常者201人を実験に参加させ、梅毒症状の自然経過を観察するものでした。しかし、1941年に梅毒の治療薬であるペニシリンが実用可能となってからも、黒人梅毒患者たちにその事実を知らせず、偽の薬を与え続け、治療を行っていると欺いて、半強制的に検査だけを受けさせました。そして、死亡すると研究目的で病理解剖を実施し、梅毒の病理変化を観察しました。黒人男性たちは、この梅毒研究に参加することと引き換えに、無料の食事と、検査、埋葬を受けただけでした。

この事実を1972年にAP通信が「国の梅毒研究で、40年にわたって治療されなかった犠牲者」と報じ、人間の尊厳を無視した非倫理的な人体実験であるとして、全米の非難を浴びた事件です。

注) 梅毒はトレポネマという病原体によってひき起こされる性感染症で、胎児感染することもある。抗生物質ペニシリンによって治療が可能。

症例(1)

70歳男性。アルコール多飲歴、多量喫煙がある。独居で身寄りがなく、かかりつけの医療機関もなく、介護保険は未納で多額の借金があり、年金から返済している。

もの忘れもひどくなっており、地域包括センターから「気になる患者」として往診の依頼があった。

訪問したところ、呼吸状態が悪く発熱もあり、即日入院となった。

診断は肺炎を契機としたCOPDの急性増悪だった。さらにアルコール性肝障害と認知症も判明した。

肺機能が悪く、常に酸素吸入が必要な状態だが、病室を抜け出して敷地外での喫煙がたびたび目撃され、適切な治療・ケアが行えないとして病院からは早期退院を迫られた。

臨床倫理の4分割表

<p>医学的適応：M (medical indication)</p> <ol style="list-style-type: none">1. 診断と予後2. 治療目標の確認3. 医学の効用とリスク4. 無益性 (futility)	<p>患者の意向：P (patient preferences)</p> <ol style="list-style-type: none">1. 患者さんの判断能力2. インフォームドコンセント3. 治療の拒否4. 事前の意思表示 (リビング・ウィル)5. 代理決定 (代行判断, 最善利益)
<p>生活の質：Q (QOL)</p> <ol style="list-style-type: none">1. QOL の定義と評価 (身体, 心理, 社会, スピリチュアル)2. 誰がどのような基準で決めるか3. 医療者の偏見の有無4. 何が患者にとって最善か5. QOL に影響を及ぼす因子	<p>周囲の状況：C (contextual features)</p> <ol style="list-style-type: none">1. 家族など他者の利益2. 守秘義務3. 経済的側面, 公共の利益4. 施設の方針, 診療形態, 研究教育5. 法律, しきたり, 宗教6. その他

「臨床倫理学 第5版」(Jonsen AR, 他/著, 赤林 朗, 他/監訳), 新興医学出版社, pp1-13, 2006

医学的適応

「善行原則」と「無危害原則」を意識しながら

- ① 医学的問題
- ② 急性・慢性や重症度
- ③ 治療の目標
- ④ 治療が成功する確率
- ⑤ 治療が奏功しない場合の方針
- ⑥ 医学的ケアにより得られるメリット
などを記載

患者の意向(選好)

「自律尊重原則」を意識しながら

- ①患者さんに判断能力はあるか
- ②患者さんの治療に対する思い
- ③患者さんが利益とリスクについて十分理解し同意しているか
- ④患者さんは治療に非協力的または協力できない状態ではないか・またその理由
- ⑤患者さんの選択は、最大限に尊重されているか

などを記載

周囲の状況

「正義原則」を意識しながら

- ①治療の決定に影響する家族の要因
- ②治療の決定に影響する医療者側の要因
- ③財政的・経済的要因はあるか
- ④宗教的・文化的要因はあるか
- ⑤守秘義務を厳格に守ることで他者や公共の福祉に害を与えることはないか
- ⑥資源配分の問題はあるか
- ⑦治療に関する決定に法律はどのように影響するか
- ⑧臨床研究や教育は関係しているか
- ⑨医療者や施設側で利害対立はあるか

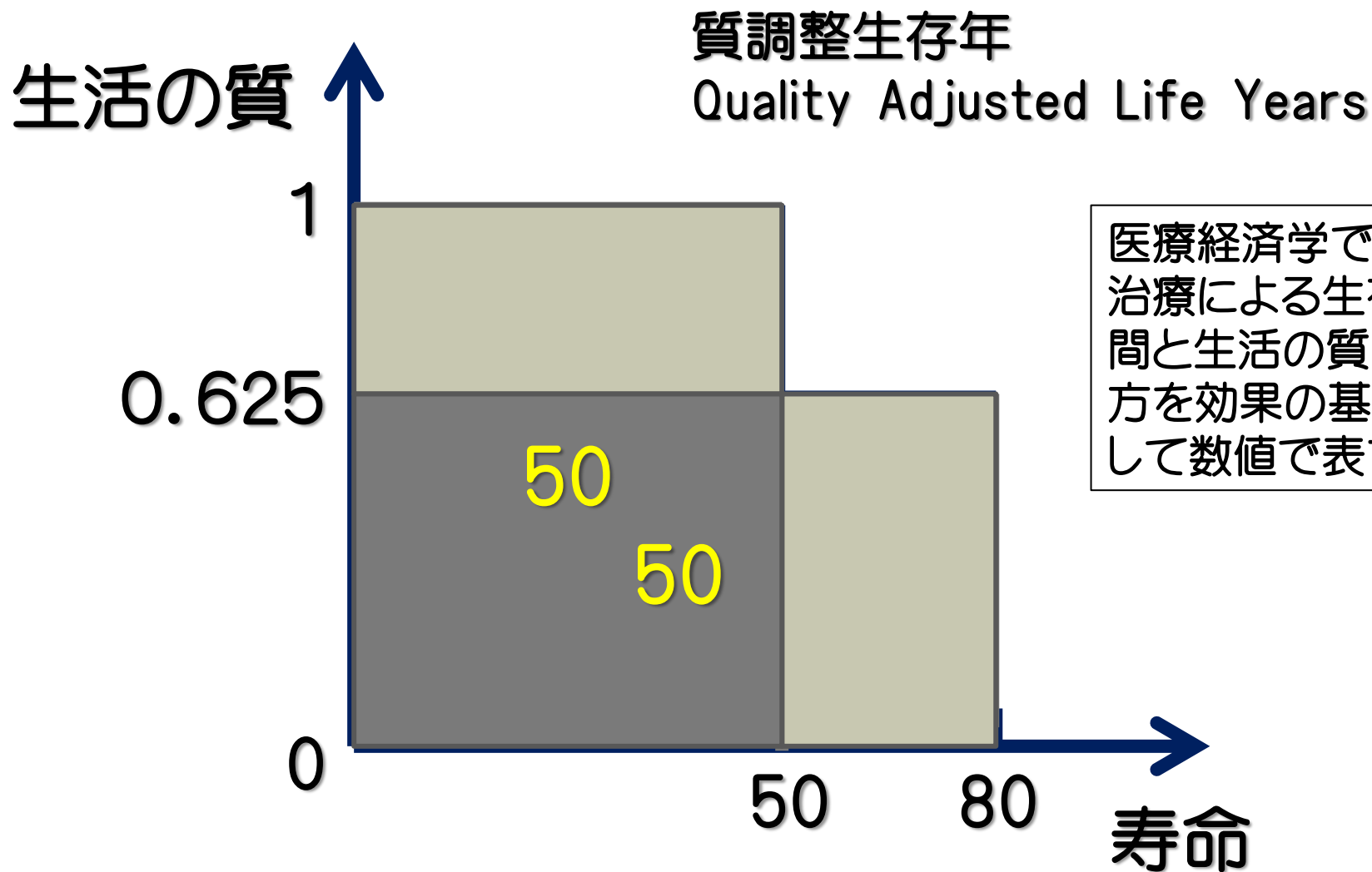
などを記載

生活の質:QOL

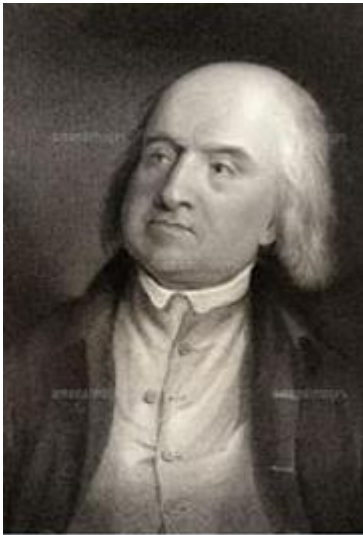
「幸福の追求」を意識しながら

- ①治療した場合もしくははしなかった場合に、通常の生活に復帰できる見込みがあるか
- ②治療が続いた場合、患者さんが身体的・精神的・社会的に失うものは何かあるか
- ③患者さんのQOLに対して医療者側の偏見はないか
- ④延命が望ましくないと判断される可能性はあるか
- ⑤治療をやめる計画やその根拠はあるか
などを記載

QALYs



功利主義



1748-1832

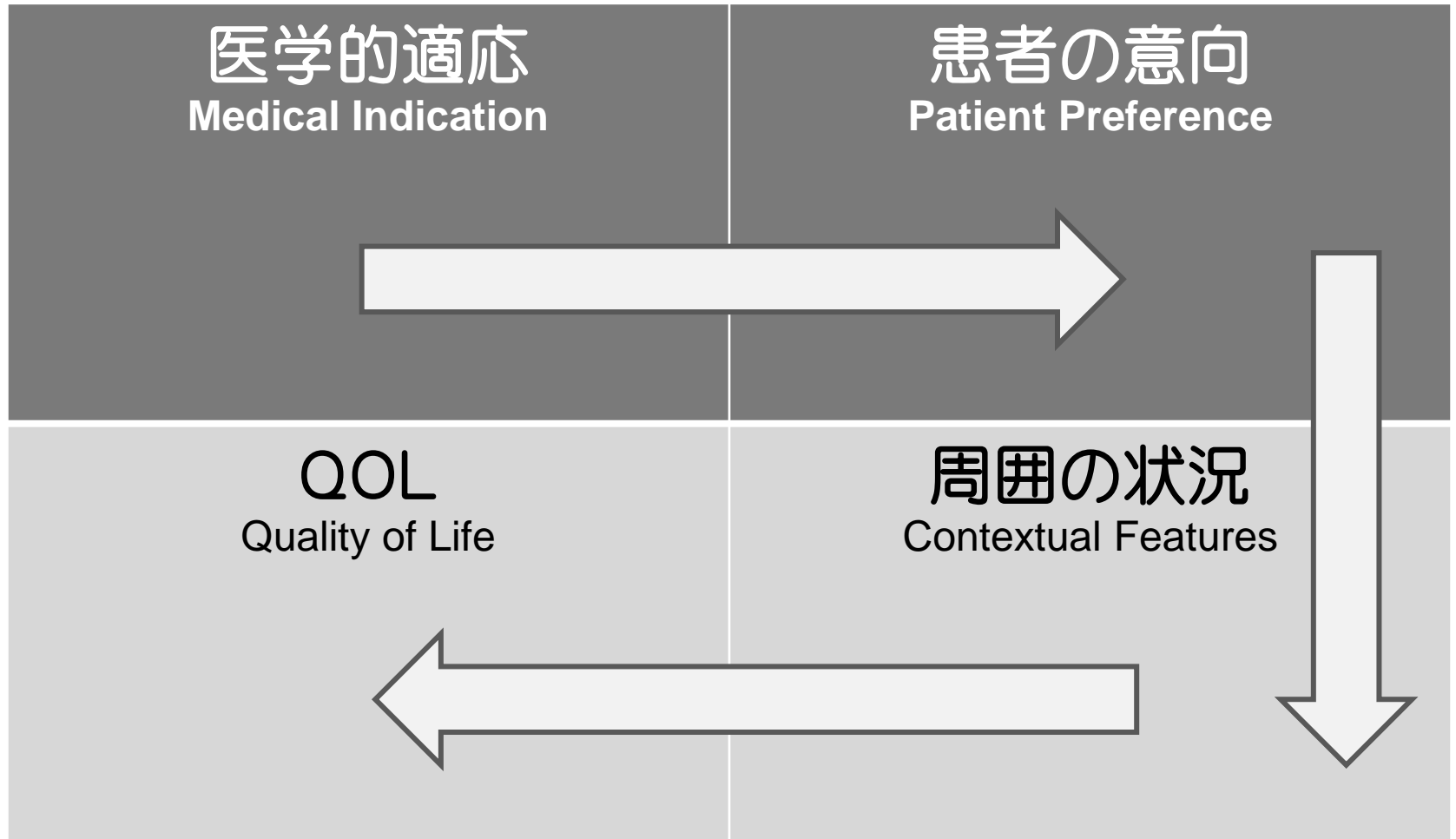
- 量的功利主義
 - ジェレミ・ベンサム
 - 最大多数の最大幸福

1806-1873



- 質的功利主義
 - ジョン・スチュアート・ミル
 - 満足した豚よりも満足しない人間である方が良い

臨床倫理4分割表



QOLを上げるのか下げるのか？

● M→P→C と検討し、この方針がQOLを上げるのか、下げるのかの観点で検討

● QOLは患者だけではなく、家族、医療者のQOLを上げるのかも考慮する

(患者の満足度) × (家族の満足度) × (医療者の満足度)
が最大になるように

* どこかが マイナスであればすべてマイナス *

症例(1)の臨床倫理の4分割表

医学的適応：M 70歳男性

- # 肺炎 → 抗生物質で治癒
- # COPD → 酸素投与
在宅酸素が望ましいがHOT導入は可能か？
- # アルコール性肝障害 → 断酒は可能か？
- # 認知症 HDS-R 13点
- # ヘビースモーカー

患者の意向：P

- 本人の判断能力はない、もしくは不十分
- 本人は「自宅に帰りたい」
- 在宅酸素は嫌
- 病気が色々見つかるのは怖い
- 急変時の意向は未確認
(暫定フルコード)

QOL：Q

- HOT導入により息切れの改善、ADL向上が期待できる
- 本人のQOL向上は1人気のまま生きていくこと
→ Pでは？ 他人に干渉されず自由に生活することが幸せ
- また海釣りをしたい

周囲の状況：C

- 独居、身寄りなし
 - よく面倒を見てくれる知人がいる
 - 多額の借金
 - 介護保険未納
- 今後の療養先どうする？
自宅？／長期療養型病院？／サービス付き
高齢者住宅？

カンファレンスのまとめ

•次のステップ(NEXT STEP)をまとめる

- 誰が、いつまでに、何をするのか
- すっきりした方針が決まらなくても、何の情報か不足しているのかわかる
 - ⇒これも立派な方針
 - ⇒いつまでに、誰がその情報を集めるか決める

症例(2)

【症例】72歳、女性

【傷病名】

卵管癌Ⅲc期、漿液性腺癌、再発

【臨床経過】

平成20年6/24に単純子宮全摘術、両側付属器摘出術、大網切除術、骨盤・傍大動脈リンパ節郭清術を施行、術後補助化学療法(mTC療法)6コース施行。

平成21年12/7に骨盤内再発。抗癌剤治療(mTC療法6コースを2回/GEM単剤療法6コース)を実施したが、平成24年12/3のCT画像検査で直腸右側の腫瘤/播種病変/多発肝転移/肝被膜下に腹水貯留/下腹部腹壁直下の腹水(被包化)/両側胸水を認めた。

PSも不良で今後の積極的治療は困難と思われ、緩和医療へのギアチェンジとなった。

Medical Indication ; 医学的適応

1. 診断と予後

Maltoni M. の予後予測から生存確率を参考にすると67~87日

2. 治療目標は、終末期にみられるさまざまな身体的苦痛に対して、適切な薬物療法を実施する。スピリチュアルな対応に心掛ける。

3. 医学の効用: 緩和治療に必要な薬物の副作用発現に注意し適切な処置をとる。

4. 無益性(futility) : 無益と思われる治療法は選択しない。

Patient Preferences ; 患者の意向

1. 患者さんの判断能力

良好。苦痛は取り除いてほしい。

2. インフォームドコンセント

ご本人への予後などは話していない。今後信頼関係を築きながら情報提供する必要がある。

3. 治療の拒否

点滴注射などは一切してほしくない。ただし皮下注射は持続皮下注を含めて拒否しない。

4. 事前の意思表示 (Living Will) : ない。

5. 代理決定 : 本人が決定可能。

QOL ; (Well-Being: 幸福追求)

1. 平成24年6月の再発までは、バレーやインディアカなどの趣味がありはつらつと元気にすごしていた。

2. 現在は終日臥床しており、テレビでスポーツ番組を見るのが楽しみ。

3. 在宅診療開始時は「こんな状態なら寝たまま静かに死にたい」ともらした。

4. QOLに影響を及ぼす因子:

「こんな状態」= 疼痛・全身倦怠感・不眠・嘔気・食欲不振を改善することで、QOLの改善が見込まれる(本人に確認必要)

Contextual Features ; 周囲の状況

1. 3人の子(長男、次男、長女)あり。次男、長女は独身。長男家族は東京在住。

2. 公務員の次男と2人暮らしたが、大阪在住の長女(技術職:プログラマー)が1年休職して帰省。母の看護・介護に専念することになった。

3. 長女は坐薬・持続皮下注射器の使い方はマスターしてくれている。皮下注射薬の間欠投与が可能。

4. 四国がんセンター緩和ケア病棟への登録済。

5. 母が終末期にあることは理解しているが、予後予測については説明していない(今後説明が必要)。

6. 在宅で最期を迎えるかは確認が必要。

臨床倫理カンファレンスがもたらす効果

カンファレンスを通して他者との省察を深めることは

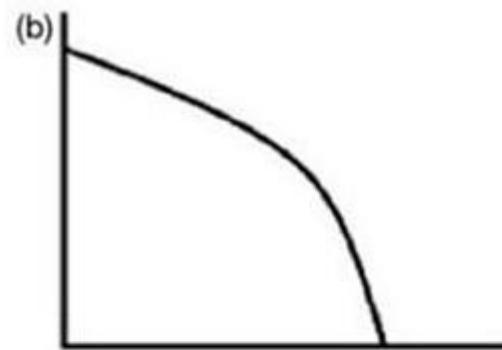


- ①相互にコミュニケーションすることの重要性を実感できる
- ②多職種でカンファレンスを行いチームワークを高める
- ③症例に対して多面的な視点を得られる
- ④専門職集団としてのプロフェッショナリズムを養う効果が期待できる
- ⑤困難な事例を通じて、個人的変容を行うことは、プロフェッショナリズムを学ぶうえでは重要

これからのことを話し合う

アドバンス・ケア・プランニング

病の軌跡 (Illness Trajectory)

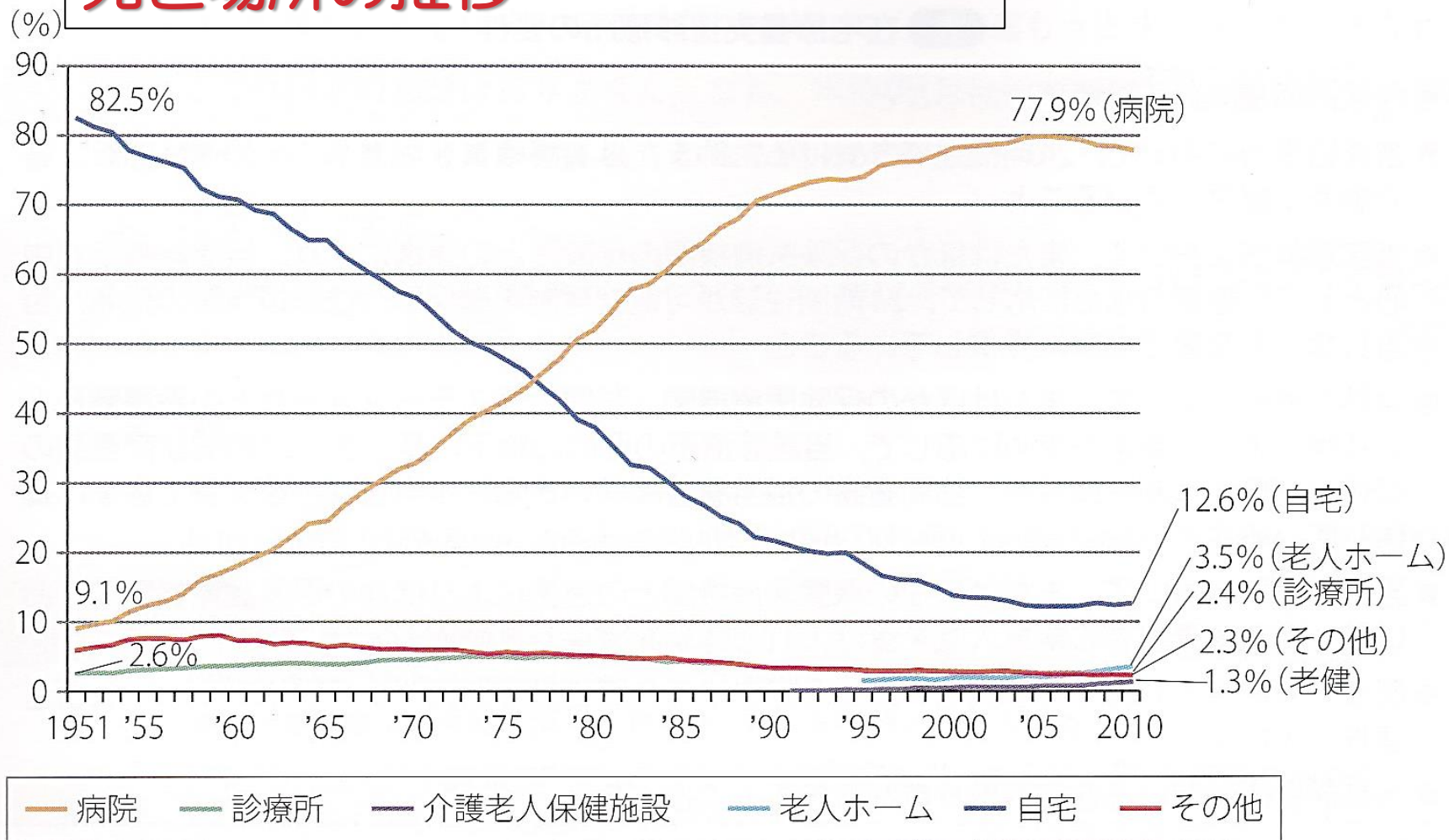


a 突然死、b がん、c 臓器不全、d 老衰、認知症

病の軌跡 (Illness Trajectory) とは？

- 生命を脅かす慢性疾患をADL (activity of daily life) の時間的な変化で表す。
- ①悪性腫瘍、②慢性心不全・慢性呼吸不全、③神経疾患などに大別して考えることができる。
- Illness trajectory で疾患を捉えることで、予後を考えながら対応することができる。

死亡場所の推移



※1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている

(資料:厚生労働省「人口動態統計」)

シシリー・ソンドース

Dame Cicely Mary Strode Saunders



- 1918-2005
- St.Christopher Hospice の創出者
- 初めは看護師、腰痛のため一時MSW、39歳で医師となる
- 48歳で近代ホスピスを開設
- 近代ホスピスの母

シシリー・ソンドースは何をしたか？

- 末期患者の苦痛についてモルヒネの積極的使用によるコントロールをすすめた。
- 精神的痛みを重視するとともに、全人的苦痛 (total pain) としてとらえることの必要性を強調。
- 医療の在り方をcure system から care system へ変更する必要性を説き、ケアの実践を述べるとともに、ホスピス運動の中心的存在であった。

ソンドースの語ったホスピスの5原則

- 患者を一人の人格者として扱う。
- 苦しみを和らげる。
- 不適當な治療はしない。
- 家族のケア、死別の悲しみを支える。
- チームワークによる働き。

医師や看護婦を中心に、ボランティアチーム、栄養士、マッサージの人、美容師など、患者さんが必要と思う人はすべてチームに入る

緩和ケアのこれから

- 在宅緩和ケア
- 小児の緩和ケア
- 非がん疾患の緩和ケア
- 包括的がん診療としての緩和ケア
- すべての医療・(治療、ケア)、介護の下支え
- 卒前・卒後教育の徹底
- 終末期医療との関わり

臨床の現場では……

- 自己決定
- 代理判断
- 最善の利益
- 共感的な感情にもとづく心理的配慮
- 法と社会通念に合致する判断
- チーム医療とカンファレンス
- 倫理的コンサルテーション:
臨床倫理委員会

終末期とは？

- 医師によって不治の病であると診断を下され、それから先およそ6ヶ月以内のうちに死亡するだろうと予期される状態
- 最近では、終末期 (End of life) とも言われる
- 予後予測が必ずしも正確ではない

癌以外の病気、例えば、認知症に関しては、正確な予後予測ができない。

そのような場合は、どういう状態が終末期かという、「本人や代理人が終末期と感じた時」という漠然とした言い方をする人もいる。

●2018年厚生労働省:「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」から「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」と改訂されました。「最後まで本人の生き方(=人生)を尊重し、医療・ケアの提供について検討することが重要であることから、『終末期医療』から『人生の最終段階における医療・ケア』へ名称の変更」など多くの改定が盛り込まれました。

カレン・アン・クインラン事件

Karen Ann Quinlan



1975年に米国で「カレン・アン・クインラン事件」という出来事がありました。パーティで意識消失後、心肺停止をきたし、人工呼吸器管理しましたが、のちに両親が人工呼吸の中止を希望したのです。最終的にはニュージャージー州の裁判所で取り外しが認められ、人工呼吸器を取り外したところ、自発呼吸が回復して9年後に亡くなったという事件です。これは**世界で初めて人工呼吸器を止めるということ**を法的に認めた判例です。

ナンシー・クルーザン事件

Nancy Cruzan

経管栄養を中止後、
当然、栄養が入らないので亡くなったという事件

- 1983年1月
- 交通事故にて心肺停止→蘇生後、遷延性植物状態
- 1か月後に胃瘻を造設
- 1987年5月、父親が経管栄養停止を依頼
- 連邦裁判所で、本人の意思が明確であれば、「死を選択する権利」は認められる
- 友人の証言により本人の意思を確認
- 経管栄養中止後、1990年12月26日死亡

名古屋安楽死事件

- 1961年
- 脳溢血で苦しむ父親に、事情を知らない被告人の母をして有機リン殺虫剤入りの牛乳を飲ませて安楽死させた
- 嘱託殺人罪の成立(1962年)
- 安楽死の6要件

安楽死の6要件

- 不治の病に冒され死期が目前に迫っていること
- 苦痛が見るに忍びない程度に甚だしいこと
- 専ら死苦の緩和の目的でなされたこと
- 病者の意識がなお明瞭であって意思を表明できる場合には、本人の真摯な囑託又は承諾のあること
- 原則として医師の手によるべきだが医師により得ないと首肯するに足る特別の事情の認められること
- 方法が倫理的にも妥当なものであること

東海大安楽死事件

- 1991年4月
- 昏睡状態の多発性骨髄腫末期患者に塩化カリウムを静注
- 横浜地方裁判所平成7年3月28日判決
- 殺人罪(懲役2年、執行猶予2年)が確定
- 医師による積極的安楽死の4要件

医師による積極的安楽死の4要件

- 患者に耐えがたい激しい肉体的苦痛に苦しんでいること
- 患者は死が避けられず、その死期が迫っていること
- 患者の肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くしほかに代替手段がないこと
- 生命の短縮を承諾する患者の明示の意思表示があること

安樂死 (euthanasia)

- 生命倫理的分類
 - 患者の意思 (自発的、非自発的、反意的)
 - 施行手段 (積極的、消極的)
- 臨床的分類
 - 積極的安樂死
 - 医師による自殺幫助
 - 間接的安樂死
 - 消極的安樂死

家族による患者意思の推定が許される条件

- ①家族が患者に性格・価値観・人生観などについて十分知り、その意思を的確に推定しうる立場にあること。
- ②家族が患者の病状・治療内容・予後などについて、十分な情報と正確な認識を持っていること。
- 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場合。

このような条件を満たす家族であれば、患者本人の終末期医療について、本人に代わって、判断・決定をすることができると言える。

川崎協同病院事件

- 1998年
- 意識不明の喘息患者
- 人工呼吸器を取り外し
- 気管内挿管チューブを抜去
- 苦悶様状態となり、鎮静剤を投与
- 筋弛緩薬を投与し、11分後に心停止
- 2001年に麻酔科医により内部告発
- 殺人罪(懲役1年6ヶ月執行猶予3年)が確定
—初の最高裁判例

川崎協同病院事件控訴審判決

『家族の意思を重視することは必要であるけれども、そこには終末期医療に伴う家族の経済的・精神的な負担等の回避という患者本人の気持ちには必ずしも沿わない思惑が入り込む危険性がつきまとう…』

として、慎重な姿勢を示している。

呼吸器取り外し後死亡事例

- 羽幌病院事件
 - 2004年 90歳男性患者
 - 射水市民病院事件
 - 2005年 7名の入院患者
 - 和歌山県立医大附属病院事件
 - 2006年 80代女性患者
- いずれも不起訴処分

現在の法的なバックグラウンドとしては、人工呼吸器を装着しない、開始しないことと、取り外しをするということは同じだということ。

そのため、人工呼吸器を付けて管理をしても、本人の過去の意思や、家族に了解があって、医学的な根拠があれば、外しても法的には問われないと解釈されている。



呼吸器取り外し後死亡事例が倫理的に問題とされた理由

- ①患者本人の「延命治療中止・差し控え」の意思が不明、あるいはなかった。
- ②医師と家族だけで決めてしまった。
- ③経過の透明性の確保や中立的第三者の意見の聴取が十分でなかったという「手続き的公正性」の確保がなされていなかった。

ACPは「終末期医療の倫理」の熟慮・発展のプロセスから生まれたものである。

●「終末期医療におけるさまざまな倫理的問題をどうやって解決すればよいのか？（本人が何を望んでいるのかわからない等）

➡解決の手段

①ACP（前もって、本人の意思を確認）

=事前指示➡DNAR指示・看取りの意思確認

②倫理コンサルテーション

妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意
が得られない場合

（「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2-（3）」

アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とは

- **前もって医療ケアに関する計画を立てること。**
 - (1) 本人が意思表示できるうちに、自分の終末期医療についての考えを決めて、それに基づいて、前もって医療ケアの計画を立てること。
 - (2) 本人の自己決定の権利を尊重するものであること。
 - (3) 本人が意思表示できない場合、家族らの代理判断者が、本人の意向や意思を適切に推定して、それに基づいて、前もって医療ケアの計画を立てること。

●意思決定能力低下に備えて対応プロセス全体を指し、患者の価値観を確認し、個々の治療の選択だけでなく、全体的な目標を明確にさせることを目標にしたケアの取り組み全体のこと。

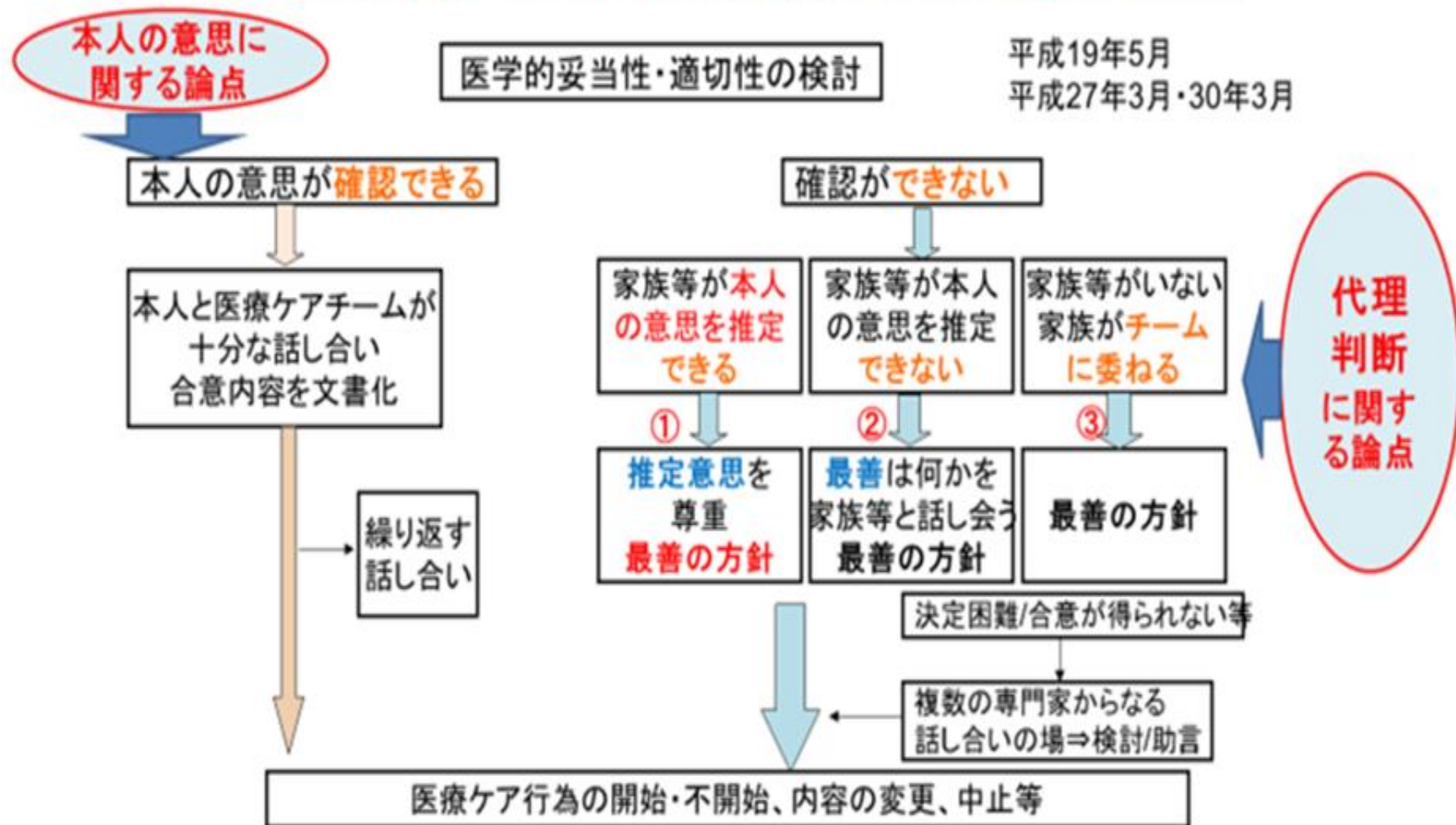
●インフォームド・コンセントが同意書をとることだけでなく、アドバンス・ケア・プランニングはアドバンス・ディレクティブ(事前指示)の文書を作成することのみではない。

●患者が治療を受けながら、将来もし自分に意思決定能力がなくなっても、自分が語ったことや、書き残したもののから自分の意思が尊重され、医療スタッフや家族が最善の医療を選択してくれるだろうと思えるようなケアを提供することが大切。

●「ともに考え、ともに最善を導き出す」ACPのプロセスこそが患者・家族にとって「最善の選択」をするためのケア。

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(厚生労働省)

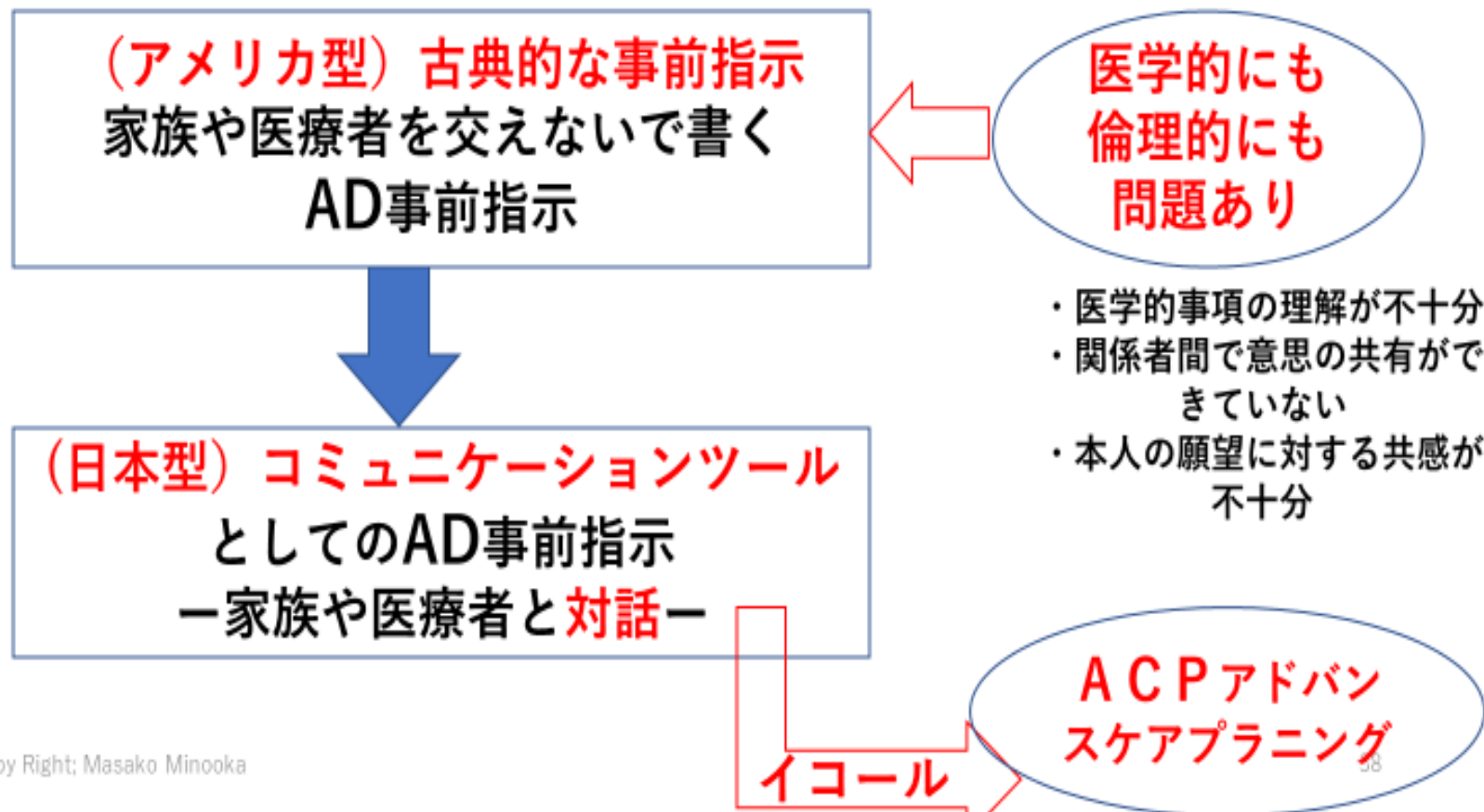
平成19年5月
平成27年3月・30年3月



アドバンス・ディレクティブ

- ・ 事前の意思表示、リビング・ウィル(文書)
- ・ 自分の臨死期の対応と死後の対応について事前に他者に伝えておくこと
- ・ 書面か口頭で示す
 - 米国: 州によっては、口頭での指示を認めていないところがある
 - わが国において、法定文書はまだ存在しない

【日本における事前指示の発展・普及】患者に寄り添い、臨床倫理的思考のプロセスをしてきた医療者（医師・看護師）は、「コミュニケーションツールとしてのAD」＝「ACP」を臨床実践してきた



Copy Right: Masako Minooka

(箕岡真子:2019年1月5日;第15回八幡浜在宅医療研究会講演会資料より)

DNARオーダー

- ・ DNAR (Do Not Attempt Resuscitate)
- ・ 急変時または末期状態で心停止・呼吸停止の場合に、蘇生処置をしないという取り決めのこと
 - － 心臓マッサージ
 - － 気管内挿管
 - － 人工呼吸器
 - － 薬物投与(エピネフリンなど)

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

アドバンス・ディレクティブ（事前指示）

代理意思
決定者
の選定

リビング
ウィル

DNAR

DNAR: Do Not Attempt Resuscitate

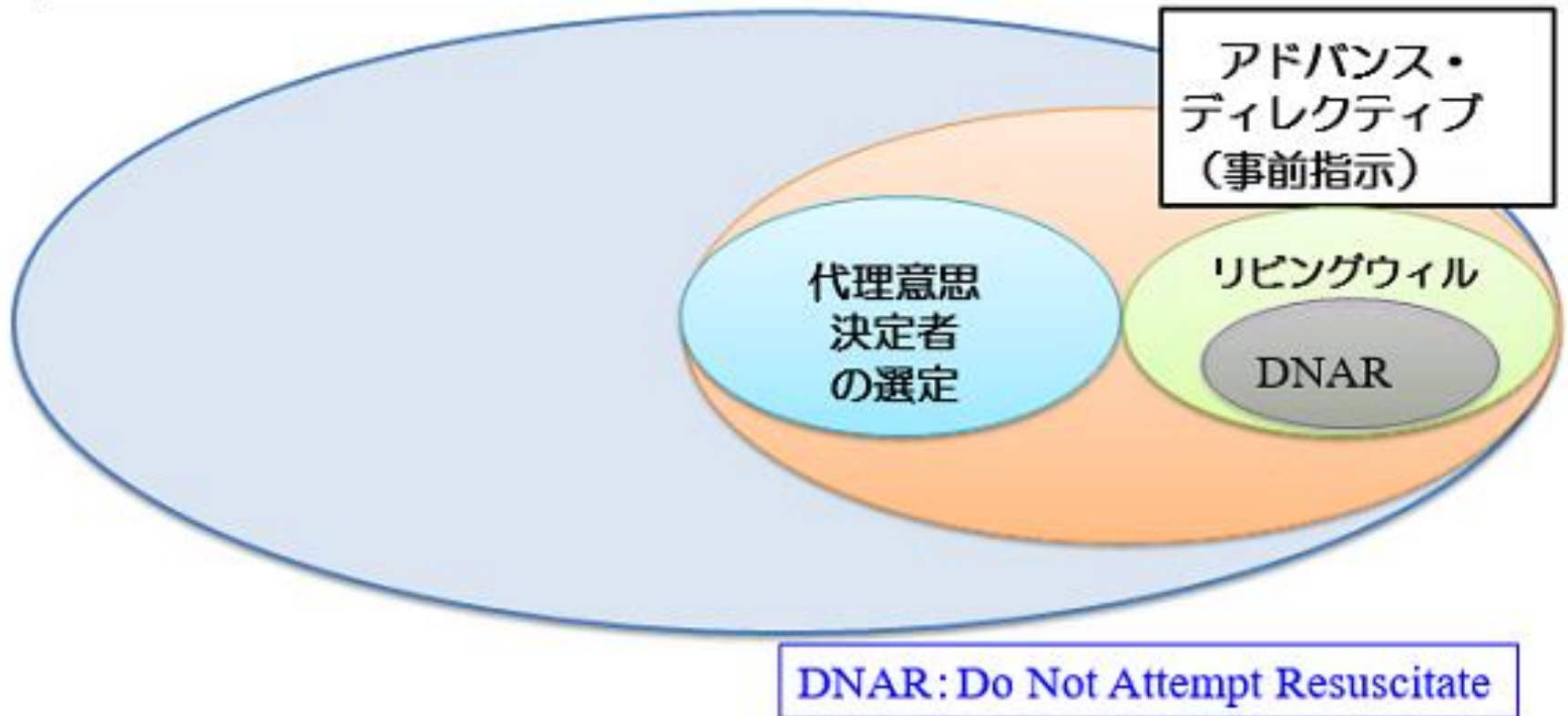
（阿部泰之：「コミュニケーションと意思決定支援」資料より）

健常期

病惱期

終末期

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



アドバンス・ディレクティブ (事前指示)

代理意思決定者の選定

リビングウィル

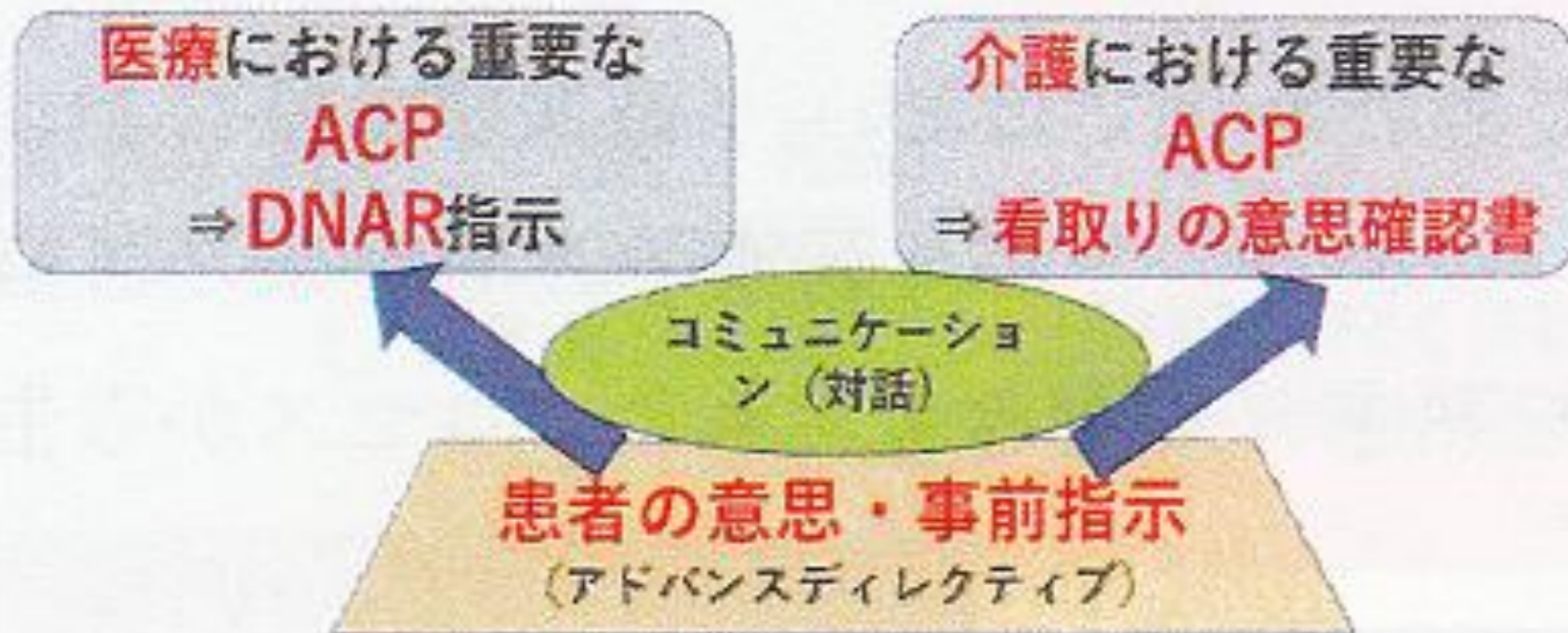
DNAR

DNAR: Do Not Attempt Resuscitate

(阿部泰之:「コミュニケーションと意思決定支援」資料より改変)

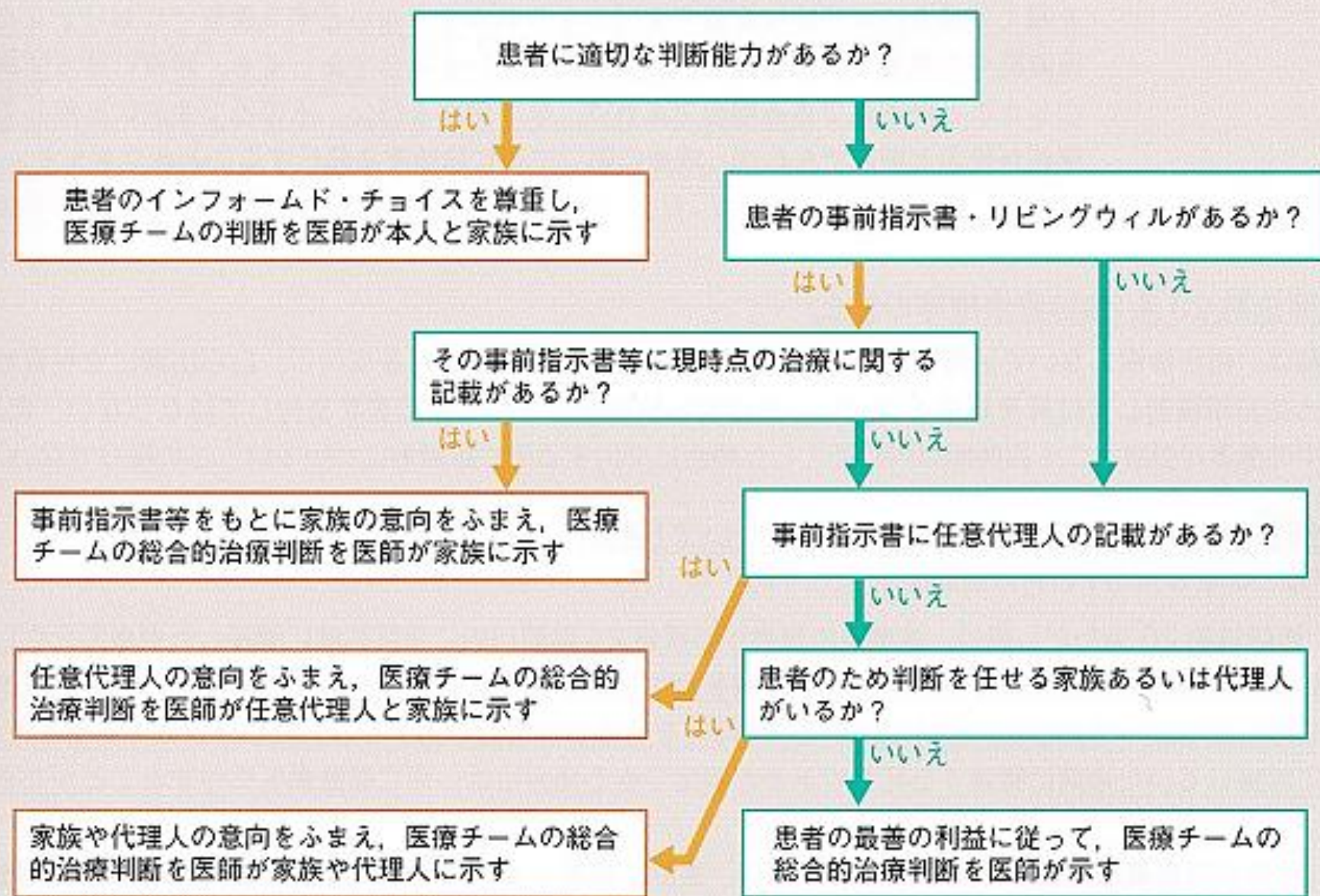
DNAR指示と

ACP(アドバンスケアプランニング)の関係は？



(箕岡真子:2019年1月5日;第15回八幡浜在宅医療研究会講演会資料より)

3 事前指示書を用いた医療決定プロセス



従来の「患者中心の医療」



薬剤師



医師



患者



介護士



看護師

新しい「コンコーダンス・モデル」



薬剤師



医師

患者もチームの一員
(身体の変化の専門家)



介護士



患者



看護師

まとめ

- 困難症例こそ多職種連携が重要であり、臨床倫理の4分割法を用いて行う臨床倫理カンファレンスは情報の共有と方向性の確認に有用な手段と言えます。
- アドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning :ACP) とは、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、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、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を意味しています。この話し合いは、たとえば入院のたびごとに、繰り返し行われ、その都度、文書として残します。
- 人は必ず死を迎えます。在宅看取りは、その人が世界に一つだけの特別病室 = 在宅でその人らしく生ききるための幸せのお手伝いであり、EBM (科学的根拠の基づく医療) を最大限に活用しながらも、NBM (物語と対話による医療) を実現する、医療・看護・介護の原点に通ずるやりがいのある現場なのです。

ご清聴ありがとうございました