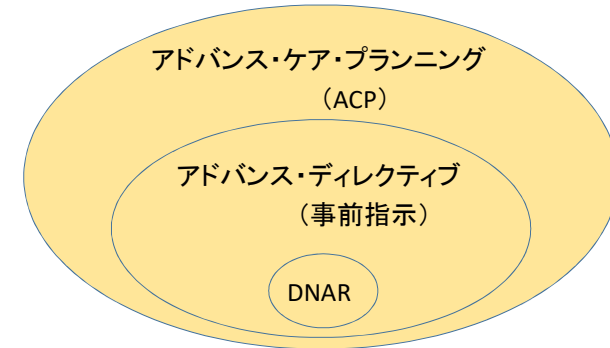


もしもの時に備え、普段から 患者・利用者の意思を確認しよう

◆◆◆ACPを理解し実践する◆◆◆

2023. 6. 23(金) 高齢者・障がい者施設研修会
新潟白根総合病院訪問看護ステーション 島中昌美

用語の整理・位置確認



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的事
 - 心臓マッサージ
 - 気管挿管
 - 人工呼吸器
- ・DNARは、救命可能なのに「治療するな」といった印象を
もたらすとの考えから、DNARが使われるようになった

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
- ・意思決定能力がなくなったときのために
意思を口頭か書面で示し残しておく
- ・延命治療、蘇生処置の有無(DNAR)
- ・献体希望、臓器提供の希望
- ・剖検希望(解剖して死因解明する)
- ・葬儀・お墓・散骨希望など

ICという言葉の適切な使い方

1. 「ドクターが患者さんにICする」
2. 「ICの場面に看護師が同席する」
3. 「患者さんからICを得る/頂く」

インフォームド・コンセント(IC)とは

情報・説明を与えられ、それを理解した上での同意・承諾

☆ICが必要な場面

- ・臨床
医療者が患者・代理決定者から得る
- ・研究
研究者が被験者、研究参加者から得る

日本老年医学会 「ACP推進に関する提言」

ACPの定義

「ACPは将来の医療・ケアについて、
本人を人として尊重した意思決定の実現を支援
するプロセスである」

- ・人として敬意を払い、人として遇する
- ・非言語の意思もくみ取る
- ・言語化した意思については慎重に対応

ACPという用語の適切な使い方は？

1. 「ACPをとる」
2. 「ACPを書いてもらう」
3. 「ACPを行う/実施する」

ACPの効果を検証

介入群では、

- ・エンドオブライフケアのレベルが高い
(本人の意思の尊重)
- ・遺族の不安、うつ、心的外傷後ストレスが低い
- ・患者・家族・遺族の満足度が高い

【文献研究】

- ・2000年1月～2012年12月
プロセスをフォローしたACP研究:20篇他

患者の感想

<介入群>

- ・医療スタッフは、私が何を考えているのか、ということにとっても興味をもってくれた
- ・スタッフは私にどうしたいのか聞いて、私の話を聴いてくれた
- ・とても具合が悪くなったときに、私がどうしたいのかなんて、以前は誰もきいてくれなかった
- ・EOLのことを話し合う機会を誰でも持つべき
- ・スタッフは信頼できる
- ・漠然とした不安が減り何でも話すことができた

患者の感想

<対象群>

- ・私に関して何が起きているのか、知るのがとても難しかった
- ・医師たちは私の話を全然聞いてなかった
- ・スタッフはみんな私のことを私抜きで話し続けた
私に発言させてくれなかった。私のことはどうでもいいようだった
- ・スタッフの態度をみていたら、私はやっかいな人と思われているようだった
- ・スタッフは私ではなく私の家族とだけ話し続けた
- ・私が高齢だから話しても理解できないと思ったようだ

ACPの効果:考察

コミュニケーションの焦点が、特定の治療法や介入よりも、治療の目標や患者の価値や考え方・思想・信条に当てられていると、患者・家族はプロセスそのものに意義を見出す

ACPIはそもそも、将来、意思決定能力が失われた時やエンドライフのためのものだが、日常の医療・ケアの満足度も向上する

➡ コミュニケーションの効果

本人にとっての最善のケアに関する項目

- ①本人の(推定)意思
- ②医学的無益
- ③医学的有益
- ④人生の物語
- ⑤家族の感情
- ⑥苦痛緩和(グリーフを含む)
- ⑦制度や地域資源の制限

医学的無益・本人意思・医学的有益の関係

医学的に無益なことはしない



(本人の希望)

●●をしてほしい

●●をしないでほしい



医学的に有益なことをする

高齢者医療におけるフレイルの重要性

ACPにフレイルの知見を活かす



科学的&倫理的に
過剰医療と過少医療を避けるために

フレイルの臨床上の有用性

- ・フレイルの移行予防
栄養、運動、減薬、社会的つながり
⇒要介護状態になる時期を遅らせる
⇒健康寿命の延伸
- ・フレイルが進行している場合
フレイルの程度に合わせた治療法の選択
重度のばあい、侵襲性の高い治療は有害無益

臨床フレイルスケール

1: 壮健 2: 健常 3: 健康管理しつつ元気

4: プレ・フレイル

5: 軽度のフレイル

6: 中等度のフレイル

7: 重度のフレイル

8: 非常に重度のフレイル

9: 疾患の終末期

フレイルが進行したら

・フレイルが進行した高齢者に対しては、今後の展開を予測しつつケアプランを立てていくこととエンドオブライフ・ケアを検討することが適切

・フレイルの進行に伴って、治療の効果を得るのは困難、投薬や医療処置が害になることもある

(手術、化学療法、放射線療法、透析、……)

❖ 暦年齢ではなくフレイルの程度が重要

救命センターからの報告

・心肺停止患者のうちADLが重度に低下していた患者86名(平均年齢84歳)にCPR

・86名中85名は同センターで死亡、1名は寝たきりで2ヶ月後に転院

日本医科大武蔵小杉病院救命センター

フレイルと慢性腎臓病(CKD)

・CKDにおけるフレイルは原因を問わず死亡リスクが増大

・80歳以上で日常生活障害が高度の場合、37%が透析導入後の3か月以内に死亡

・導入後の早期死亡が予測される高齢者においては、保存的治療を選択することも考慮すべき

(透析医会誌、聖マリアンナ医科大学誌)

フレイルが進行した高齢者の人生の最終段階に家族が・・・

「できることは何でもしてください！」

医療者がすべきでないこと

医療技術的に可能なことをし尽くすこと

医療者がすべきこと

意思決定プロセスにフレイルの評価を組み込み、

本人・家族と情報共有

⇒ ACP

救急車を呼ぶということ

⇒救命救急センターの使命

まず、命をたすけること！

そのために点滴、酸素、人工呼吸、カテーテル挿入等
命をすくうための医療処置が優先される

命を救った後の事は二の次

今後はどこで最期を迎えるか？

- ・療養病床を含め病床数が増えない
- ・超高齢化に伴い亡くなる方が増える

○自宅や介護施設(特養・介護医療院等)での
看取りが増える
⇒増えざるを得ない

医療が家に戻りつつある理由

1. 高齢社会(医療→介護)
2. 慢性疾患の増加(コントロール)
3. 技術の進歩
4. 患者本位医療への転換
5. 医療費の増大

⇒ 「人生の最終段階を自宅で過ごす」
⇒ 「自宅で死ぬ」ことを考えてみる

自宅で看取るための条件

- ・患者が在宅での看取りを希望
- ・家族が在宅での看取りを容認
- ・訪問看護師がいる
- ・最期を看取る医師がいる

在宅医療・家族介護の諸問題

- ・在宅主治医の確保
- ・家族介護力
(核家族、老々介護、独居高齢者、認認介護)
- ・感謝されない家族介護→・・・虐待
- ・終わりが見えない(がんターミナルは別)

自宅での看取りは支えるシステムが必要

(医療、看護、介護保険、地域包括支援、行政、警察、民生委員、自治会、隣近所、友人等)

多職種協働の難しさ

- ①それぞれの職種の専門教育は別々におこなわれており、交流が少ない
- ②それぞれの専門用語が他職種になじみが薄くて理解が難しい
- ③医師は顔を合わせる機会も少なく、敷居が高い
医療と介護の壁

メラビアンの法則

人と人のコミュニケーションにしめる、
言語(言葉)、語調(声)、表情(外見、態度)
の比重を分析したもの

言語	7%
語調	38%
表情	55%

- ★コミュニケーションには、表情や態度がより重要
- ★言葉だけの挨拶よりも表情や態度、外見が重要

簡単なコミュニケーションのコツ

- ①メーラビアン^①の法則の理解
- ②必殺おうむ返し
- ③書いてわたす
- ④高齢者には昔のことを尋ねる

意思決定支援の実際

人生最終段階の医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインより

【目標】

人生最終段階における意思決定を
医療・ケアチームで支援することを理解し
チームメンバーの一員として役割を発揮し
支援する

～ガイドライン

- ・意思決定支援は、チームでおこなう
- ・本人の意思と十分な情報に基づく決定が最も重要
 - 本人の意思の確認から始まる
- ・本人の意思が確認できない時は、
家族と医療チームで、患者の意思と最善を話し合う

～主なポイント

1. 病院における延命治療への対応のみならず、在宅医療・介護の現場で活用
2. 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと
3. 本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる人を前もって定めることの重要性
4. 今後、単身世帯が増えることを踏まえ、信頼できる人の対象を、家族から家族等に拡大
5. 繰り返し話し合った内容をその都度文章にまとめておき、本人・家族等と医療・ケアチームで共有すること

プロセスガイドラインのチーム

- ・本人と医療・ケアチームで対話をかさね
プロセスを歩む
- ・一人で決めるのではなく、多職種で構成する
チームで話し合って決める
- ・患者に意思が確認できない時
多職種のチームで関わり
本人にとっての最善の方針を話し合う

なぜ、医療・ケアチームで関わるのか？

- ・人生最終段階の意思決定場面では
考慮すべきものは、医学的適応だけではない
その人の人生、どう生きていきたいか、どう過ごすのかの選択
- ・人生の最終段階では
医学的に正しいことが、絶対的価値を持った最優先課題とは
言えない状況も多い
- ・だからこそ、→チームでの話し合いが必要
→チームの合意プロセスが重要
→相談支援が大切

意思決定支援の実際、どんな時どんな場面で

- ・日常の相談場面で
「体調が変化した時にこれからは・・・」
- ・病状説明の同席場面で
「今後については・・・」
- ・療養先がかわるとき
「これから療養先では・・・」

意思決定支援 I

- ・本人の「意向の明確化」への支援
☆本当の思いにたどり着くための面接・コミュニケーション
本人自身が本当は何を望んでいるのか、明確でないことも
⇒何を大切に生きてきたのかを明確に
支援者側の価値や選好が誘導要因とならないように
- ・「個別化」への支援
本人自身の価値や人生の事情、その個人にとっての
最善について個別化された判断に行きつくサポート

意思決定支援Ⅱ

・合意形成への支援

本人と家族を橋渡し
 家族内の意見の相違へ介入
 本人を中心に本人の最善を考え話し合った上で合意形成

・代理意思決定者となった家族への支援

家族の心理的な負担や自責感
 決定とその結果を巡って家族間の葛藤
 代理意思決定者の家族への支援は考慮すべき

意思決定支援Ⅲ

・本人の意向のアドボカシー（権利擁護）と共通理解

チームの意思決定支援のプロセスを
 「生命」だけでなく「人生」も考える妥当なものに
 個人の人の価値・意味・社会の存在として
 これらをアドボカシーし、チームで十分な話し合いし合意形成

・地域の医療・福祉と連携し、本人の真の希望や意向を実現していく

意思決定支援Ⅳ

・意向をつなぎ実現するためのネットワーキング

・意思決定支援によって、明確になった本人の意向や、希望を実現するためにネットワーク形成

・ネットワークを通じた、意思決定支援の実現

・連携する地域の医療・福祉の人的資源とチームを組み
 本人の真の希望や意向を実現していく

「意思決定」はプロセス

・決定はゆらぐ

変わりゆくことも当然あるもの
 「やっぱり」、「絶対」、「でも」、「もし・・・だったら」

・決定は、「その時」の、最善と考えた「決定」

「その時」、「その時」に
 何度も話し合いを重ねる＝プロセス

意思決定を支えるコミュニケーション力

- ・テーマをやり取りできる関係性の構築
- ・言語・非言語で本人から発せられる
メッセージを受け止め、思いに近づく
- ・侵襲行為にならない聴きかた・教わり方
- ・真の意向にたどり着く面接力
- ・個々人の意向の基にある個別の物語を聴く

話し合いの導入

- ・今までの医療体験・患者体験
患者を家族や知人として支えた体験
看取り体験 を通して

今後 もしもの時には…と想ったり考えたりしたことは…
- ・自分は、こんなふうにご世に過せばと思われたことは
- ・大事にしたいこと
- ・これだけは避けたいと思う事…

コミュニケーションの成立

- ・発する: 話す
↓
- ・受ける: 聴く
↓
- ・伝える: 受け手からのフィードバック
発した側が「適切に伝わった、理解された」と
実感される フィードバック
↓
- ・コミュニケーション成立: コミュニケーションのプロセス終了

人生の物語の中にあるピース(想い)

- 家族の負担になりたくない…選好
- 延命治療はしない。好きなように生きたい…選好
- 最期まで自分の事は自分で決めたい…価値観
- 人は食べられなくなったら終わりだと言っていた…価値観
- 夫を残して逝きたくない…気がかり

- ①ピースを集める (話す) 本人・家族からケアスタッフ・担当者が
医療の事、これからの事、気がかりな事
- ②記録に残す 書面等に残す 客観性が重要
- ③伝える 家族に、医療者に、関係者に
- ④見直す 直近の意思が大切

人生の最終段階において

- ✿その人にとって大切なことを
その人自身と一緒に考えるには… **面接力が必要**
- ✿最後まで尊厳ある人生を支えるためには…
 - ・自分のこととして考える
～同じ人として、仲間として 思いを馳せ
「こうしたいと思うのではないか…?」
 - ・自分とは異なる個人として尊重し
「この人にとって最善とは？」 **臨床倫理的思考が必要**

【事例Ⅰ】

- ・Aさん、86歳、女性、要介護3、3歳上の夫と2人暮らし
 - ・20年前脳梗塞、後遺症で右上下肢麻痺、車椅子の生活
 - ・5年前自尿なく膀胱留置カテーテル挿入
 - ・DSに週3回利用、入浴、DS行くことは好意的に思っていた
 - ・半年くらい前から車椅子からの転落が数回あり、夫の負担が大きくなった
 - ・市内に住む長女が施設入所をCMに相談
 - ・本人は泣いて拒否する
- Aさん、CM、訪問看護師で話す

夫や娘に迷惑かけてきたから、施設に入るのは仕方ない。だが気がかりなことがある。20歳代で亡くなった長男がいる。毎日、仏壇の水を替え線香をともしお経をあげていた。自分が施設に入ったらお経をあげてくれる人がいなくなる。私が生きている限りお参りしたい。

【事例Ⅱ】

- ・Bさん、85歳、男性、脳梗塞、心不全、心房細動、認知症、要介護2
 - ・妻と2人暮らし、妻が主介護者
 - ・食事は自立、ADL全般に誘導が必要、小規模多機能施設利用
 - ・妻が突然心筋梗塞で亡くなり、小規模多機能のSS利用する
 - ・娘2人いるが、別居、今までほとんど介護に携わっていない
 - ・娘の意向で老人保健施設に入所、娘の面会はほぼなし
 - ・近くに住む妹が洗濯の世話や面会をしていた
 - ・妹は亡くなった妻とも仲良く、よく3人でお茶を飲んで話していた
- 将来、寝たきりになったらもういいよね、治療とかそういうの
- ・老健で脳出血を起こし、専門病院へ搬送、命は助かったが呼名反応なし
 - ・療養型病院に転院、点滴と吸引の毎日、3ヶ月後肺炎で亡くなる