



多職種連携 事例検討会

スケジュール

- 19:30~19:40 (10分) 導入
- 19:40~19:50 (10分) 事例提示1
- 19:50~20:15 (25分) グループワーク
- 20:15~20:25 (10分) 発表 (3グループ)
- 20:25~20:30 (5分) 講評

今回のテーマ

多職種連携によって利用者の
ACPを支援する

Advance Care Planning

アドバンス・ケア・プランニング

アドバンス・ケア・プランニング (ACP) は、将来のケアに関する価値観、大切にしていること、気がかり、目標、選好を理解し共有することで、あらゆる年齢または健康段階の成人をサポートするプロセスである。

ACPの目標は、重篤で慢性の病気の際に、患者の表明した意思に合致したケアを入々が受けられるようにする事である。

このプロセスには、人が自分の意思決定をすることができなくなった場合に、別の信頼できる人物を選んで準備し、ケアの決定を下すことが含まれる。



Sudore JPSM 2017を参考

Advance Care Planning

アドバンス・ケア・プランニング

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。

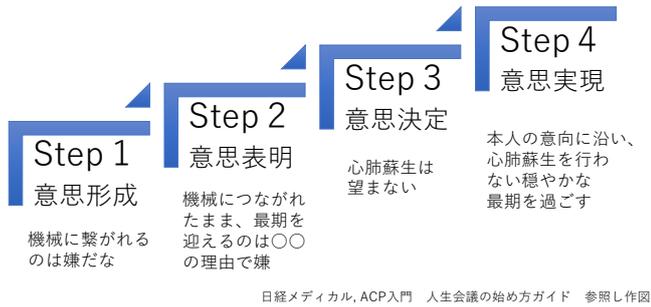


2019年6月日本老年医学会 ACP推進に関する提言

ACPを支援するとは

- 個人個人の考え生き方に基づいて、余生をどのように生きていくか、どのような医療・福祉の選択を行っていくかを考えてもらう
- 複数のステージで検討する (安定期、急性期、終末期)
- 医療職や介護職は本人のACPに沿ったサポートを展開する
- もしくは意思決定支援を行う

ACPの4つのステップ



ACPの第1ステップ 「意思形成」

本人の意思の全体像ではなく、その断片（ピース：piece）が言葉として発せられている段階

例) テレビ番組などを見ながら、「自分もこんな最期がいい」だったり、「自分だったらこれは耐えられない」というような発言

ACPの4つのステップ

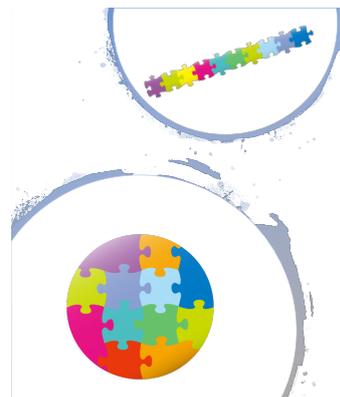
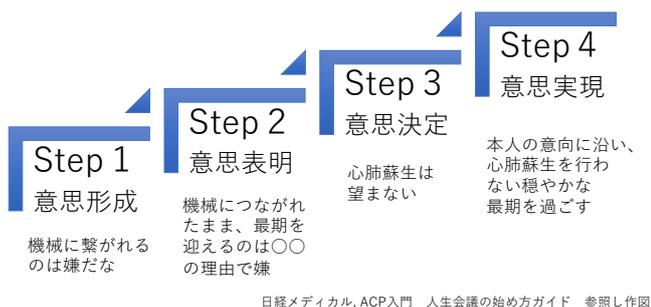


ACPの第2ステップ 「意思表明」

本人の意思の断片（想いのかけら、ピース）がパズルのように組み合わせられ、価値観、大切にしていること、譲れないこと、気がかり、目標、選好などを表明してもらう段階

例) 「機械につながれた状態は、〇〇の理由から自分らしくない」

ACPの4つのステップ



ACPの第3のステップ 「意思決定」

実際に自分はこういう医療・ケアを将来受けたいと決定する段階で、表明した価値観などに照らし合わせながら、将来の医療・ケアを選択肢の中から選んでもらう

例) 「心肺蘇生は望まない」などのDNAR (Do No Attempt Resuscitation) など

事例紹介

0さん 82歳 男性

商店を切り盛りしてきた0さん。脳梗塞、COPDを発症し、半身麻痺がある。誤嚥性肺炎やCOPD急性増悪を何度か起こし、経管栄養をすることに胃瘻も検討されているが、本当に本人の意思に合っているのか？

別資料参照

事例紹介



アイスブレイク (5分)

- 最初に自己紹介を行きましょう
 - 名前・所属
 - 最期の晩餐に食べたいもの
- 司会を1人決めてください

グループワーク1 (5分)

0さんの価値観や考え方のピースを集めてください

グループワーク2 (10～15分)

経管栄養（経鼻胃管や胃瘻）をどうすべきか、家に帰るか、施設に入れるか???

得られた情報を臨床倫理の4分割表に書き込んで下さい。

グループワーク3 (5～10分)

0さんが大切にしたいことや、今後の方針としての推定意思を検討し、医療・ケアチームとしてどのような関わりができますか？

臨床倫理の4分割表

- 医療・介護現場でなんとなくモヤモヤとする場面はある
- 患者・家族、医療・ケアチームがともに納得できる意思決定の実現を目指す
- そうした話し合いのプロセスを支援するためのツールとして利用される

医学的適応	患者の意向（選好）
QOL	周囲の状況

- 整理された情報をもとに、議論を展開する



医学的適応

- 患者の医学的問題は何か（急性か、慢性か、重症か、可逆的か、緊急か、人生の最終段階にあるか）
- 治療の目標は何か（治癒、QOL維持・向上、健康増進、予防、早すぎる死の防止、低下した機能の維持・向上、教育・相談、害の回避、臨死期苦痛緩和・支持提供等）
- どのような状況なら治療の適応が無くなるか、治療のリスクは何か
- それぞれの治療選択肢が成功する確率はどのくらいか（「医学的無益性」関連問題）、そのアウトカム（転帰）はどのような状態か
- 要するに、この患者が医学的および看護的ケアからどのような利益を得られるか、また、どのように害を避けることができるか

患者の意向（選好）

- 患者は十分な説明を受け、適切なICを与えているか
- 患者には意思決定能力があるか、同能力がないという根拠はあるか
- 同能力がある場合の、患者が述べている治療に関する意向は何か
- 同能力がない場合、患者は事前に治療に関する意向を表明しているか
- 誰が適切な代理決定者か
- この患者は治療に非協力的または協力できない状態か。それはなぜか（提案されている治療方針に協力しない・できない患者（コンプライアンス・アドヒアランスの問題））

「QOL」についての具体的な問い

- 治療をした場合/しなかった場合に、正常な生活（normal life）に復帰できる見込みはどのくらいか。そして、たとえ治療が成功したとしても、どのような身体的、精神的、社会的な欠陥が生じ得るか
- 「正常な生活」に単一の定義はない。QOL評価者、同評価基準、同評価結果の使用法に問題に留意
- 意思決定能力のない患者のQOLが本人にとって好ましくないと、本人以外が判定できる根拠はあるか
- 患者のQOL評価を偏らせる医療者の先入観（人種、高齢者、障害者、ライフスタイル、ジェンダー等に関わる）はあるか。
- 患者のQOLを改善するにあたっての倫理的課題は何か（リハビリテーション、緩和ケア、慢性疼痛コントロール等における問題）
- QOL評価の結果で、治療方針が変わる事態が生じるか（たとえば延命措置の中止）
- 延命措置中止が決定した後の緩和ケアのプランはあるか
- 医師による患者の死を補助は倫理的、法的に許容されているか
- 自殺に関する法的、倫理的状況はどのような状況か

QOL評価の留意点

- ADLとQOLは異なる。「寝たきり＝QOLが低い」とすべきでない。
- 本人の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
 - 辱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・種類
 - 身体的苦痛：侵襲度の高いケア（開腹手術など）、持続的侵襲（経鼻腸栄養など）
 - 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

「周囲の状況」についての具体的な問い

- 患者の治療に関して、医療者・医療施設側に利益相反はないか（個々の職業倫理観、他職種間関係、医療関連企業に関連して）
- 医療者と患者以外に患者の治療に正当な利害関心を持つ人々（例 家族など）はいるか
- 第三者の正当な利益保護のために、患者の秘密保持義務に限度があるか
- 患者の治療に関する利益相反状態を作り出す経済的要因はあるか（患者の支払い能力・無保険者の診療受け入れ、選択肢毎の費用と費用対効果、施設のコスト削減方針）
- 治療方針に影響する医療資源配分の問題はあるか
- 宗教的側面が治療方針を左右しているか
- 治療方針に関する法的懸念はあるか
- 臨床研究、医学教育、公衆衛生と安全（第三者及び医療者の保護）に関わる事項が治療方針に影響を及ぼすか

グループワーク (約25分)

1. 自己紹介
2. Oさんの価値観や考え方のピースを集める
3. 経管栄養をどうするか、自宅で介護ができるか、など懸念点がある中で、情報を臨床倫理の4分割表で整理しましょう。
4. Oさんが大切にしたいことなど、推定意思を想定しつつ、今後の医療・ケアチームとしてどのような関わりをしていくか検討しましょう。

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

E-FIELD資料より

多職種の合意形成

- 各職種によって情報量や視点が違うことを意識し、出し合う
- 事実認識の共通理解に努力する 無理な憶測はしない
- 議論の一例
 - 「このケースにおいて、チームにおいて『経管栄養を中止し、胃瘻も行わない（あるいは作成する）』と提案する時に、それぞれの立場で改めて懸念する点や、心配はありますか？」
 - 「出された懸念を最小にするにはどうしたらよいでしょうか？」

「患者にとっての最善」を常に意識する



多職種連携 with ACP

想いのピースpieceを拾い集め共有しましょう

お疲れ様でした