

「思いやり」が「思い込み」にならないための臨床倫理の考え方 —令和6年診療報酬改定に伴うDNAR・ACPの誤解と混乱を中心に—

宮崎大学 医学部 医学科 社会医学講座 生命・医療倫理学分野 教授
宮崎大学大学院 医学獣医学総合研究科 生命倫理コーディネータコース 教授
宮崎大学医学部附属病院中央診療部門 臨床倫理部 部長(倫理アドバイザー)
附属病院 臨床研究支援センター 教育・研修部門 部門長 併任
病院長補佐 板井 孝彦郎



病院機能評価一般病院2 (3rdG:Ver.1.1) の認定を受けました！

この度、宮崎大学医学部附属病院は、公益財団法人日本医療機能評価機構による一般病院2 (3rdG:Ver.1.1) を受審し、同機構が定める認定基準を達成して30年3月2日付で認定されました。

この病院機能評価は第三者評価によるもので、組織全体の運営管理および提供している評価を行い、病院の位置付けや問題点を明らかにします。このことにより、改善活動を推進し、病院体制の一層の充実や医療の質の向上、病院職員の意識改革的としています。



病院機能評価
審査結果

2022年度実施

宮崎大学医学部附属病院



訪問審査実施日 2022年12月13日～12月15日

病院機能評価 3rd G Ver.2.0 第1領域 患者中心の医療の推進

1.1 患者の意思を尊重した医療

1.1.6 臨床における倫理的課題について病院の方針を決定している

<評価の視点>

○臨床倫理に関する課題を病院として検討する仕組みがあり、**主要な倫理的課題について方針・考え方を定めて、解決に向けた取り組みが継続的になされている**ことを評価する。

<評価の要素>

- **主要な倫理的課題についての方針** ⇒ 患者の権利を踏まえていることを前提に**DNAR**、輸血、治療拒否等の方針策定
- **倫理的な課題を共有・検討する場の確保** ⇒ 倫理委員会等必須ではないが、「病院として判断を下す仕組みが必要」
- **倫理的課題についての継続的な取り組み**

1.1.6 臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる

【適切に取り組まれている点】
 主要な倫理的課題として「終末期医療における延命治療の差し控え・中止」「宗教的理由に基づく輸血拒否」「DNARに関する基本方針」などに加えて、2020年に「COVID-19に伴う人工呼吸器・ECMO等医療資源の公正配分と中断に関する基本的考え方」が臨床倫理部から出され導入時や中断の判断等が明記されている。迅速な対応を必要とする事案は臨床倫理コンサルテーションチームが即対応し、その後必要に応じて臨床倫理委員会が招集され審議結果を病院長に報告する流れになっている。申請事案の緊急性による臨床倫理委員会とコンサルテーションチームの分担(2:8)は実践的でシームレスな対応がされている。臨床倫理部は上級臨床倫理認定士の資格を保有する専従部長と事務職員にチームメンバーである医療安全管理部副部長、内科・外科・放射線科・精神科医師、看護師、薬剤師、臨床心理士が相談内容に応じた対応をしている。チームへの相談件数は年間70件前後あり、多職種カンファレンスや患者・家族への説明支援など相談側と複数回のやり取りを繰り返す丁寧な支援活動が行われている。実施記録の保管も含めてこれらの取り組みは高く評価できる。

宮崎大学
 宮崎大学医学部附属病院
 Faculty of Medicine, University of Miyazaki Hospital

診療科・部門 創設:2012年9月19日 創設:2012年9月29日
臨床倫理部

日本臨床倫理学会
 創設:2012年9月29日



スタッフ紹介

| | | |
|---------------------|---|------------------------|
| 部長(併) Head | 板井 孝彦郎 | 生命・医療倫理学分野教授、上級臨床倫理認定士 |
| 副部長(併) | 綾部 貴典 | 医療安全管理 教授 |
| 倫理コンサルテーションチーム・メンバー | 部長、医療安全管理部副部長、医師(内科系・外科系・放射線科・精神科)、看護師、 ※事務スタッフ: 2017年「臨床倫理認定士」資格取得 2019年「上級臨床倫理認定士」資格取得 | |
| 事務職員 | 三浦 由佳里 | 上級臨床倫理認定士 |

NHK総合「おはよう日本」2012年6月1日放送
 臨床倫理コンサルテーション・チームの活動



日本臨床倫理学会 Japan Association for Clinical Ethics

- ご挨拶 理事長あいさつ 副理事長あいさつ
- 学会案内 学会概要 学会会則 発起人一覧 役員名簿 分科会
- 年次大会 次回大会 過去の大会
- 機関誌 機関誌概要 最新号案内 バックナンバー 投稿規程 執筆要領 購入申込(外部)
- 活動報告 最新講演案内 活動のお知らせ 過去の活動報告 講演・研修実施
- 入会方法・変更 入会方法 ご入会の流れ 年会費 変更および内退会
- トピックス トピックス一覧 最新トピックス 雑誌掲載 新聞掲載

HOME English

臨床倫理認定士

- 目標
- 受講資格
- 募集人数
- 日時・会場
- 参加費
- 申込方法
- カリキュラム
- その他・注意事項
- お問い合わせ先

日本臨床倫理学会
臨床倫理認定士 養成研修 2016 基礎編
 (臨床倫理アドバイザー)

目標

臨床倫理認定士コース(以下、本研修)の目標は、「臨床現場における倫理問題に気づき、問題点を特定し、分析し、解決するアプローチを理解すること」にあり、そのために、「医療・看護・介護を含めた臨床の領域における倫理的基礎知識と対処のための手順を習得する」ように、講義、グループワーク、事例検討会等で構成されています。

受講資格

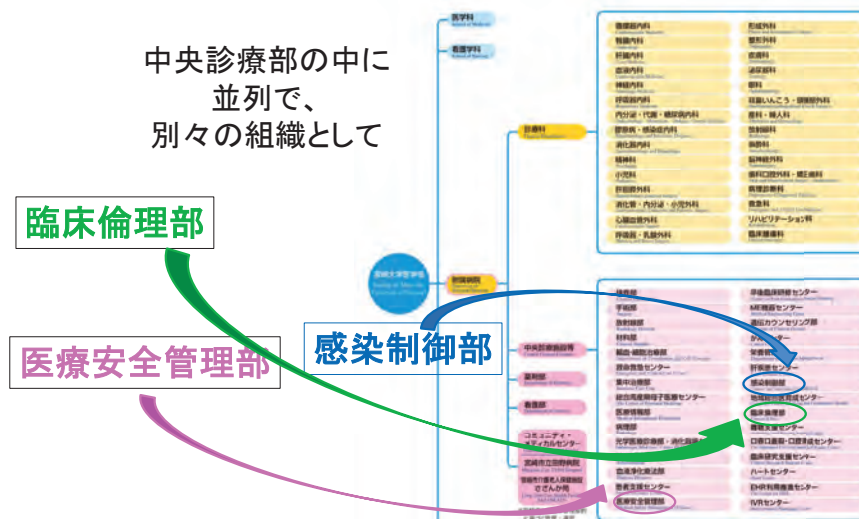
「臨床倫理コンサルテーション」とは？

Clinical ethics consultation is “a service provided by an individual or a group **to help** patients, families, surrogates, **healthcare providers**, or other involved parties address uncertainty or conflict regarding value-laden issues that emerge in healthcare.” (ASBH, pp.3)

臨床倫理コンサルテーションとは、「患者、家族、代理人、**医療従事者**、その他の関係者が、保健医療において生じた価値問題に関わる不安や対立を解消するのを**支援する**、個人やグループによるサービス」である。

ASBH, Core Competencies for Health Care Ethics Consultation : The Report of American Society for Bioethics and Humanities (SHHV-SBC Task Force on Standards for Bioethics Consultation). Glenview, IL. 1998.

宮崎大学医学部附属病院の組織図



JA茨城県厚生連を提訴 死亡男性遺族「医療ミス」

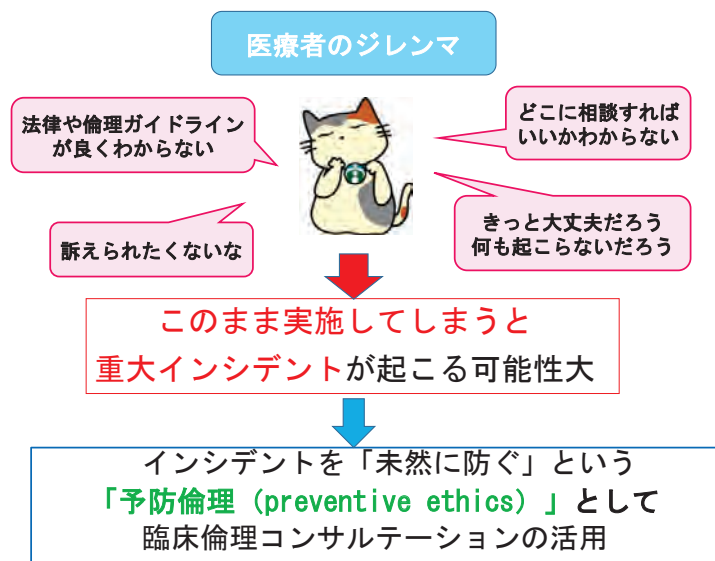
毎日新聞 2023年8月31日(木)

誤嚥性肺炎で入院していた茨城県南地区の70代男性が医療ミスで死亡したとして、男性の遺族が、土浦協同病院を運営するJA茨城県厚生連を相手に約3670万円の損害賠償を求める訴訟を東京地裁に起こした。

訴状によると、男性は2018年2月、**誤嚥性肺炎のため同病院に入院。翌3月に体調が急変して死亡した**。死後画像の診断では「死因の特定は難しいが、誤嚥を疑う所見がある」とされた。**遺族側は、窒息を発見した時点で、担当医師や看護師が直ちに吸引や心肺蘇生をすれば命を救えた可能性が高い**として、病院側の注意義務違反を主張。

中でも、**患者の尊厳を守るため心停止時に心肺蘇生しない措置(DNAR)について病院側の誤認を指摘。救命措置を怠ったのは重過失に当たっている**。

代理人の弁護士は「DNARを巡る訴訟は過去にない。全国的にDNARを正しく理解し、同じような医療過誤が起きないようにしてほしい」と語った。





‘協働’ と ‘棲み分け’ の例

ポケットマニュアルに 「臨床倫理」項目を追加

| 目次 | |
|--------|-------|
| 【医療安全】 | 30ページ |
| 【感染対策】 | 34ページ |
| 【臨床倫理】 | 16ページ |
| 【輸血】 | 4ページ |
| 【作業標準】 | 33ページ |
| 【添付】 | 23ページ |



盛り込んでいる 【臨床倫理】に関する内容 院内のガイドライン等



- 職業倫理指針
- **臨床倫理指針**
- 「臨床倫理委員会」及び「臨床倫理コンサルテーション」
- 救命救急における延命治療の差し控え・中止に関するガイドライン
- 救命救急以外の「終末期医療」に関するガイドライン
 - (ドナーカード保持者に対する方針と対応手順について)
- **DNARに関する基本方針・DNARおよび「家族の同意」に関するQ&A**
- インフォームド・コンセントに関する基本方針

DNARに関する基本方針

宮崎大学医学部附属病院 臨床倫理部

1. DNARとは、Do Not Attempt Resuscitationの略であり、その定義は「予期・予測していた心肺停止時に、蘇生の可能性が極めて低く、効果が望めないCPRは、あえて意図的に行わないこと」である。

※「R」は「Rescue」ではなく、CPR (Cardio Pulmonary Resuscitation : 心肺蘇生) の「R」と同じなのだから、とりわけ急性期において「Rescue (救命) しない」という意味のDNARはあり得ない。

2. 予期・予測していなかった心肺停止時に、蘇生の可能性が高い(もしくは一刻一秒を争うような状況下で、高いか低いか不明な)CPRは行う。

※特に、「心肺停止していない患者」に対して「DNARという指示があるので、何もしない」というのは、まったくの誤解であることに注意する。

3. 患者・家族と話し合う際には、「DNAR」という抽象的で、曖昧な表現を安易に使うのではなく、例えば「侵襲性の高い気管挿管や、IVHなどの高カロリー輸液は行わないが、全身倦怠感や脱水などの不快な症状や、治療可能な合併症に対しては適切に静脈路確保と薬物投与を行う」など、ひとつひとつの医療行為について具体的に確認し、説明記録フォーマットに記載する。

※説明に際しては、「余計なこと」や「過剰なこと」など、最初から「やらない方がいいもの」というニュアンスを入れ込んだ、抽象的な表現は使わないように心掛けること。

4. DNARという表現を使うときには、不用意な「拡大解釈」に気を付けて、「延命治療の差し控え・中止」との違いを意識しつつ説明を行い、「心肺停止時にCPRを行わないこと」に関する同意が得られた場合は、カルテに「DNAR」と明記する。

※「医学的に無益」という表現についても、「無駄なことだから、やる必要がないこと」というマイナスのイメージを強く印象付けてしまう危険を伴うので、避けること。

Q1. 医療者側が、DNARについて患者や家族と話し合いをする場面では、どのような点に気を付けて、どのように話をすればよいのでしょうか？

【良くない例】

医療従事者:「あのですね、患者さん、ご家族さん。この先のことなんですけど、ご病気の経過からすると、そろそろ**死が近い**と思います。その時にですね、**余計なことはしない**、というか、**過剰な延命はしない**、ということについてなんですけど、どうでしょうか？」

患者・家族:「え！...死が近いって、そんな...」

でも、“余計なこと”や“過剰な延命”をどうするかってことですか...？ もちろん、**そんな“余計なこと”や“過剰な延命”みたいな、無理やり命を引き延ばすようなことはして欲しくはない**ですから...そういうのは、しなくていいです。」

その一方で医療者側としては、“余計なこと”や“過剰な延命”というコトバを使いながら、頭の中では「**気道確保 (airway)**、人工呼吸 (breathing) および**心臓マッサージ (circulation)**」というBLS (Basic Life Support) を「**行わない**」ということを具体的にイメージしていたり、あるいはまたBLSだけでなく、「**気管挿管をはじめとする確実な気道確保と高濃度酸素投与、電気的除細動 (defibrillation) および静脈路確保と薬物投与**」を含むACLS (Advanced Cardiac Life Support) も「**行わない**」ということまでイメージしている。

つまりは、**こうした「具体的な中身」が、患者・家族側に伝わっていない、共有されていない**ことが、現場で往々にして起こってしまっている。

医療従事者:「なるほど、わかりました。では、DNARということにしましょう。」

患者・家族:「でいー、えぬ...？ その言葉はよくわかりませんが、とにかく**“余計なこと”**とか**“過剰なこと”**っていう、“**やり過ぎ”**みたいなことはしなくていいです。」

=====

【なぜ良くないのかに関する解説】

上記のような説明の仕方では、患者さんやご家族は“余計なこと”とか“過剰な”というコトバに**引きずられてしまって**、漠然としたマイナス・イメージを浮かべてしまい、自分たちなりに「無理やり命を引き延ばす」のなら止めて欲しい、という結論を導き出している。

そうした「具体的なイメージの共有」ができていないと、いざ、患者のバイタルが不安定になったり、心停止した際に、医療者がご家族に対し、「以前、お話し合いをさせて頂いたとおり、**DNARなので、何も処置はしませんので**」と言ったとすると、どうなるか、想像してみると、おそらくご家族の反応としては、以下のような事態になるのは必然である。

=====

家族:「え！ちょ、ちょっと待って下さい。**何もしない、ってどういうことですか？**確かに私たちは、この前、“余計なこと”とか“過剰な延命”みたいなことはしないでは言いました。でも、“何もしない”なんて、そんなこと！ぜんぜん聞いてません！見捨てないでください！最後まで、最善を尽くして下さい！なんですかその、**でいー・えぬ・えー・あーって！全然意味がわからないです、そんなの同意できないです！**」

=====

<こういう事態を予防するために重要な手順>

1. DNARは、「予期・予測していた心停止の際に、効果がないと考えられるCPRを行わないこと」とであると、医療者側として十分理解しておくこと。

2. 患者・家族と話し合う際には、「DNAR」という抽象的で、曖昧な表現を安易に使うのではなく、例えば「侵襲性の高い気管挿管や、IVHなどの高カロリー輸液は行わないが、全身倦怠感や脱水などの不快な症状や、治療可能な合併症に対しては適切に静脈路確保と薬物投与を行う」など、ひとつひとつの医療行為について具体的に確認し、カルテ2号用紙等に記載すること。

したがって、DNARというコトバを使うときには、不用意な「拡大解釈」に気を付けて、「延命治療の差し控え・中止」との違いを意識しつつ、患者・家族と話し合う際には、「死ぬ」というコトバもできるだけ避けつつ、次のようにすると良いと思われる。

【良いと思われるひとつの例】

=====

医療従事者：「患者さん、ご家族の皆さん、これから先のことなんですけど...。なかなか私たちとしてもお伝えするのが難しいことなんですけど、ご病気の経過からすると、必ずしも良い方向に向かっているとは言い難い状況です。」

患者・家族：「...え？ 良い方向に向かってないって、どういう意味ですか？」

3. 「2」のような行為を、「DNAR」ではなく、どのような表現で統一するかについては、各診療科の特性を考慮する必要もあるので、一律には決定することは難しいが、例えばすでにかん診療領域で使われているBSC(Best Supportive Care)という表記を一例としては推奨する。

※しかし、「BSC」というコトバもまた、誤解のないように周知徹底する必要がある。

BSCも、よく誤解されるような「積極的な侵襲的治療介入は、一切何もしない」ではなく、患者さんの疾患特性、病態などに応じてきちんとアセスメントを行い、ベスト(=最善)の治療行為は実施するという意味であるから、確かに抗がん剤や抗腫瘍的な放射線治療は控えていくとしても、「侵襲性を伴うような治療介入は何もしない」ではない。

医療従事者：「私たちとしては、患者さんの生きる力をできるだけ引き出そうと試みてきました。もちろん今も、そしてこれからも変わらず、最善を尽くしていきたいと思っています。」

ですが、今の状況では病気を完全に治す、ということが難しい段階になってきています。

その意味では、いま行わせて頂いている抗がん剤治療や、放射線治療は、癌細胞だけでなく、正常な細胞も壊してしまう副作用があるために、かえってこのまま続けていると、患者さんご自身がおられる、生きようとする力を奪ってしまうのではないかと考えています。

そのため、現在行っている治療のあり方としても、生きようとする力を大切にするのであれば、止める、という選択をした方がよいと考えられるものが出てきた、ということになります。」

患者・家族:「治療を止める...? 治療を止めるってことは、もう治らないから、諦めてくれ、もう死んじゃうから、治療をしても意味がないって意味ですか!？」

医療従事者:「いいえ、決して、諦めて下さい、という意味ではありません。そうではなく、患者さんご自身がもっている、生きようとする生命力を奪ってしまうような治療は、止めてみてはどうでしょうか?というご提案になります。それ以外の、患者さんご自身が、生きる力を十分に発揮できるように支えるための治療は、もちろん継続していきます。患者さんにとって必要な治療はしっかりと維持して、でも、効果がないだけでなく、かえって副作用の方が強くて、生きる力を発揮する上でブレーキをかけてしまうものは控えましょう、という選択肢になります。」

第111回医師国家資格試験(平成29年2月)
抜粋 C-13番

DNAR 指示について正しいのはどれか。

- a 胃瘻中止の指示である。
- b 積極的安楽死の一種である。
- c リビングウィルの一種である。
- d 緩和的鎮静中止の指示である。
- e 心肺蘇生処置不要の指示である。

患者・家族:「.....それは、つまり、延命治療になるから、止めた方がいい、っていう意味でしょうか？」

医療従事者:「そうですね。ですが、いったい何が、どこからが無理やり命を引き延ばすための延命なのか、それは患者さんお一人お一人の病気の状態によって変わってくることになります。ですから、決して治療を止めるという選択をすることは、生きることを諦める、ということではありません。私たちは、患者さん、そしてご家族の皆さんといっしょに、最期まで最善を尽くします。」

第118回医師国家資格試験(令和6年2月)
C-71番

患者の今後について、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)を行う方針となった。
誤っているのはどれか。

- a 多職種で支援する。
- b 患者より夫の意向を優先する。
- c 話し合った内容を記録に残す。
- d 患者が話しやすい環境を整える。
- e 患者の意思を繰り返し確認する。

コロナ禍を経た今だからこそ、「急性期」になる前に、
あらかじめ(advance)「話し合っ」ておいて、
できるだけ本人に「**自己**」決定を！

⇒ 急性期においては「**時間がない！**」ことは事実、

だからこそ、急性期の「**前**」に「**あらかじめ**」話し合っ」ておいて頂いて、リビングウィルなどの「**書面**」に残しておいてもらったり、あるいは、書面にならなくても、「事前に話し合っ」て頂いてた内容を、家族等の方々に、電話でもリモート面会の場でも、「**思い出してもら**う」ことが**大事！！**

それは、その通りではあるのだけれど・・・

第118回医師国家資格試験(令和6年2月) C-71番

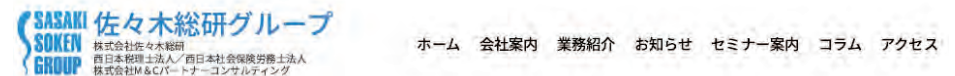
患者の今後について、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)を行う方針となった。
誤っているのはどれか。

- a 多職種で支援する。
- ~~b 患者より夫の意向を優先する。~~
- c 話し合った内容を記録に残す。
- d 患者が話しやすい環境を整える。
- e 患者の意思を繰り返し確認する。



令和6年度診療報酬改定について

入院料の通則に「患者の意思決定支援を行う」こと、「緊急やむを得ない場合を除き身体拘束を禁止する」ことを盛り込む



令和6年度診療報酬改定～入院①入院料の通則について～

長 幸美 2024.04.10 **医療介護あれこれ**

令和6年度改定において、入院料の通則が改定されました。

これまでの、①入院診療計画の策定、②院内感染防止対策、③医療安全管理体制、④褥瘡対策、及び⑤栄養管理の基準、に加え、⑥栄養管理体制の基準の明確化、**⑦人生の最終段階における意思決定支援、及び⑧身体的拘束の最小化の取り組みを要件化しています。** **通則に盛り込まれた(要件化)ということは、実施しなければ、入院料の算定は認めないということに**

人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、厚生労働省「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」(以下、「ガイドライン」とする。)等の内容を踏まえ、意思決定支援に関する指針を作成することを要件とする入院料等の対象を見直すこと、**入院した患者さんに対し、ACPの実践ができる体制が必要**であるということです。

ただし、この体制については、小児や思春期精神科病棟などの、特定の病棟(病床)については除外



原則すべての病棟で「人生の最終段階でどういった医療を受けたいか」の意思決定支援を

2024年度診療報酬改定では、この大前提の中に、(1)意思決定支援(2)身体拘束最小化に努めなければならないことが盛り込まれました。例えば、急性期病棟においても高齢の入院患者割合が増加しており、「人生の最終段階において、どのような医療・ケアを受けたいか、逆に受けたくないのか」を患者自身がどう考えているのかを明確にし、その考えに基づいた医療・ケア提供が極めて重要となっていること、入院医療の場では、少なからず「身体拘束」が行われており、患者のADL・QOLを著しく低下されていることなどを踏まえた対応と言えます。

▽医療機関において、厚生労働省「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」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定める

→ただし、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料、児童思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟「のみ」を有する医療機関はこの限りでない(こうした医療機関では指針を定めずともよい)

改定

7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、**意思決定支援及び身体的拘束最小化**について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節(特別入院基本料等を含む。)、**第3節及び第4節(短期滞在手術等基本料1を除く。)**の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。

8 (略)

9 7に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、**身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、第1節(特別入院基本料等を除く。)、第3節及び第4節(短期滞在手術等基本料1を除く。)**の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき40点を減算する。

現行

7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節(特別入院基本料等を含む。)**及び第3節**の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。

8 (略)

(新設)

適切な意思決定の支援について

平成30年度診療報酬改定

➤ターミナルケアに関連する報酬において、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応を要件とするとともに、ターミナルケアの充実を推進する

| | |
|---|---------|
| 【在宅ターミナルケア加算(在宅患者訪問診療料)】 (有料老人ホーム等とそれ以外で報酬を区分) | |
| 機能強化型在宅診療・在宅病(病床あり) | 6,500点 |
| 機能強化型在宅診療・在宅病(病床なし) | 5,500点 |
| 在宅診療・在宅病 | 4,500点 |
| その他の医療機関 | 3,500点 |
| 【訪問看護ターミナルケア療養費】※ | |
| 訪問看護ターミナルケア療養費1 | 25,000円 |
| 訪問看護ターミナルケア療養費2 | 10,000円 |

ターミナルケアの実施については、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人及びその家族等の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

令和2年度診療報酬改定

➤地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料及び療養病棟入院基本料について、「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」等の内容を踏まえ、**適切な意思決定支援に関する指針**を定めていることを要件とする。

【経過措置】

令和2年3月31日時点において現に地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料又は療養病棟入院基本料を届け出ているものについては、令和2年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

原則すべての病棟で「人生の最終段階でどういった医療を受けたいか」の意思決定支援を

人生の最終段階において「どのような医療を受けたいか、逆に受けたくないか」を、家族や友人、さらに医療・介護専門職と「繰り返し」話し合い、できればそれを文書しておく。

例えば、「自分は無理な延命処置をしてほしくない」と望んでいても、その希望を医療者が把握していなければ、懸命な蘇生措置などが行われることとなります。これは患者にも医療者等にも不幸なことです。そこでACP(人生会議)を普及し、「自分がどのような医療・介護を受けたいか、逆に受けたくないか」を明確にしておくことが重視されているのです。

こうしたご心配は大丈夫です!!



ACP (Advance Care Planning) とは?

将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの

意思決定を支援するプロセスのことです。

患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目標にしています。



日本医師会キャラクター 日医君

日本医師会

厚生労働省「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」解説編 平成30年3月(初出:平成19年5月、平成27年3月改訂)

第2部 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

2) 本人の意思の確認ができない場合

本人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必要がある。

- ① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。
- ③ 家族等がない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

注12 家族等とは、今後、単身世帯が増えることも想定し、本人が信頼を寄せ、人生の最終段階の本人を支える存在であるという趣旨ですから、法的な意味での親族関係のみを意味せず、より広い範囲の人(親しい友人等)を含みますし、複数人存在することも考えられます(このガイドラインの他の箇所でも使われている意味も同様です)。

• * 注12

家族等とは、今後、単身世帯が増えることも想定し、本人が信頼を寄せ、人生の最終段階の本人を支える存在であるという趣旨ですから、

法的な意味での親族関係のみを意味せず、より広い範囲の人(親しい友人等)を含みますし、複数人存在することも考えられます。

ACP (Advance Care Planning) とは?

将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの

意思決定を支援するプロセスのことです。

患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目標にしています。



日本医師会キャラクター 日医君

日本医師会

厚生労働省「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」解説編
平成30年3月(初出:平成19年5月、平成27年3月改訂)

第2部 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

② 時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化しうるものであることから、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明がなされ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行われることが必要である。この際、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等も含めて話し合いが繰り返されることも必要である。

③ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

※注9 話し合った内容を文書にまとめるにあたっては、医療・介護従事者からの押しつけにならないように配慮し、医療・ケアについての本人の意思が十分に示された上で、話し合った内容を文書として残しておくことが大切です。

※注10 よりよき人生の最終段階における医療・ケアの実現のためには、まず本人の意思が確認できる場合には本人の意思決定を基本とすべきこと、その際には十分な情報と説明が必要なこと、それが医療・ケアチームによる医学的妥当性・適切性の判断と一致したものであること

• *注9

話し合った内容を文書にまとめるにあたっては、**医療・介護従事者からの押しつけにならないように配慮し、医療・ケアについての本人の意思が十分に示された上で、話し合われた内容を文書として残しておくことが大切です。**

ですので、この「文書」とは、例えば患者さんに「**尊厳死の宣言書**」のような「**書面**」を「**書かせること**」ではなく、医師や看護師など、さまざまな多職種が、日々の診療業務等の中で、患者さんや時には家族や友人と「**話し合ったこと**」を、都度、「**2号紙**」や「**看護記録**」等、電子カルテの「**プログ्रेसノート**」に「**残す**」ということであって、今までやって来られた「**記録**」そのものですから、**何も「特別なこと」ではないし、余計な記録業務が増えることでもない**のです。



❁ ACPの留意点はありますか？

ACPは、前向きにこれからの生き方を考える仕組みです。その中に、最期の時期の医療及びケアのあり方が含まれます。リビング・ウィル等のAD (Advance Directive; 事前指示) の作成も入ることがあります。

主体はあくまでも患者さん本人です。

患者さんの意思は変化する可能性がありますので、**繰り返し話し合う**ことが重要です。

地域で支えるという視点から、かかりつけ医を中心に、看護師、ケアマネジャー等の介護職、ソーシャルワーカー等の多職種で、**患者さんの意思に寄り添う**ことが理想です。

その場で決まらないこともありませんが、話し合いの内容は、その都度、文書にまとめておくことが大切です。

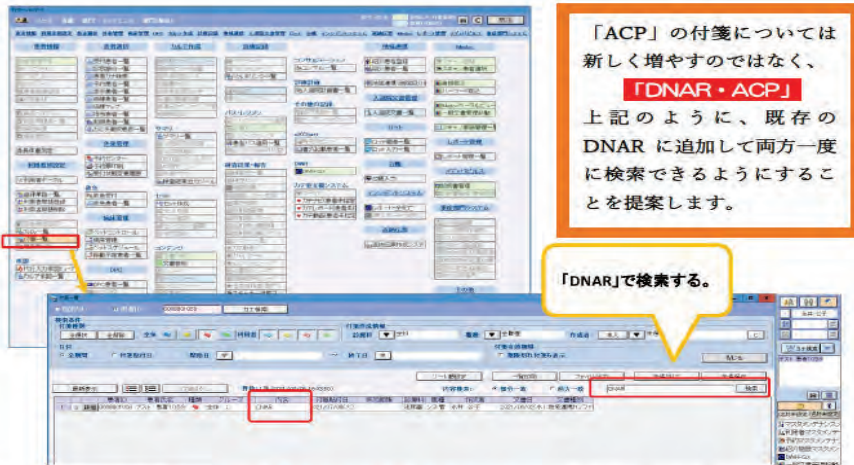
まずは、話し合いのきっかけをつくらたり、話し合いのプロセスの場を提供することが重要です。



「書きたくない」という大切な「自己決定」

「エンディング・ノート」のような「書面」を書きたくない、という患者に対しては、決して無理やり書かせてはダメ(法的にも無効)です。

この点をもし忘れてしまうならば、患者や家族の立場からすると、「早く決めろ」と急かされているように感じてしまい、結果としてそのことが、まるで「無言の圧力」となって、厚生労働省の指針にあった「**医療・介護従事者からの押し付け**」(たとえ医療者側に「悪意」がなかったにしても)になってしまい、**それこそ診療報酬の入院料通則減算につながってしまいます。**



今回の「ACP」についても特別な記録をあらたに記載するのではなく、厚労省指針が重視しているように患者や家族等と「都度、話し合った内容のプロセスを記録すること」に重点を置き、DNARと同様、ACPに係わる記録を残したら「ACP」の付箋機能を活用し、キーワード検索をすることで「時系列」をそのまま医療監視等の際、調査官に示すことができる上に、「転記ミス」も防ぎ、かつ最新の情報にアクセスできることを提案します。

DNARに関する基本方針

宮崎大学医学部附属病院 臨床倫理部

補遺：DNARはACP（Advance Care Planning：通称「人生会議」）の一部ではあるが、DNARはあくまでも「心肺停止時のCPRを行わないこと」であって、ACPは「どう暮らし、どう生きるか」という「生活モデル」の視点で考えることが重要であり、その点がDNARとの大きな違いであることを十分理解しておくこと。

附則

2017（平成29）年10月30日 制定

2024（令和6）年〇月〇日 更新〔補遺を追記〕

＊ ACPでは何を話し合えばよいのですか？

将来の変化に備え、患者さんの意思を尊重した医療及びケアを提供し、その人生の締めくくりに寄り添うために必要と考えられる内容について話し合う必要があります。

たとえば…

患者さんの状況

- 家族構成や暮らしぶり、どのようなものですか？
- 健康状態について気になる点はありませんか？
- 他ににかかっている医療機関（治療内容）や介護保険サービスの利用はありますか？ など

患者さんが大切にしたいこと（人生観や価値観、希望など）

- これまでの暮らしで大切にしてきたことは何ですか？
- 今の暮らしで、気になっていることはありますか？
- これからどのように生きたいですか？
- これから経験してみたいことはありますか？
- 家族等の大切な人に伝えておきたいことは何ですか？（会っておきたい人、最期に食べたいもの、葬儀、お墓、財産など）
- 最期の時間をどこで、誰と、どのように過ごしたいですか？
- 意思決定のプロセスに参加してほしい人は誰ですか？
- 代わりに意思決定してくれる人はいますか？ など

まとめ：AD、ACP、ALPとは？

AD＝アドバンス・ディレクティブ

「事前指示」と訳され、口頭もOK（カルテに記録）
※書面になったものを「事前指示書」といい、様々な書式があり、エンディング・ノートもそのひとつ。

ACP＝アドバンス・ケア・プランニング

※愛称は「人生会議」に決定

ALP＝アドバンス・ライフ・プランニング

「事前の人生設計」という意味で、ADを【キッカケ】
大事な【手掛かり】としながら、「あなたが、どこで、誰と、どのように生きるか」＝「最期まで、どんな暮らしをするか」を共有することが、最も大事！！



どう「死ぬか」ではなく、
どう「生きるか」のために

※ ACPのまとめ

- 患者さんの意思を尊重した医療及びケアを提供し、**尊厳ある生き方を実現すること**がACPの目的です。
- 医療及びケアの提供は、**患者さんの意思が一番大事**です。それを確認するために、ACPの実践が必要です。
- 患者さんが意思を明らかにできるときから**繰り返し話し合い**を行い、**その意思を共有することが重要**です。
- 患者さんの意思が確認できず、**ACP**においても、共に話し合い、意思を共有する**SDM: Shared Decision Making**「**協働意思決定**」が大切！！
- かかりつけ医を中心に多職種が協働してケアを提供することが重要です。

詳しくは、日本医師会のホームページをご覧ください
https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/006612.html



第118回医師国家資格試験(令和6年2月) E-13番

共同意思決定〈シェアードディシジョンメイキング〉の説明で正しいのはどれか。

- 医療者が最善と考えた方針を説明し同意を得る。
- 医療者が提供した選択肢から患者が選択する。
- 医療者と患者がともに最善の方法を探る。
- インフォームド・コンセントと同義である。
- 患者の経過が確実に予測できる場合に適している。

SDMにおける医師(医療者)の役割は 「ガイドランナー」

The role of medical professionals
in SDM
is
just like guide runners.



◎主人公は、あくまでも「選手」
※ガイドランナーは、選手より
「**早すぎても**」「**遅すぎても**」**ダメ**
※でも、コースアウトしないように
「**誘導**」し、ゴールまで「**導く**」。

◎主人公は、あくまでも「患者」
※医療者が「押しつけ」⇒**パターナリズム**
※患者だけが「決める」と、コースアウト
※共に「ゴール」に向かって**協働**
⇒**Shared Decision Making**

Evidence never tells you what to do.

EBMを提唱したマクマスター大学のGuyatt氏は、著書の中で
“**Evidence never tells you what to do**”と述べていた[1]。

* EBMが提示していることは「**医学の不確実性**」であり、確かにエビデンスがあった方が蓋然性が高くはなるが、常に「**確率論**」の**限界から逃れることはできない**。それゆえに、どうすることが「**最善**」なのか、それだけで「**決める**」ことはできないという意味で、**エビデンスは臨床判断を「助けるもの」**である。

[1] Guyatt, G.H., Evidence-based medicine, ACP Journal Club. 1991 Mar-April, pp. 114.

倫理的に考察した 「善」の＜二重構造＞

＜「善」の二重構造＞

一般に「善(善いこと)」には、「善いことなのだから、すべからず皆さん、そうしましょう、そうすべきです」という「推奨性」が伴うとされる。

①「推奨的善」(commendable good) ≡ **絶対善**

一方で、「推奨性」を伴わない「善」がある。

②「許容的善」(permissible good) ≡ **相対善**

※本来は「善くない」ことなのだが、「絶対悪」とは言えず、一定の条件もとに「善しとする(=許容される善)」。

「同情」と「共感」の違い

⇒ところで、ここで皆さんに問題です。

Q:「同情」と「共感」の違いについて、80字以内で述べよ。
(但し句読点は含まない。)

「同情」=「私なら」という視点。悪意はなくても「自己中」!

「共感」=「この患者さんは、何を望んでいるのか」を常に意識しようとする視点。

※どこまでも「患者中心」!

倫理問題を「個人の悩み」にしない

是非とも強調しておきたいことは、**現場の倫理問題を「個人の悩み」にしない**、ということです。

それは、倫理的ジレンマに遭遇したスタッフが“独善”に陥らないようにするために不可欠であるばかりでなく、問題を抱え込んだ現場スタッフが自分独りでなんとか解決しようとする余り「**バーン・アウト(燃え尽き)**」しないようにするためにも**重要**だからです。どんなに優れた倫理的判断力を持っている現場スタッフであっても、多忙な勤務状態では「**精神的な視野狭窄**」に陥ります。

本日、皆さんに一番お伝えしたいこと

Q:そもそも「倫理的な医療従事者」って何???

A:“清廉潔白で聖人君子のような人格者になること”

...ではない!!

⇒えー!? そうなの??? じゃあ、どうすれば???

「**同情(sympathy)**」と「**共感(empathy)**」の違いを理解し、自分が「**独善**」に陥っていないかを一歩立ち止まって考え、自分の判断を他のスタッフと共有する「**チーム・プレー**」ができること!!

「倫理的である」ために必要なく2つの要素>

① 道徳性 morality

*「善意」から患者のために、という使命感は大切だが、それが独り歩きした「独善」が危険！

② 適法性 legality

*「法(ガイドライン含む)＝ルール」を逸脱しないこと。
→しかし、「法(ルール)」さえ守っておけばいいんだ、という姿勢は「保身」(≡思考停止、内面的主体性の欠如)

①と②の両方が満たされなくてはいけない！

⇒とはいえ、「法(ルール)」は抽象的ゆえに「抜け穴」も多く、「曖昧」であったり、現場とはかけ離れ過ぎている場合も…。

なぜ「倫理」を学ぶのか？

A. 「悩まないようになるため」…ではないです！

↓↓↓

「悩んでいる」ことは大切なこと。

なぜなら、「悩んでいる」ということは、「何かにひっかかっている」≡「何かに気付いている、感じている」からなのだから、「悩んでいる」ことにはもっと自信を持って！！

ただし！「闇雲に悩んで『悩みの森』に迷い込む…」のではなく、倫理を学ぶ最大の目的は、「いかに悩むか」という方法論・スキルを身につけること！！

＝倫理的推論(ethical reasoning)の能力

「直感・直観」と「道徳的反省(反照)」 intuition moral reflection

○「こうである！」という道徳的信念≡「直感的価値観」

※感覚的sensitive直感と知的intellectual直観の違い

○他人の「直感的価値観」と合わない！

⇒「感情的反発」では議論にならない。

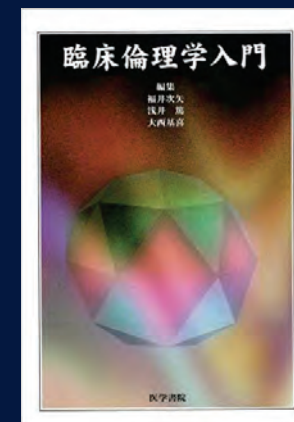
○お互いの「直感的価値観」を、「道徳的反省(反照)

moral reflection」の対象とし、無自覚だった自分の道徳的信念の基盤を、「理論的」に考察する。

⇒この「作業」をしないと「善意」が「独善」に！！

※「信念を持つ」と、「意固地(ガンコ)」は違う！

もっと学びたい人のために



福井次矢先生(元聖路加院長)
浅井篤先生(東北大教授)編

板井分担執筆

第2章 臨床倫理の基礎理論

本日の「倫理学」に関するところを
DNARの症例をベースに詳しく執筆。

2003年 医学書院

定価: ¥2,300+税

…なのですが、Amazonで検索すると、
中古は「156円」で出品されていました(苦笑)

もっと学びたい人のために



板井分担執筆
第2章 臨床倫理学の基礎
p.13~20

日本臨床倫理学会編
へるす出版、2020年

3,850円(税込み)

もっと学びたい人のために



非がんの疾患も書き下ろして
2017年12月、一冊の本に
なりました！！

法学者(弁護士・元裁判官)稲葉一人
先生、CNSの濱口恵子先生といっしょ
に執筆しました。

定価 3,000円+税

B5判, 248頁

2017年12月 南江堂

もっと学びたい人のために



浜松市リハビリテーション病院
特別顧問 藤島一郎先生 責任編集

3,520円(税込)

2023年1月

医歯薬出版株式会社

【目次】

- 1 臨床倫理の基礎知識
- 2 インフォームドコンセントと倫理4原則
- 3 「共有された意思決定 (SDM)」と「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)」
- 4 医療安全と倫理 → 板井 担当箇所
- 5 リハビリテーションにおける臨床倫理
- 6 浜松地区と浜松市リハビリテーション病院的臨床倫理活動
- 7 それでもジレンマは残る
- 8 臨床倫理コンサルテーションチームの運営

ご清聴、ありがとうございました。

宮崎大学医学部附属病院 中央診療部門 臨床倫理部

部長 板井 孝孝郎(上級臨床倫理認定士)

副部長 綾部 貴典 [安全管理部 部長兼任]

スタッフ 三浦 由佳里(上級臨床倫理認定士)

