

地域包括ケアをリードする

医療と介護 Next

特集 意思決定支援

2015 Vol.1
No.

6

それぞれそれぞれの役割、 意思決定支援、

看護

座談会 一歩先に行く支援
終末期まで最善の生を

医療

在宅スタッフならできる
選択肢を提案する役割
医師を信頼できるか

介護

老いの過程と自己決定
多職種の情報をも総合的に
引き算と足し算で自立を

自治体

ごみ屋敷とセルフネグレクト

好評！連載陣

- 介入を拒む人への介入
——対談
- 外国人受け入れは
——論点
- 在宅医療の将来は
——診療日記
- 療養病床で在宅復帰8割超
——病院発

利用者マイナンバーの扱い方



2 医療

どんな疾患でも認知症でも 在宅スタッフなら 本人の意思を引き出せる

「町医者」に徹し20年にわたって地域の人びとを支え続ける長尾和宏医師に、在宅での意思決定支援の意義を聞いた。



ながおかずひろ
長尾和宏

長尾クリニック院長。1995年に開業、外来と訪問診療で地域に根差した医療を追求する。日本尊厳死協会副理事長などを歴任。平穏死やがん治療などについて積極的に発言し、著書も多数。

「自己」は欧米の概念 日本人は認識しにくい

高齢者医療・介護の世界で「自己決定支援」ないし「意思決定支援」という言葉が流行っている。しかし、

自分の終末期医療に関して自己決定している人は施設においては数パー

セント、1割に満たない(グラフ1)。まず、これが現状であると認識すべきだ。

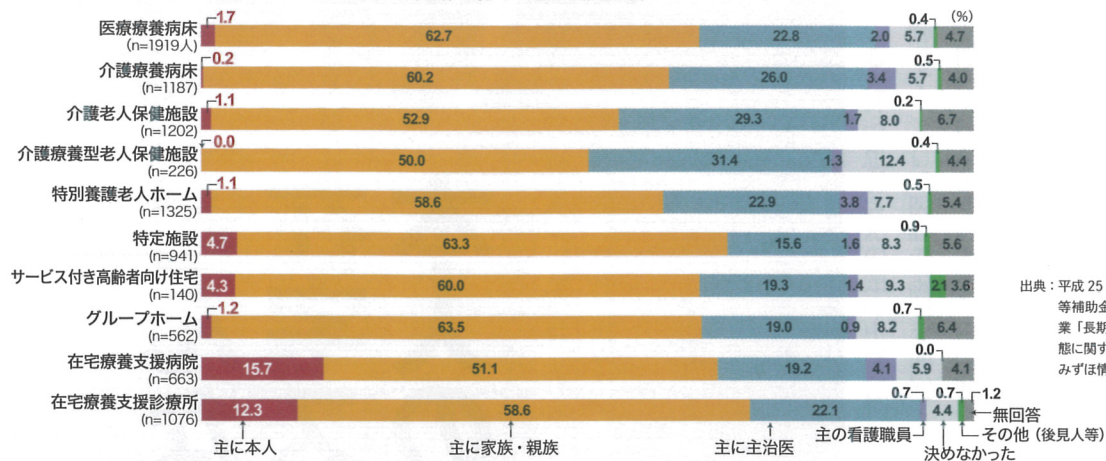
もともと「自己」は欧米由来の概念であって、日本にはなかったもの

だ。有名な「我思う、ゆえに我あり(デカルト)」のフレーズのとおり、私は自分で考え、自分で決める。私とあなたは別個の存在だ。これが欧米の考え方である。

しかし日本では「I」と「you」は厳密に区別されていない。だから何かを決める場合、本人と家族は峻別

出典：平成25年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「長期療養高齢者の看取りの実態に関する横断調査事業」報告書、みずほ情報総研、2014年3月。

グラフ1 ターミナル期のケアを実施する判断を行った主な決定者



されず、本人の意思はそっちのけで家族が決めてしまう。終末期に医療行為を受けるかどうか。食べられなくなったら胃ろうを造設するか。療養の場は在宅か施設か。そういった重要なことを家族に尋ねる場合が多く、本人の意思は尊重されていない。本人が意思決定していて「リビングウィル」を文書にしている場合でさえ、あっさり家族に覆されることがある。本人が書いているのに、いとも軽々とひっくり返されてしまうのだ。ケアマネジャーも家族の方ばかりを向いて、それに加担している。これが今の意思決定の現実なのだ。だから、まず「自己決定(本人が自分で決める)」というものがある、と啓発することから始めなければいけない。ケア会議やサービス担当者会議で、ケアマネが「自己決定」の視点を持つ必要がある。

「引き出す力」が必要

そうして本人が自ら意思決定できるようにすれば、真の意味での「インフォームドコンセント」が実現する。これは、在宅療養を継続させるために不可欠だ。

まずは本人が自分で決め、それを受け止めて支援することが求められ

ている。だが「自己」の概念がなかった土壌にあって、本人の意思を正しく理解するにはどうすればいいのかわからない。本人に自ら表明してもらい、聞き出す、引き出すことには尽きる。なんとか本人から引き出したが、その人の意思は半分ぐらいしかわからないかもしれない。そうしたら、あとの半分は関わっているみんなと話し合い、推定する。「この人はこういう風に考えているんだろうな」「こうしたんじゃないだろうか」という丁寧な作業が、これからは求められるだろう。

それを、最高位の決定機関であるケア会議で、毎回、サービス担当者が確認し、在宅療養継続か、医療処置はどうしたらいいのか、などを決める。これが意思決定支援となる。

だから、これから医療・介護職には「引き出す力」が求められる。日本人は自己主張しないから、ケアの側が黙っていたら何もつかめない。でも、いろいろ質問すると、自己主張といかないまでも、どう考えているか、何が嫌なのか、本人の考えを引き出すことはできる。

要支援からACPを

意思決定支援はアドバンス・ケア

プランニング(ACP)と言い換えることもできる。これから起こりうることをある程度予測して「そうになったら、どうしますか」を、強制的でなく自然な形で考えてもらうことを手助けする。意思決定支援というの時に、実は、ACPなのだ。その時になって「いよいよ困って、要介護5になって」からでなく、元気なうちから、要支援の段階からACPを始める。そういう意識が必要である。

そういう意識がないと、いざとなつてパニックになり救急車を呼び病院に行き、結局、後悔することになる。それを繰り返す。そうではなく、要支援になったら、ケア会議はACPの視点を常に持つ。ケアマネや訪問看護師、訪問医にはそのための力量が求められる。多職種がそういう視点を持たなければ、ACPはうまく築けない。

ケアのテクニック

そして意思決定支援を語るなら、「エンドオブライフ・ケア」を忘れてはいけない。

両者はしばしば混同されるが、別個のものだという認識を持つべきである。

意思決定支援とは、本人の意思を尊重し、あらかじめプランを立てていこうというもの。一方のエンドオブライフ・ケアは、多職種が実施するケアのテクニックである。本人がどんな状態であっても、意思決定ができなくても、エンドオブライフ・ケアは必要となるから、多職種はプロとしてテクニックを磨かなければならない。

高齢者に多い病態はがん・臓器不全・認知症

意思決定支援の具体的な形について、高齢者に多い①がん、②臓器不全症、③認知症・老衰、の3つの病態に分けて述べたい。

がんは、比較的在宅療養期間が短く、在宅看取り率も高い。だから療養や看取りに関する意思決定支援は、それほど難しいことが多い。むしろ、スピリチュアルペインに対するエンドオブライフ・ケアが重要となる。

病院任せになりがち

これからは「非がんの看取り」が大きなテーマになるだろう。その一つである臓器不全症はさまざまな病態を含む。在宅看取り率も低く、介

エンドオブライフ・ケアとは究極のところ、スピリチュアルペイン(心の痛み)への具体的な対応であり、とりわけ会話や対話の技術である。「つらい、もう死にたい」という声をどう傾聴して、どんな言葉を返すか。超高齢社会では、意思決定支援とエンドオブライフ・ケアは車の両輪となる。どちらか一方ではダメなのである。

護者の疲弊という問題も生じる。そうなるとう療養の場の選択が非常に重要となるが、簡単ではない。慢性心不全でも慢性腎不全でも、どうしても病院に任せきりとなり、本人はついていくだけとなってしまふ。

意思決定支援は地域すなわち生活の中でやっていくべきだ。病院は病気が診ないから、どうしても限界がある。だから在宅スタッフ、地域が多職種が担うべきである。臓器不全症の場合は、病院医療に引きずられないように、病院に丸投げしないように、気をつける必要がある。

病院は終末期や看取りについては無力で、在宅スタッフのほうが優れている。だから、「われわれがやるん

だ」と気概を持つことだ。

遺言状は有効とみなせ

そして3つめの認知症について、これまでは「認知症だから意思決定できない」とみなされていた。最近では、認知症になつても自ら意思決定できる、と変わりつつある。

昨日の記憶がない、1時間前のことを覚えていないといった人であっても、「今、どうしたいか」の意思は持っている。家にいたいのか、施設に入りたいか。その意思を引き出すことが必要である。

たとえば認知症の方が亡くなった

会議は本人も参加し時間をかける

病院のカンファレンスも在宅のケア会議も、おさなりにしないことだ。

1回では終わらないから3回、4回と重ねる。終末期、たとえば95歳の人、多臓器不全になつて弱ってきた。余命は限られていることが明らかである。もう、3カ月ぐらいかもしれない。話し合つて、治療をやる選択も可能になっていく。日本透析医学会は透析について、日本老年医学会は人工的な水分・栄養補給について、状況によっては中

あと、相続をめぐって子ども同士が裁判で争うことがある。認知症であった親御さんが遺言状を遺していてもそれは有効か、といったことが争点となるが、本人の明確な意思に基づいて遺言状が書かれたならば、有効とみなすべきだと思う。

認知症だから意思はない、意思決定支援もいらない、ではなく、認知症だからこそ、本人の思いがあることを理解し、それをすくいあげ、十分に尊重しなければならぬ。その意思は誰よりも尊重されなければならない。意思はあるのにそれを充分に主張できないのだから。

止も選取できる、とのガイドラインを示している。

そういった重大な決定を下すために本人の意思を引き出すとき、ケア会議がとても重要となる。本人、家族、スタッフがオープンに議論する。だから、時間はかかる。普段のケア会議に20分かけるとしたら、そういうときの会議は最短でも1時間、となるだろう。

そんなふうに時間をかけることはまどろっこしい。欧米だったら、書

表1 希望しないと意思表示した処置

	点滴	中心静脈 栄養	経鼻経管 栄養	胃ろう	酸素療法	人工呼吸器	人工透析	心臓 マッサージ	気管切開
医療療養病床 (n=1919人)	3.6%	18.4	16.2	24.1	2.5	64.5	27.4	50.5	36.0
介護療養病床 (n=1187)	3.5	28.0	16.3	26.4	3.1	66.3	32.8	48.6	46.0
介護老人保健施設 (n=1202)	11.2	51.2	47.0	54.2	11.4	67.4	43.5	56.9	55.6
介護療養型老人保健施設 (n=226)	2.7	41.6	22.1	37.2	4.9	69.9	35.0	58.4	42.0
特別養護老人ホーム (n=1325)	21.8	51.8	52.9	65.7	22.1	59.2	41.7	55.3	53.1
特定施設 (n=941)	20.4	48.7	51.1	58.2	23.3	59.6	38.2	47.5	56.0
サービス付き高齢者向け住宅 (n=140)	20.0	35.0	42.9	50.0	22.9	48.6	33.6	41.4	47.9
グループホーム (n=562)	17.6	43.1	44.1	60.5	27.2	50.4	39.0	42.7	49.6
在宅療養支援病院 (n=663)	13.4	29.4	30.9	38.8	10.6	53.8	26.4	54.6	43.4
在宅療養支援診療所 (n=1076)	13.3	36.7	35.2	44.9	15.1	50.4	34.8	50.9	44.8

出典：平成25年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「長期療養高齢者の看取りの実態に関する横断調査事業」報告書、みずほ情報総研、2014年3月。

類に一筆サインするだけで終わるものが、日本では場合によっては1週間も2週間もかかる。まどろっこしいが、仕方のないことだ。それが、日本の文化に合ったACPなのである。

スマホで動画を撮影

本人の意思を保存したいとき、文書（紙やデータ）に記録することが多いと思う。私は、動画の活用を提唱したい。スマホで簡単に動画撮影でき、保存もできる。書類と比べると堅苦しくなったりもするだろう。だから、ふと漏らす「俺、胃ろうは嫌だ」など偽りのない本人の言葉を、動画で残しておくのだ。

カンファレンスでその動画を見せて「ご本人はこんなふうに言っていましたよ」と共有する。決して誘導されたわけじゃない、自然な会話の中で出てくる本音。動かぬ証拠、ともいえる（嫌なことだが、紙に書かれていたことは第三者による捏造である可能性も、ないわけではない）。

平等に「まじくる」

私はケア会議でよく「まじくる」という言葉をよく使う。ごちゃ混ぜになる、という意味だ。ケアに携わるスタッフは、医療職

とか介護職とか色分けされて、なんとなく上下関係が作られる。でも本来、医療も介護も大切な命にかかわる大切な仕事だ。命の前では、医療と介護、どっちが偉いなどということはない。会議では、かかわっている皆が平等な、フラットな立場で話し合いたい。だから、まじくるなかで、意思決定支援をしていく。

病院の中は、そうはいかない。ヒエラルキーが厳然とある。えらいお医者さんがいて、下っ端の研修医がいて、看護師長、担当ナース、という形になっている。ケアスタッフはいないに等しく、そんな中で意思決定支援するという。

在宅では、ケアが主体になり、意思決定もまじくった中で行われる。場合によっては、病院での決定と在宅での決定がまったく違ったものになることもありうる。ではどちらが信頼性が高いか。当然、在宅のほうが高い。

病院では透析を嫌がりやめたがつていた人も、家に帰ったら「やっぱり透析やる」と言いだすことがある。つまり、透析そのものが嫌でやめたがつているわけではなかったのだ。なぜ、病院ではやめたいと思うのか。透析はもう嫌だと表明して退院し、

在宅でエンドオブライフ・ケアを受けてみたら「やっぱり、やめたくない。生きたい」と変わった。

きめ細かく寄り添う

意思決定支援はエンドオブライフ・ケアと両輪というのは、そういうことなのだ。エンドオブライフ・ケアがあることで、意識が変わることもある。病院医療は、そういった視点を欠く。上から目線で一方的に説明して、一筆書けと強要する。書いたら、それで終わり。DNR (Do not Resuscitate: 「心肺蘇生を行わないでください」) です、ね、ということと終わる。

そうではなく、もつときめ細かく寄り添う。意思決定支援はそういう形でなければ意味がない。病院で想定しているのは、欧米流の書類のような、指示書としての意思決定であって、支援ではない。本当の意味で支援したり、スタッフ皆でプランニングしたり、そういうものが一切ない。だから、病院にあまり期待しない方がいいかもしれない。病院で出した結論が在宅では変わりうる。だから、この問題は、病院の退院調整ナースとか、若いドクターにもっと知ってほしいのである。