

課題と目標

最期まで住み慣れた地域で自分らしく生きることを妨げる要因と対策

- ①本人・家族の意思決定プロセス支援する態勢の不備
→包括的・継時的意思決定プロセス・ノート開発
→心積りノート開発
- ②最期の生のよいあり方や医療の役割についての理解の遅れ
- ③家族の介護負担軽減のための社会的ケア導入に否定的な当事者・周囲意識
→意識調査 → 意識変革の方策開発
→心積りノートに盛り込む

プロジェクトの基本的考え方

人のいのちの二重の見方

物語られるいのち biographical life

人生

医療は、人生の展開のために土台である生命を整える

生命

生物学的生命 biological life



プロジェクトの基本的考え方

ケアの目標：人生にとっての最善

《よい人生》： 本人の満足 / 人生にとっての最善 →

→長生き＝目的① 長ければ中身はどうでもいい？ 否

→快適な生活＝目的②

a. 苦痛がなく、楽に過ごせる

b. 残っている能力を発揮する機会がある

☆高齢者の人工栄養導入に関する選択の場合：

目的①+②にしますか それとも 目的②だけ？

☆一般に 積極的治療をするかどうか

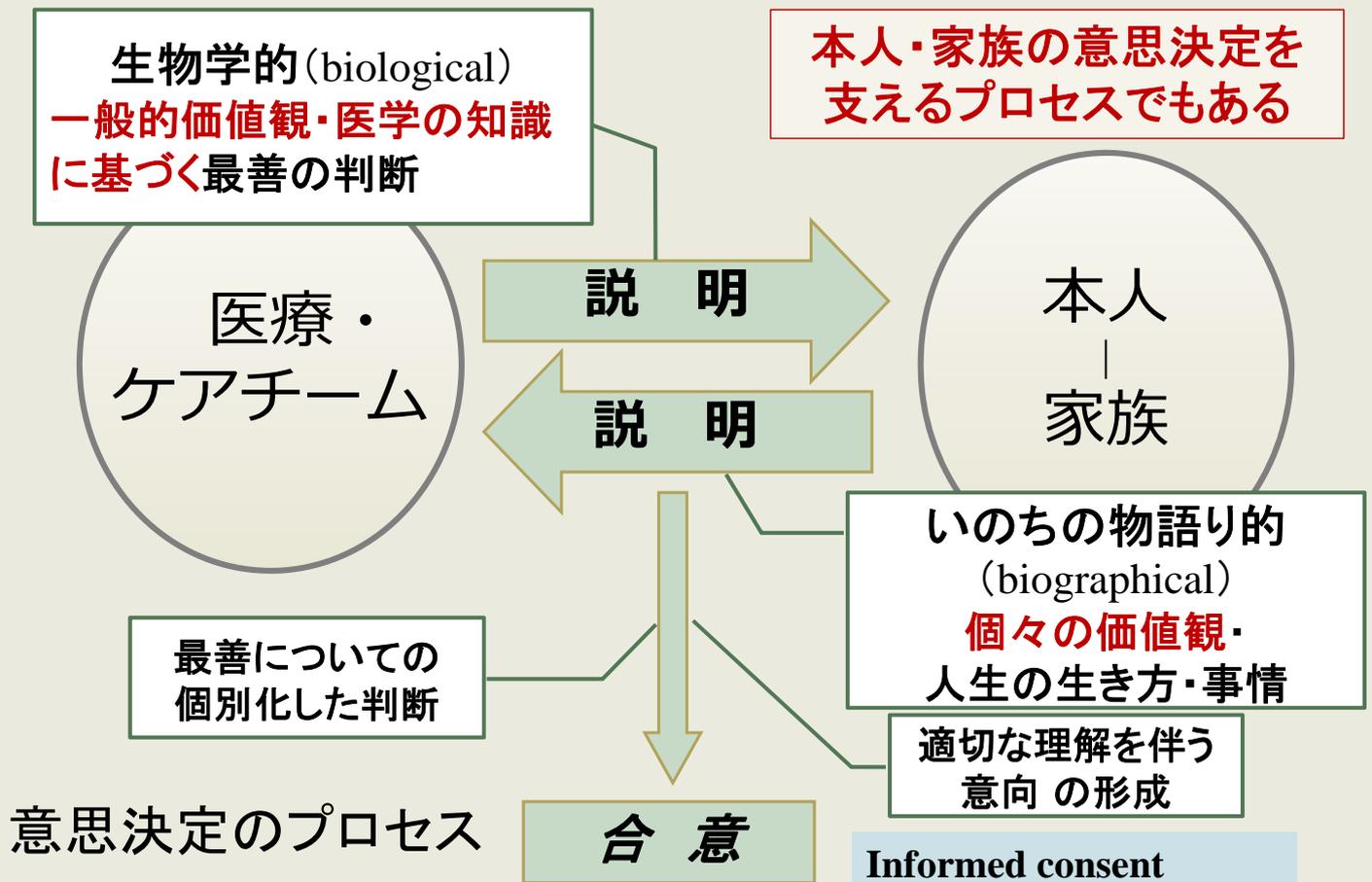
①長持ち ↑ & ②快適さ ↓

のバランスをどう考えるか

・ 個々人の生き方、人生計画、価値観に相対的

プロジェクトの基本的考え方

情報共有—合意モデル



意思確認ができる時—できない時

— 本人の意思確認ができる時

- ① 本人を中心に話し合っ、合意を目指す。
- ② 家族の当事者性の程度に応じて、家族にも参加していただく。また、近い将来本人の意思確認ができなくなる事態が予想される場合はとくに、意思確認ができるうちから家族も参加していただき、本人の意思確認ができなくなった時のバトンタッチがスムーズにできるようにする。

— 本人の意思確認ができない時

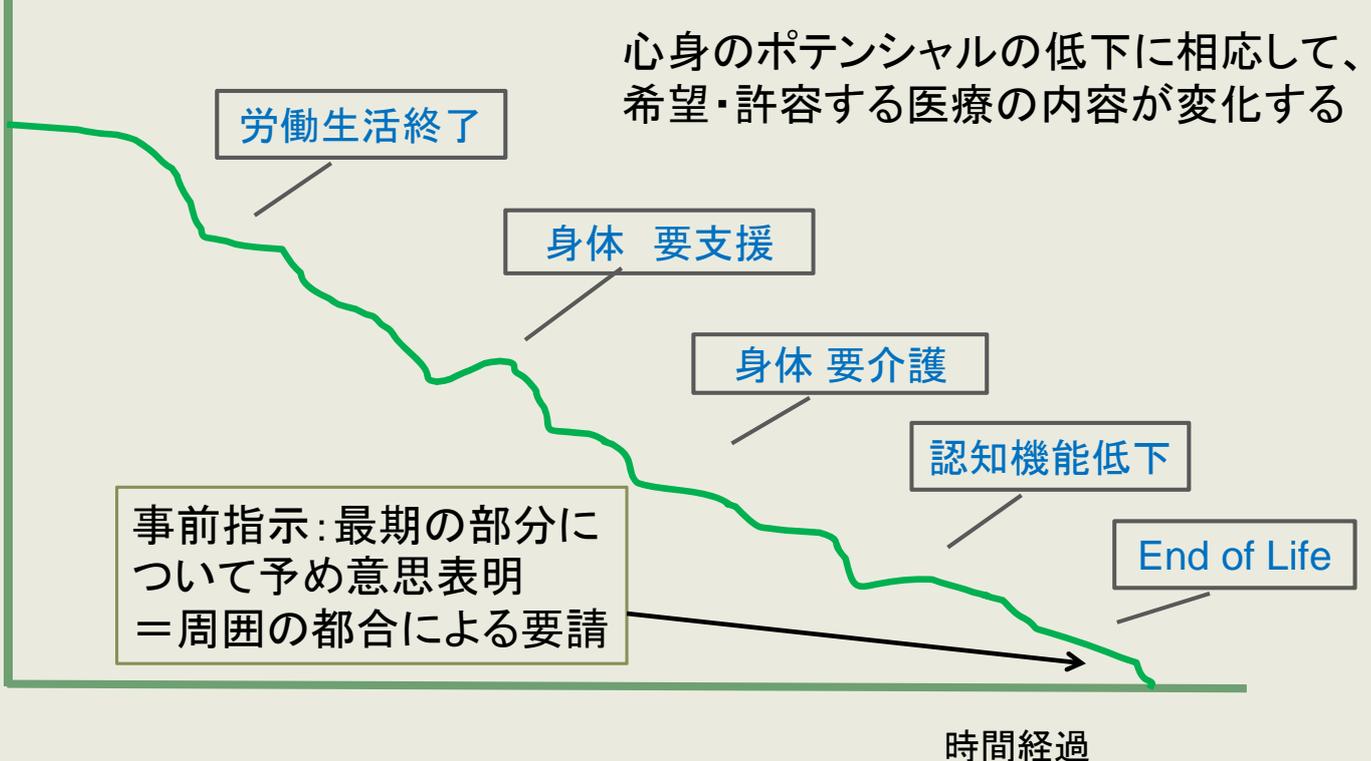
- ③ 家族と共に、本人の**意思と最善**について検討し、**家族の事情**も考え併せながら、合意を目指す。
- ④ 本人の意思確認ができなくなっても、**本人の対応する力**に応じて、本人と話し合い、またその気持ちを大事にする。

老年医学会ガイドラインから (1.4)

心積りノートのコセプト

心身のポテンシャルの時間経過

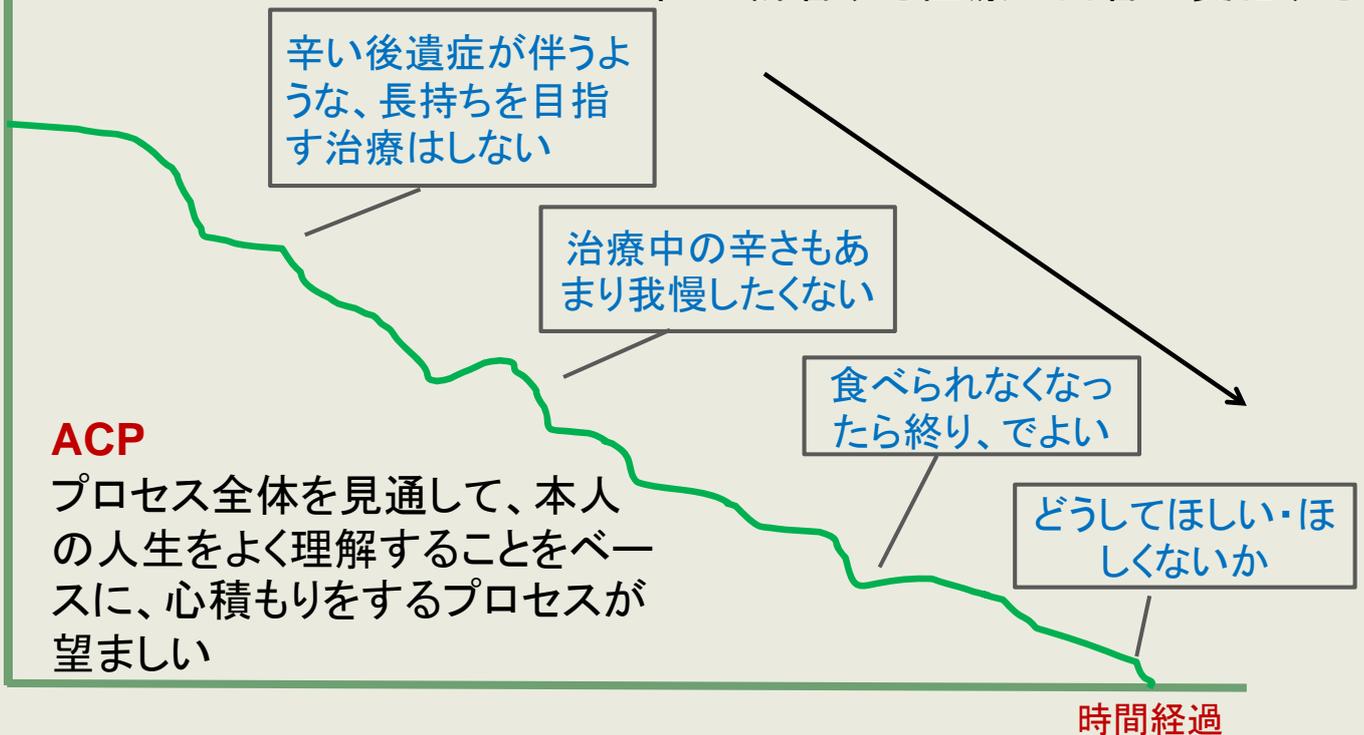
心身の機能/活動



最期に向かったの心積り

心身のポテンシャルの低下に相応して、
希望・許容する医療の内容が変化する

心身の機能/活動



《心積りノート》の構成

- 自分の人生を振り返り、これからを考える
→自分らしい生き方を意識
- 他人の選択をみて、評価してみる
→他人事だと、気軽に評価できる
→評価は本人の価値観を反映
- 今後の人生を予想、3から4のポイント毎に、身体と認知の機能、社会における活動を設定
→ 積極的な治療をどこまでやるか、長生きのためなら、どこまで辛さを我慢するか
→ 最後のポイントは、死の直前の部分: 事前指示に該当
- 考えるための種々の情報を提供
→ 情報は[通念のアップデート]を図る内容を含む