

高齢者ケアにおける意思決定を支える文化の創成

解決したい課題・研究開発目標

【現状と課題】

■ 高齢者が住み慣れた地域で、最期まで自分らしく生きることを妨げている問題

- ① 本人・家族の意思決定プロセスを支援する態勢の不備、
- ② 最期の生のよいあり方や医療の役割についての地域住民の理解、
- 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意識

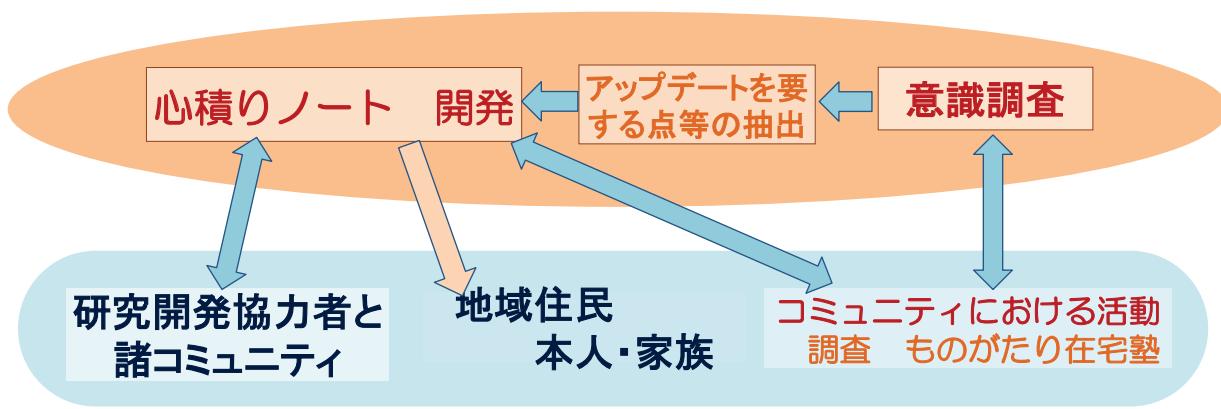
【研究開発目標】

■ 高齢者ケアを取り巻く上記3つの側面を改善し、高齢者のよい人生を促進する社会的環境づくり

そのために...(1)上記問題点を確認するための**コミュニティ住民の意識調査**

(2) 意識調査に基づく、**意識アップデートのポイント抽出と対応策**

(3) 本人・家族の意思決定プロセスを支援するツール(**心積りノート**)開発



対象コミュニティ・関与者

【対象コミュニティ】

* ナラティブホーム
とその活動地域
(富山県砺波市)

* その他本研究開
発グループと協
力関係にある諸
臨床現場

【主要な関与者】

* 東京大学、
* ナラティブホーム、
* 庄東地区社協、
・老人看護CNS、
・国立長寿医療

研究C





プロジェクトの現在とPJ期間内の見通し

お問い合わせ先

東京大学(院)人文社会系研究科
死生学・応用倫理センター
上廣講座 uc4dals@gmail.com

《心積りノート》の開発

〔事前指示 advance directive〕

- 死の直前&意思表明できなくなっている時のことだけ聞いている
→聞かれた本人は「自分が死ぬ時のことなど考えたくない」と思う傾向
- 本人の真意かどうかはっきりしない様式が多い
→見せられた医療者はどう確認したらよいか困る
- 「自分のため」というより、「医療者のため」「家族のため」(どうしたらよいか困らないように)
- ➔ ACP(アドバンス・ケア・プランニング)を導入したとしても、目指すのが事前指示では、仕方ない

〔心積りノートの考え方 1〕

- これから先、身体の衰えに伴って、希望する治療・ケアがどう変わるかを心積り
→その延長上に死の直前のこともある
- ➔死ぬことではなく、生きることを考えるので、抵抗が少ない(のでは?)
- 本人単独で考えるのではなく、家族や医療・介護関係者と一緒に考える
→本人の真意であることを確認できる関係者が複数いる
- 自分の人生の送り方の心積りなので、「自分のため」
- ➔ACPのツールとして、相談員等が本人・家族と話し合う際に使うことを期待

〔アップデートしたい通念〕

- 生命維持をして生き続けられるなら、やらねばならない
- 生命維持を始めたら、止めることはできない
- 急変時には救急車を呼べば安心だ
- 最期は病院で手厚く—「できるだけのことはしてください」
- 死が近づけば、それだけ医療にはやることがある
- 家で看取ることはできない(怖い、不安)
- 親の死に目に会わないと気が済まない
- 「遠くの親戚のおじさん/嫁いでた娘」症候群
- 他人の世話にならないように生きるのがよい(社会的介護ができるだけ受けない)
- 介護は家族がするもの
- 人のいのちの問題なのに、医療や介護について経済的なことを持ち出すな

〔心積りノートの考え方 2〕

- 自分の人生を振り返り、これからどう生きたいいか、何をしたいかを考えましょう
- ➔まずは、自分らしい生き方を意識する
- 簡単な事例について、他人の選択をみて、評価してみましょう
- これから的人生の推移を→他人事だと、気軽に考え、評価できる→本人の価値観が反映した評価
- 今後の人生を予想、3から4のポイント毎に、自分の身体と認知の機能、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
- 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

《心積りノート》試行版を 使ってみてくださるグループ・
プロジェクト募集! 上記問い合わせ先にご連絡ください