千屋ダムからみた新見の風景

みんなで地域に広めよう！
ACP（Advanced care planning）

新見で暮らす全ての人が幸せな人生を送るために

渡辺病院　副院長
溝尾妙子

今日お話する内容

Intoroduction

・ACP（人生会議）なぜ医療・介護者がACPを知る必要があるのか

・健康な人へのACP　どんなことを話し合う？

・病気になった人へのACP　実際の現場では

・事例紹介

人生の最期に関わる医師の立場からお伝えします

Intoroduction

私が「命」「人生」のことを考えたきっかけ

中学生の頃

6人家族
同じ屋根の下で

祖父

認知症

物忘れ

暴力

前立腺がん
末期

家族みんなで介護

ある日突然自宅で倒れ、そのまま永眠

自分は最後までしっかり介護できたかな？
じいちゃんは幸せな人生を送っただろうか？

マザー・テレサ

人生の９９％が不幸だとしても、
最期の１％が幸せならば、
その人の人生は幸せなものに変わる。

最期まで家族が介護して、じいちゃんは幸せだった（はず）
人が「幸せな人生だったな」って思えるようなお手伝いをしたい

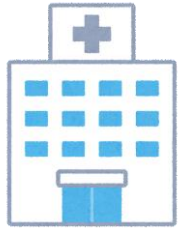
最期の時を大事にしたい

「エンド・オブ・ライフ」
＝誰にでもいつかは訪れるいのちの終わり（**終末期**）

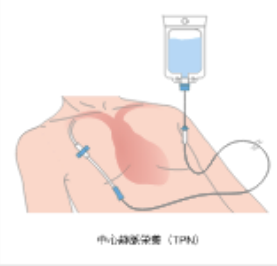
「エンド・オブ・ライフケア」
＝最期までその人らしく生きることができるよう支援するケア
・診断名、年齢、健康状態は問わず提供されるもの
・病気としてではなく、自分の生の一部としてエンド・オブ・ライフについて考え、周囲の人、大切な人と語り合う**文化**を創り出すことが重要

あなたの人生最終段階の時を考えてみてください

最期はどこで過ごしたいですか？



食べられなくなったらどうしますか？



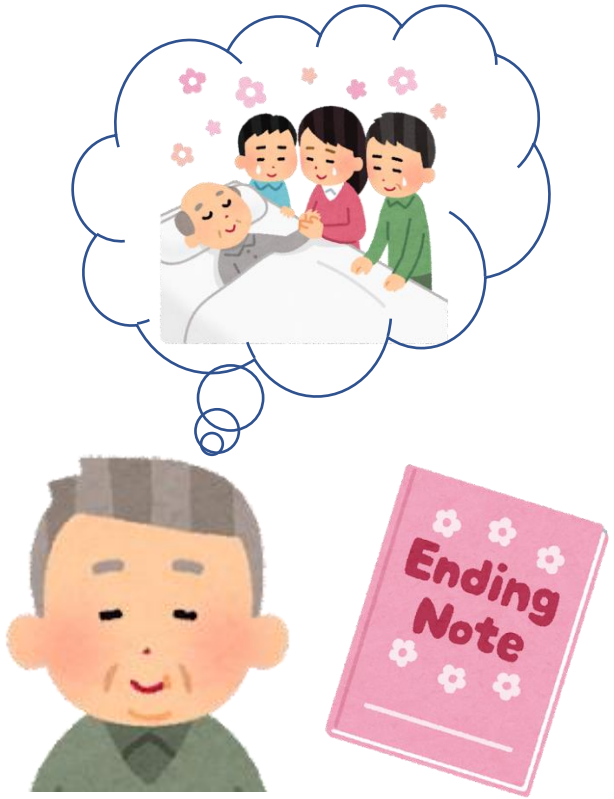
命がなくなりそうなとき、延命治療を希望しますか？

この思い、叶えられるでしょうか？？？

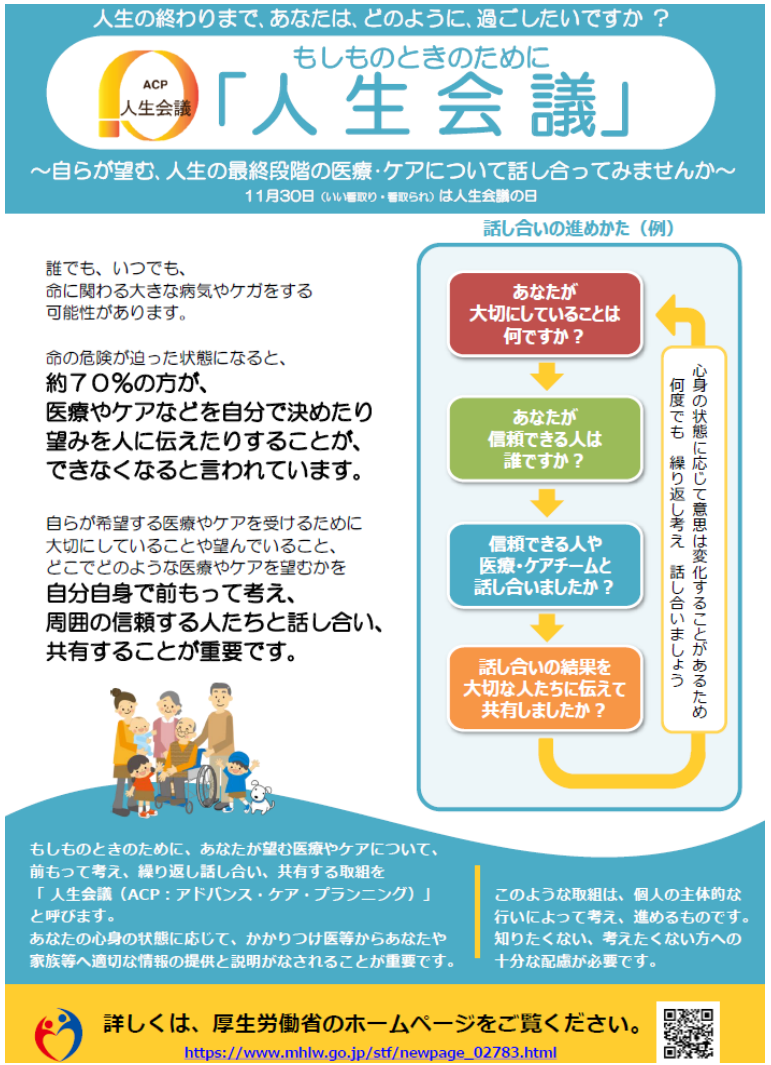
終末期においては約70%の患者で意思決定が不可能

Siveria MJ,NEJM 2011

より良いエンド・オブ・ライフを実現するために、これから受ける医療行為に対する意向を前もって指示しておくことが大切なのではないか？



ACP(Advanced care planning)＝人生会議



「もしものとき」のために、あなたが望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組

＜大切なポイント＞

- 個人の意思の尊重。
- 意思決定の代理人を決めておく。

厚生労働省HP　https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html

厚生労働省　　H30年作成

「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」

将来、命の危機が迫った時に備えての話し合いをするために

- 適切な情報提供と説明に基づいて本人が医療従事者と話し合うこと。
- 本人による決定を基本とすること。
- **ケアチーム（医療・介護）**によって慎重に判断すること。
- 医療・ケアについての話し合いは、自らの意思を伝えられない状態になる可能性もあることから、家族等の信頼できる人を含めて繰り返し行うこと。

ちなみに、事前指示とは異なります

事前指示＝ Advance　Directive（ＡＤ）

もしもの時に備えて、自分の医療に関する意向を前もって文書に残しておくこと

延命治療（Living Will）
DNAR

＋

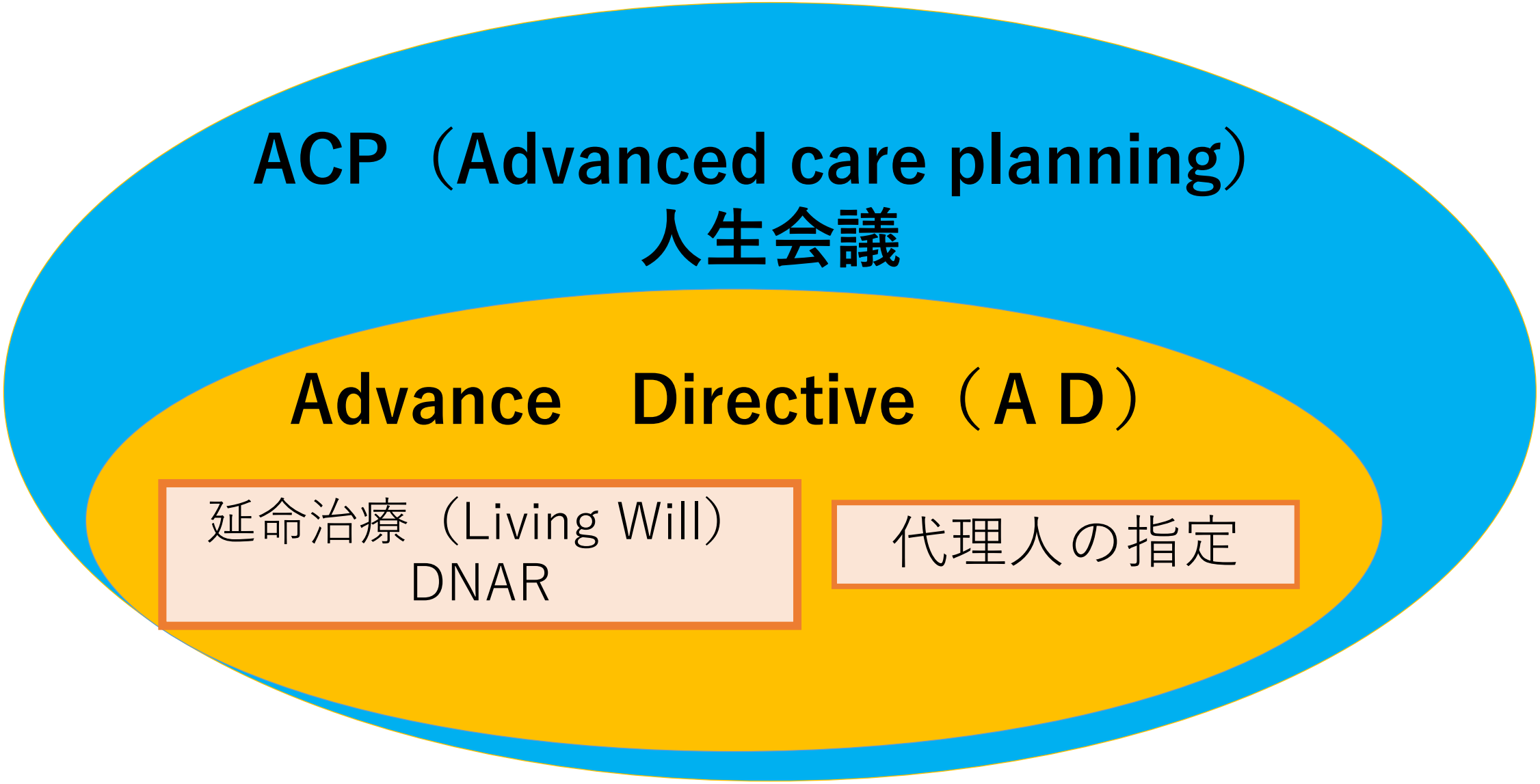
代理人の指定

1970年、アメリカで法制化されたが浸透しなかった

【問題点】
・**自分ひとりで**将来のことを予想し指示するには限界がある
・**自分ひとりで**作成した場合、本人が選択・決定した判断の根拠や背景を代理意思決定者や医療者が理解するのは困難

↓

家族、医療者と「話し合う」ことが大事


ACP（Advanced care planning）
人生会議
Advance　Directive（ＡＤ）
延命治療（Living Will）
DNAR
代理人の指定

医療現場 「あるある」

90歳　男性
基礎疾患：高血圧、変形性腰椎症、認知症
家族構成：高齢（認知症）妻と2人暮らし。家族は県外
介護：要介護2　ヘルパーとデイサービスを使用

ＡＤＬ低下

認知症進行

嚥下機能低下

肺炎

入院

寝たきり

食べられない

意思疎通困難

医師

「経口摂取難しい」→何もしない？　点滴？　胃瘻？
「寝たきり状態で介護が必要」→施設？
「高齢なのでいつ急変してもおかしくない」→延命治療は？

・・・・・

本人

「食べられなくなった時のこと、話したことはない」
「個人的には胃瘻はあまり希望しないが・・」
「介護が必要なら家では生活できないし・・」
「施設かな・・そしたらやっぱり胃瘻？？？」
「延命治療のことなんか話したことないし・・」

家族

意思決定の3本柱

本人の意思

不在のことが多い

本人に近い人
普段関わっている人
（ケアマネさん、ヘルパーさん
デーサービス、施設）

医療的判断

家族の意向

現実は

事前の話し合った時と状況は異なり、想像と違うかもしれない
本人の意思に従えないこともある

変わっても良い

少しでも話し合っておけば、

- ご本人の意思を尊重したうえでの決定
- ご家族も判断しやすい。精神的負担も少ない
- 医療者も医療を進めやすい

人生の最終決定における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン

意思決定支援や方針決定の流れ（平成30年）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。

心身の状態に応じて意思は変化しうるため繰り返し話し合うこと

主なポイント

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人や家族等*と十分に話し合う

話し合った内容を都度文書にまとめ共有

本人の意思が確認できる → 本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた、本人の意思決定が基本

・家族等*が本人の意思を推定できる → 本人の推定意思を尊重し、本人にとって最善の方針をとる

本人の意思が確認できない

・家族等*が本人の意思を推定できない
・家族がいない
→ 本人にとって最善の方針を医療・ケアチームで慎重に判断

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定

・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難

・家族等*の中で意見がまとまらないなどの場合

→複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、方針の検討や助言

なぜ皆さんがACPを知る必要があるのか？

厚生労働省から言われてるから？？？

急変時の対応が困るから？？

●新見地域で暮らす人が、自分の意思を尊重され「幸せな人生だった」と思ってもらえるため

●その「意思」を繋いでいくため

医療・介護者である
皆さんの力が必要！！！

ACP（人生会議）はいつ行うか

健康 → 病気 → 終末期

健康な人へのACP

もしもの時の過ごし方について考え、**家族と**想いを共有する

病気を持った人へのACP

家族、**医療者と**話し合い、医療・ケアの方針を決める

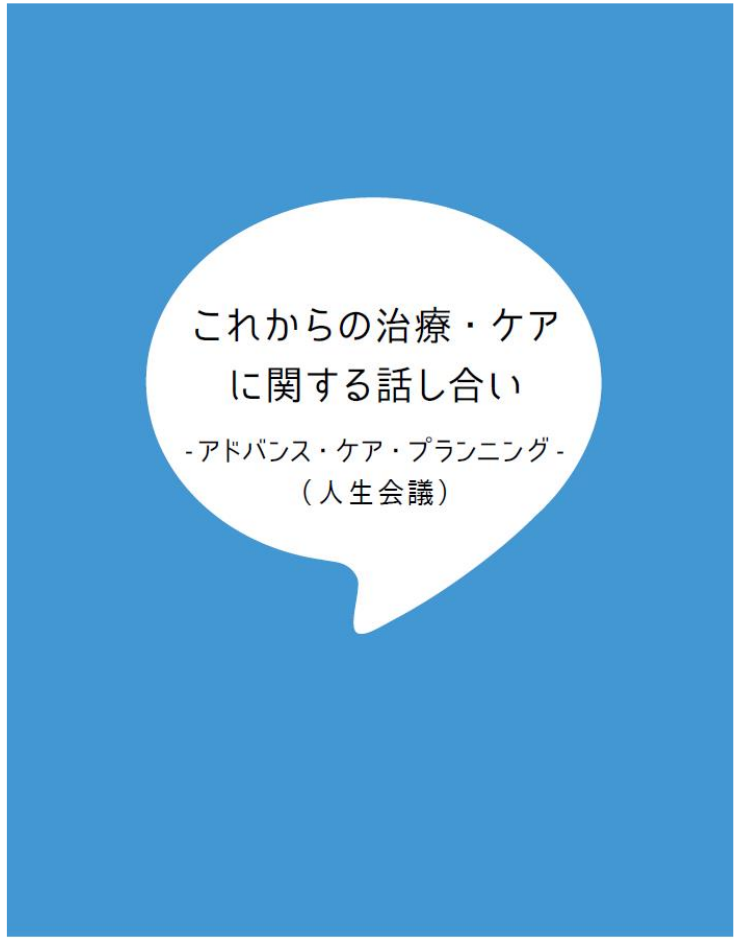
家族、医療者と治療やケアの目標や具体的な内容について話し合う

普段の関わりの中でACP

人生の最終段階

健康な人へのACP　家族と話し合う

冊子



神戸大学

平成 29 年度厚生労働省委託事業
人生の最終段階における医療体制整備事業

ホームページ

厚生労働省HP：https://www.med.kobe-u.ac.jp/jinsei/

ステップ1：考えてみましょう

大切にしていることは何かを考える

1．もし生きることができる時間が限られているとしたら、あなたにとって大切なことはどんなことですか？

2．・「こんな最後だったらいいな」「こんな最後は嫌だな」と感じたことはどんなことですか？

・今後もし同じような状況になったとしたらどのような治療やケアをうけたいですか？

3．「生き続けることは大変かもしれない」と感じるとすれば、どのような状況になった時でしょうか？

（□意志が伝えられない　□食べられない　□身の回りのことができない　など）

4.「生き続けることは大変かもしれない」と感じる状態になったとしたらどうように過ごしたいと思いますか？

□必要な治療やケアを受けてできるだけ長く生きたい。

□命が短くなっても今以上の治療やケアは受けたくない。

ステップ2：信頼できる人は誰か考えてみましょう

あなたが信頼していて、いざという時にあなたの代わりとして
受ける治療やケアについて話し合ってほしい人

1. もしも、あなたが病状などにより、自分の考えや気持ちを伝えられなくなった時や、あなたが治療などについて決められなくなった時に、あなたの代わりに治療やケアについて話し合う「医療代理人」はどなたになりますか？

2. 医療代理人になってほしいことを、その方に直接伝えていますか？

ステップ3：主治医に質問してみましょう

①病名や病状、予想される今後の経過
②必要な治療やケアについて
（現在病気療養中ではない方はこの項目は省略して下さい）

1. あなたはご自身の病名・病状を知っていますか？
   （病名・病状を隠さずに教えてほしいですか？）

2. あなたは、病気の予想される経過や、余命（あとどのくらい生きられるか）を知りたいですか？

ステップ4：話し合いましょう

「治癒が不可能な病気」になり
回復が難しい状態になった時のことを考えてみます

病状の悪化などにより、自分の考えを伝えられなくなった場合に、

1．どのような治療を望みますか？
（延命を最も重視した治療、延命効果を伴った一般的な内科治療、快適さを重視した治療）

2．してほしい治療やケア、これだけはしてほしくないという治療やケアにはどのようなものがありますか？

3．どこで治療やケアを受けたいですか？
（病院、自宅、それ以外）

ステップ5：伝えましょう

話し合いの内容を医療・介護従事者に伝えておきましょう

病状が悪化し、自分の考えが伝えられなくなった時に、あなたの考えとあなたの大切な人（医療代理人）の考えが違う時はどうしてほしいですか？

□私の望むとおりにしてほしい
□私の希望を基本として、医師と医療代理人で相談して決めてほしい
□私の希望と違っても、医師と医療代理人で相談して決めて良い
□どちらともいえない（具体的にお書き下さい）

お正月の定番・・

人生ゲーム

www.takaratomy.co.jp

もしバナゲーム！

なかなか話す機会がない・・

市民への普及の取り組み

PIONEシンポジウム

2018年9月29日　新見公立大学

「新見で最期まで自分らしく生きるために」

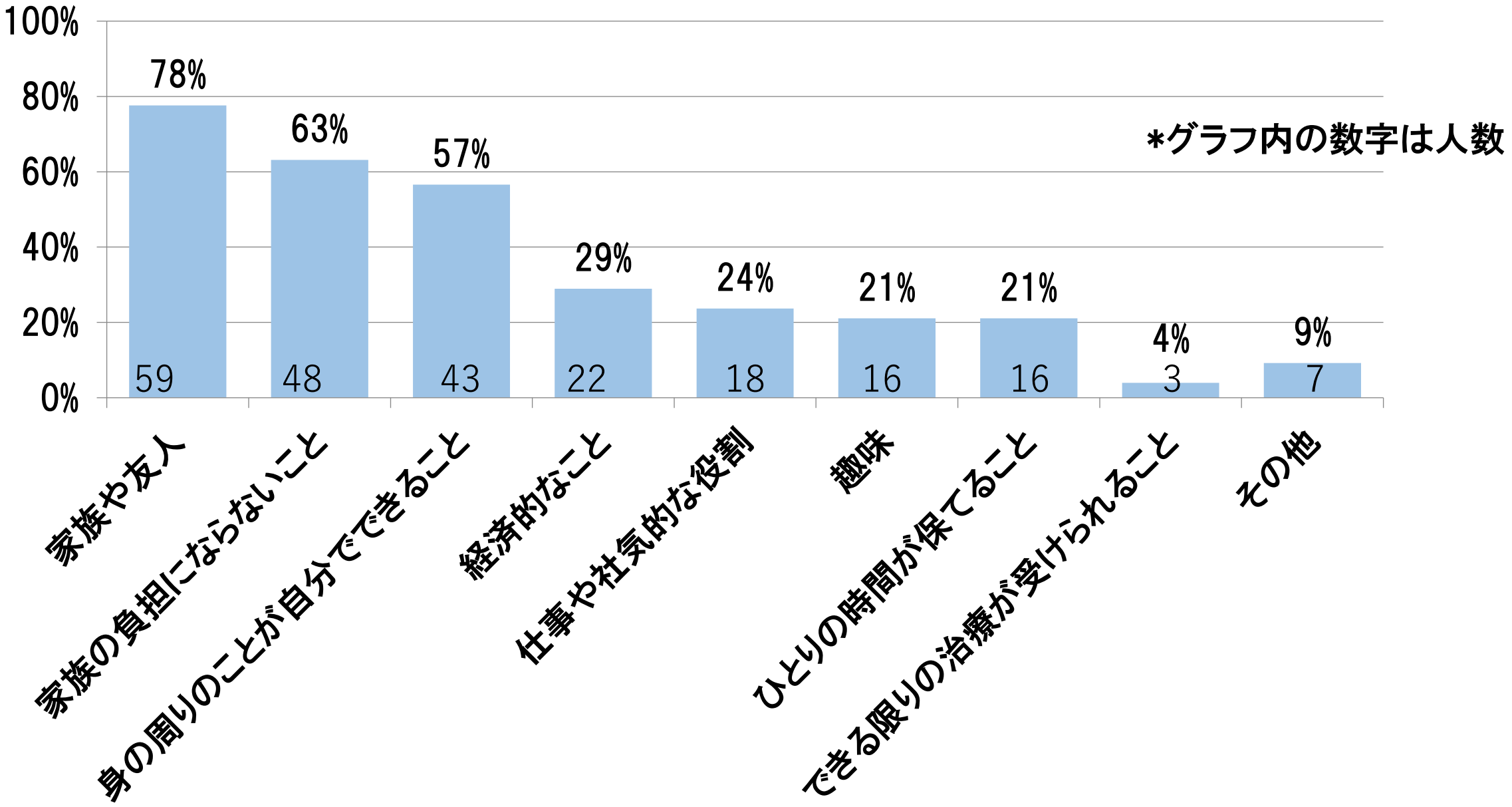
医療人、住民　約100名参加

病院、在宅、施設、住民の立場から
パネルディスカッション

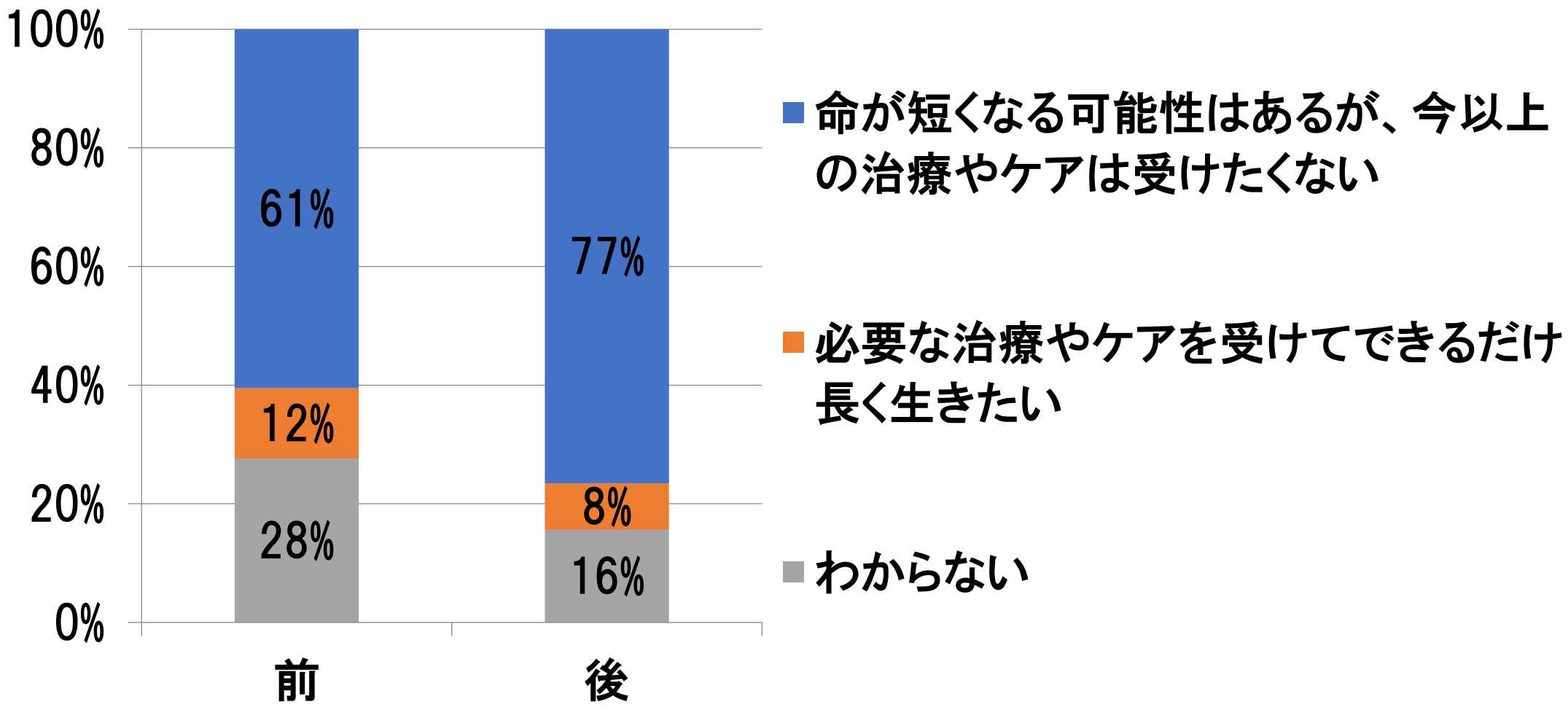
住民と医療者とグループワーク

緩和ケア認定看護師
による講演

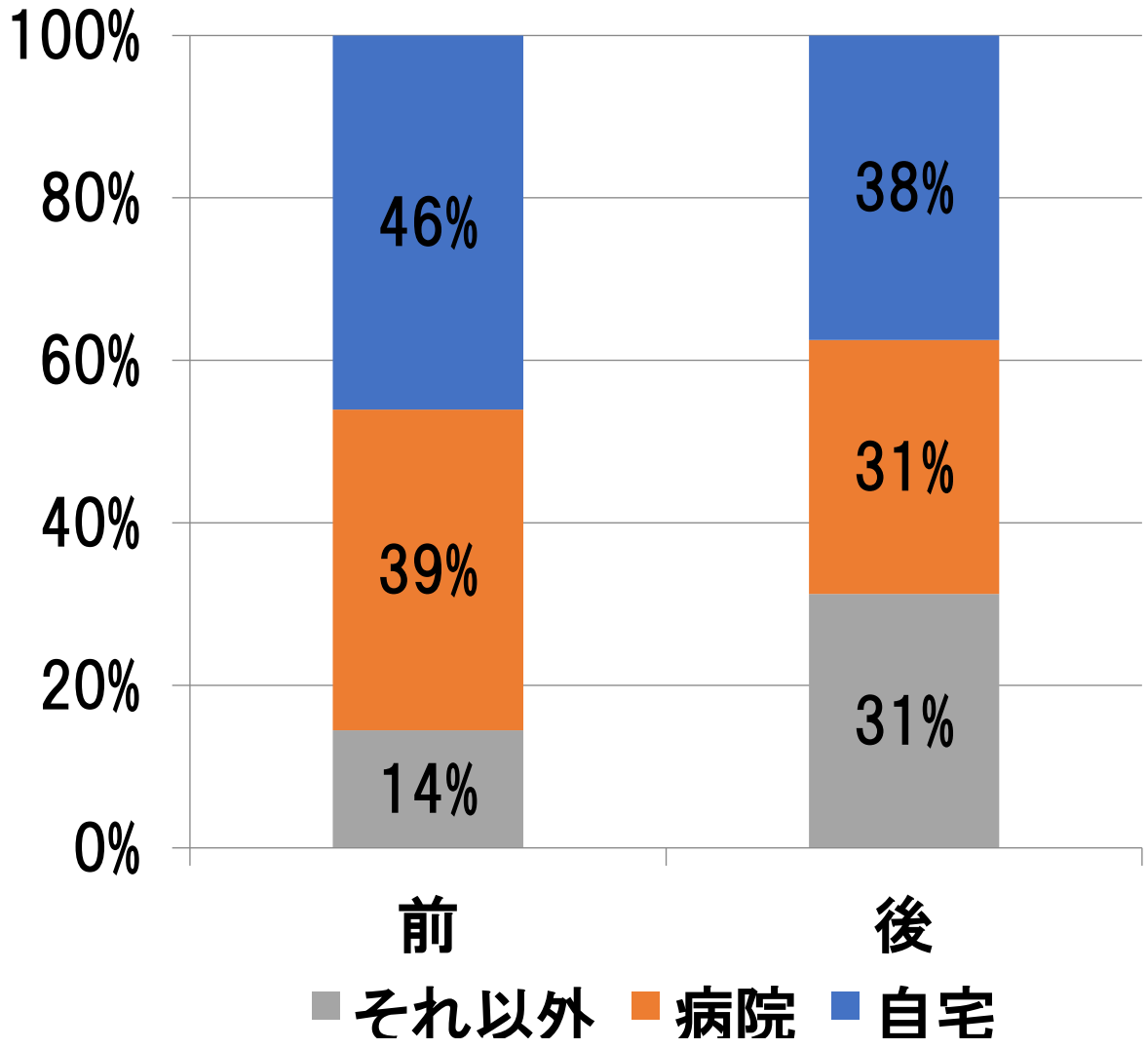
1、もし生きることができる時間が限られているとしたら、あなたにとって大切なことはどんなことですか？（複数回答可）



2. もしもあなたが、「生き続けることは大変かもしれない」と感じる状態になったとしたらどのように過ごしたいですか



3. 病状の悪化等により、自分の考えが伝えられなくなった場合に、どこで治療やケアを受けたいですか



【前】
- その時の状況による(2名)
- 家族の負担にならない場所(2名)

【後】
- 施設(2名)
- ホスピス(2名)
- 迷っている(2名)
- 家族が集まれる場所
- 家族も納得のできる場所
- 家族が負担に感じない場所

市民への普及の取り組み（渡辺病院）

2022年11月19日（土）
鳥越大史先生による講演

参加者30名

病気を持った人へのACP

人生の最終段階を自分のこととして考えられる人

家族、医療者と話し合い、医療・ケアの方針を決める

ACPは

信頼関係とタイミングが大事

元気な時にACPを行っていても・・

↓

健常人では約半数が意向は変わる

Auriemma CL. *JAMA Intern Med*. 2014;174(7):1085-92.

元気な時とは違った状況・・

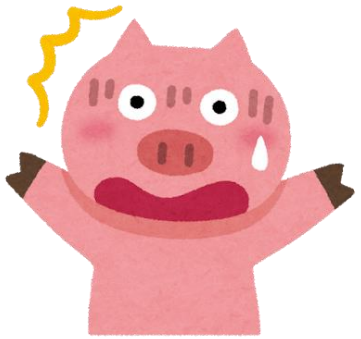
・思った以上に自由に動けない
・新たな病気になった
・身内が離れた場所にいて、介護する人がいない

繰り返し、見直していく必要がある

いつACPを見直すか

サプライズクエスチョン

この患者さんが1年以内に
亡くなったら驚きますか？



もし驚かないなら、ACPを開始した方が良い

Small N. Palliat Med, 2010;24:740-741
Hamano J. Oncologist, 2015

新見の事情・・

家族が遠方で、なかなか会って話ができない

・介護保険申請時とか？・・

良いタイミングを教えてください

ACP（人生会議）は続くよどこまでも・・

健康 → 病気 → 終末期

健康な人へのACP

病気を持った人へのACP

サプライズクエスチョン

余命12カ月

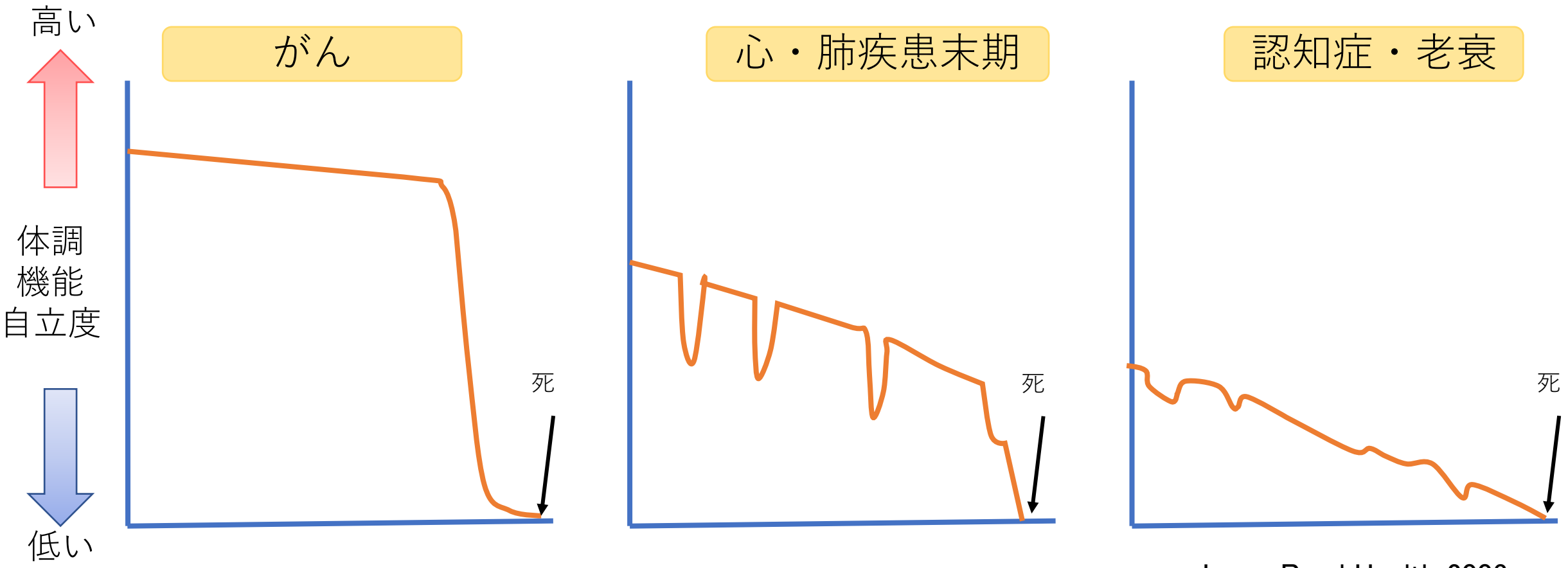
人生の最終段階

1回でやれば終わりではない。
何度も繰り返す

医療・介護チームでみんなで

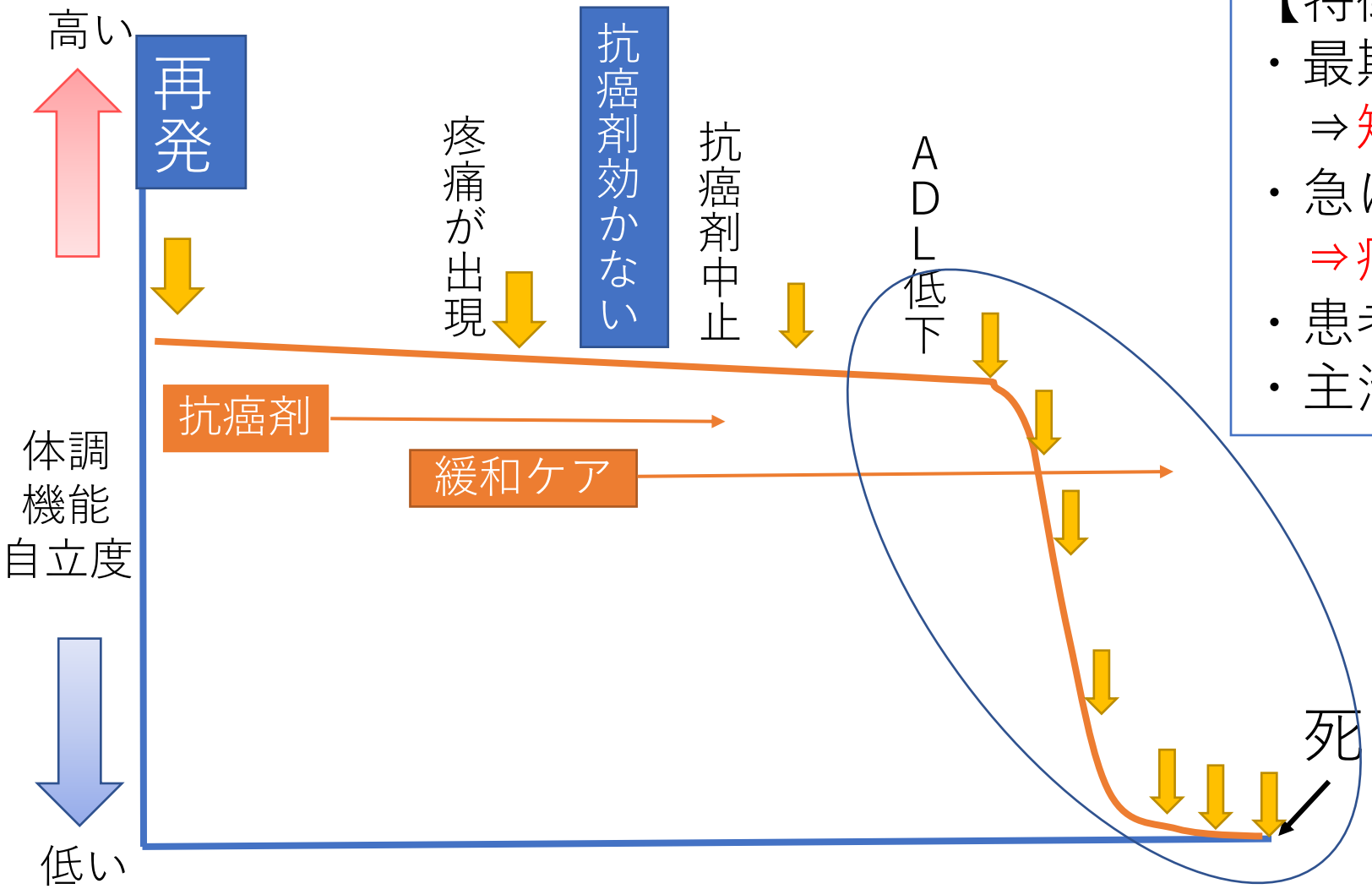
- ☐ どこで過ごしたいか
- ☐ 最期はどこで迎えたいか
- ☐ 食べられなくなったら
- ☐ 自分で呼吸できなくなったら
- ☐ 心臓がとまったら・・

病気によって、ＡＣＰを行う**タイミング**が異なる

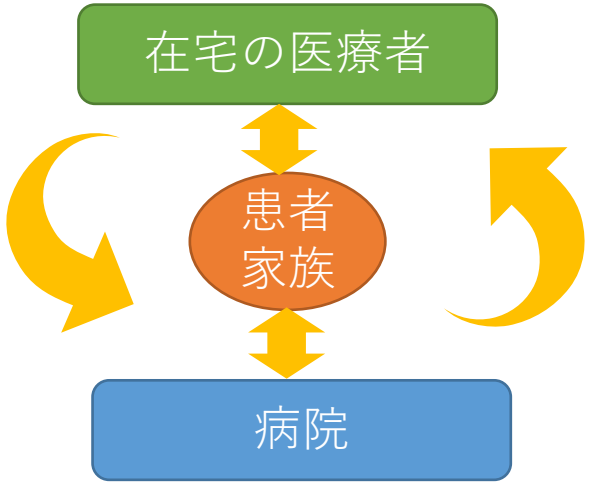


Lynn. Rand Health 2003: p.

がん患者のACP



【特徴】
- 最期が急激に悪化
  ⇒短期間で話し合いを繰り返す
- 急に在宅医療を導入
  ⇒病院⇔在宅の情報共有
- 患者さんが自分の意思を示す
- 主治医が関わる機会が多い



経験談として・・

がん患者のACPのタイミングが難しい・・

渡辺病院で使用した冊子

抗癌剤治療中・・　生きる希望

再発した時・・
抗癌剤が効かない・・　絶望

痛み、苦しい・・　それどころじゃない

死期が迫る・・　今更・・

しかし・・

ある乳がん患者さん・・

乳がんが再発。抗がん剤治療を行っていた。
抗がん剤治療が効かなくなってきた。
痛みも出てきた・・

思い切って、ACPやってみた

延命治療は？

最期過ごす場所は？

自分も気になっていた

話ができて良かった

外来看護師さんが、外来通院時に
いつもよく話を聞いていた。

ACPは信頼関係が大事

渡辺病院での取り組み

がんサポートチーム

地域の医療・福祉機関との連携

訪問看護、調剤薬局
ケアマネージャー等

医師、看護師、薬剤師
理学療法士、MSW
医療事務

がん拠点病院との連携

化学療法

- 安全な抗がん剤治療の実施
- 他院で治療中の患者さんが困った時に受け入れる

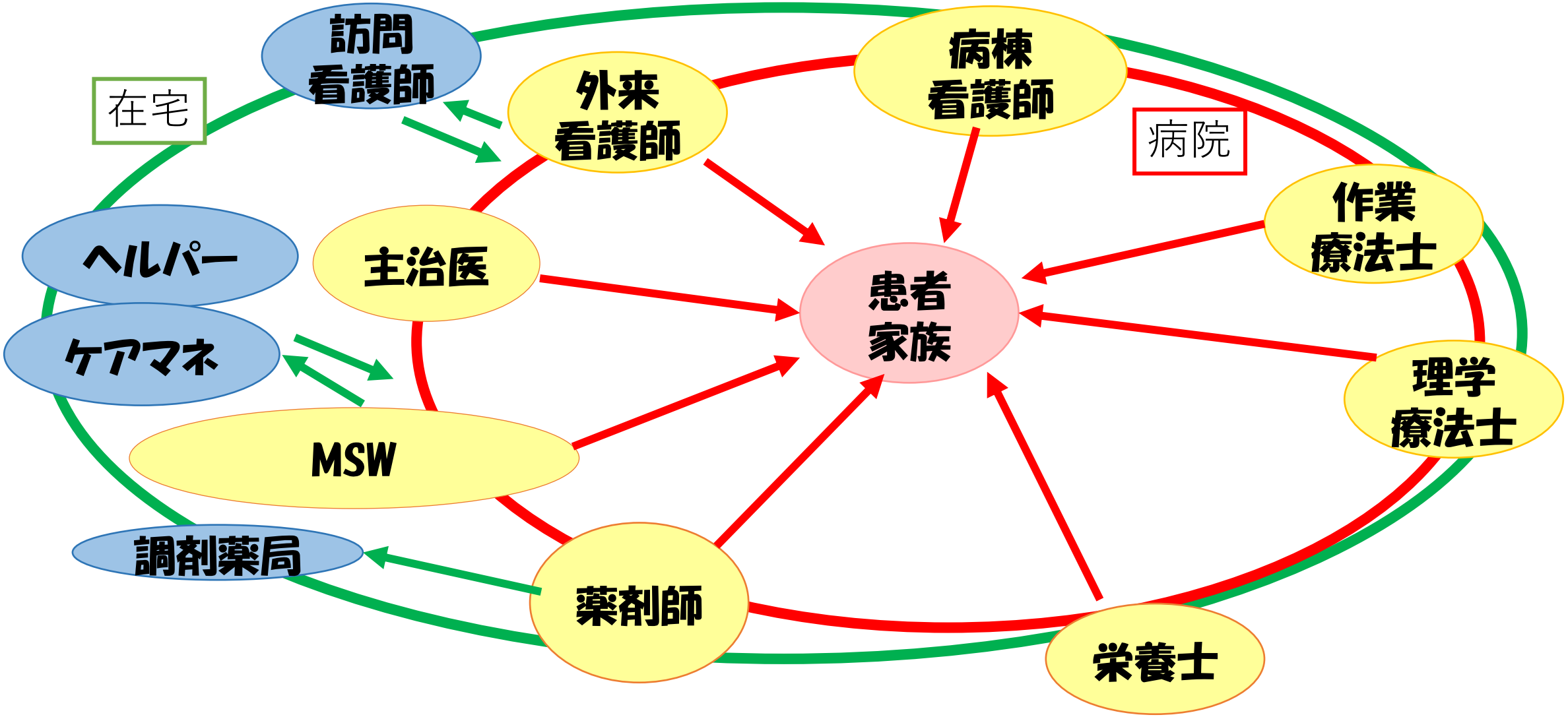
緩和ケア

- 症状緩和
- 訪問診療、在宅看取り
- 外出支援

月1回　地域の調剤薬局、訪問看護師と会議　　週1回　病棟で緩和ケアカンファレンス

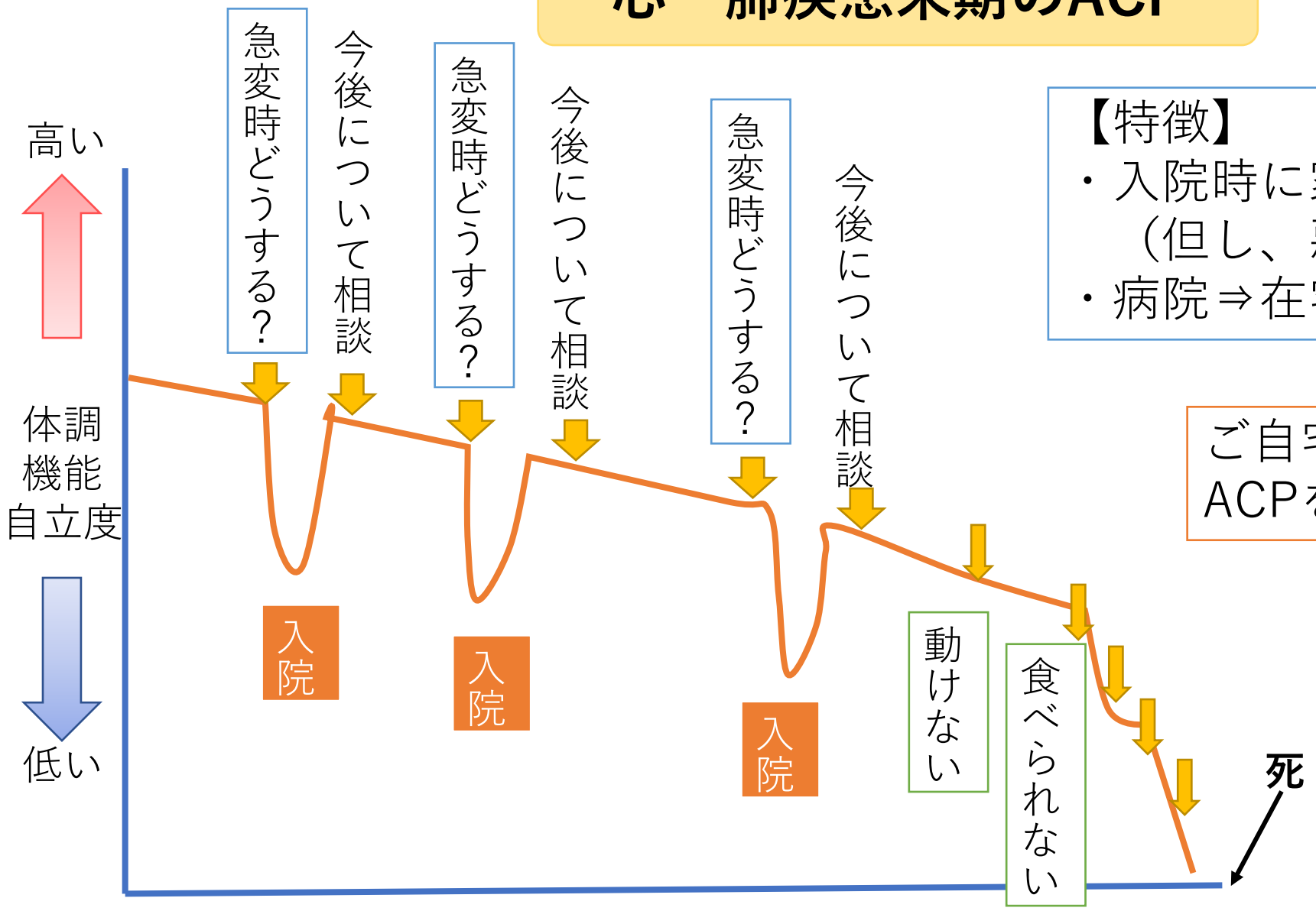
渡辺病院　終末期患者へのアプローチ

入院患者さんの例



信頼関係ができている人が、的確なタイミングでACPを実践

心・肺疾患末期のACP

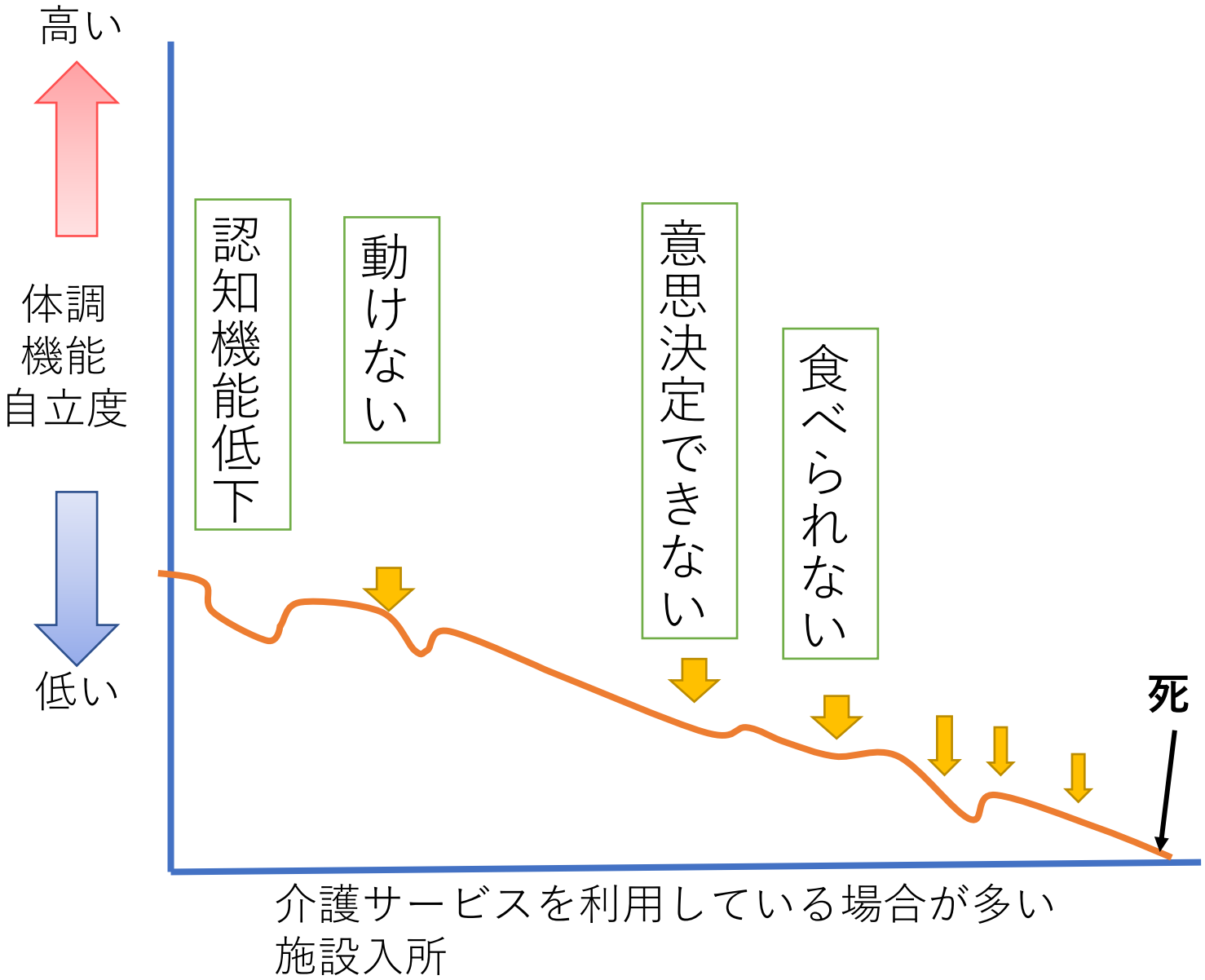


【特徴】
・入院時に家族と話をすることが多い
（但し、悪い状態時の病状説明）
・病院⇒在宅を繰り返す

ご自宅、デイサービスなどでACPを行うのが良いか・・

Lynn. Rand Health 2003: p.

認知症・老衰のACP



【特徴】
・本人の意思決定が難しい
・予後がわかりにくい
・「食べられない」問題

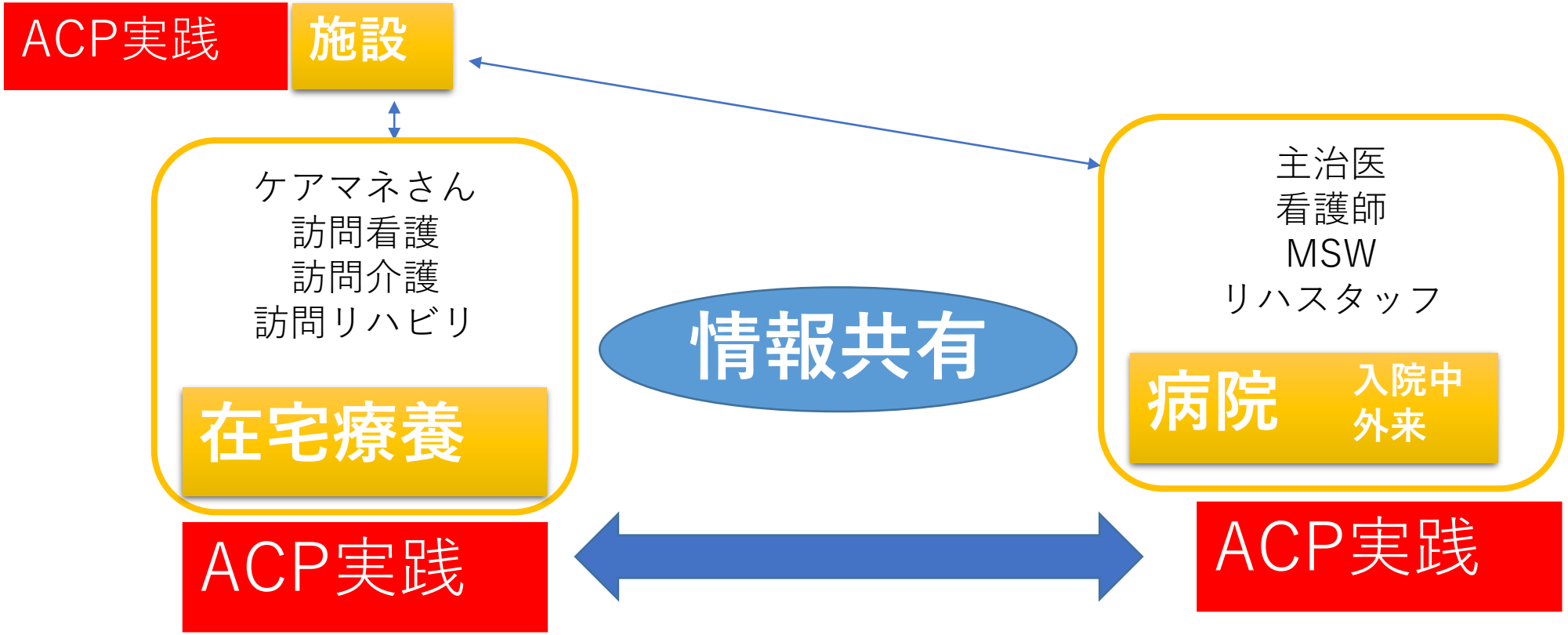
本人が意思決定できるうちに
話し合い

施設看取りも視野に

ACP　難しく考えなくても

普段の関わりの中で、自然に聞いてみるのが良いのではないか

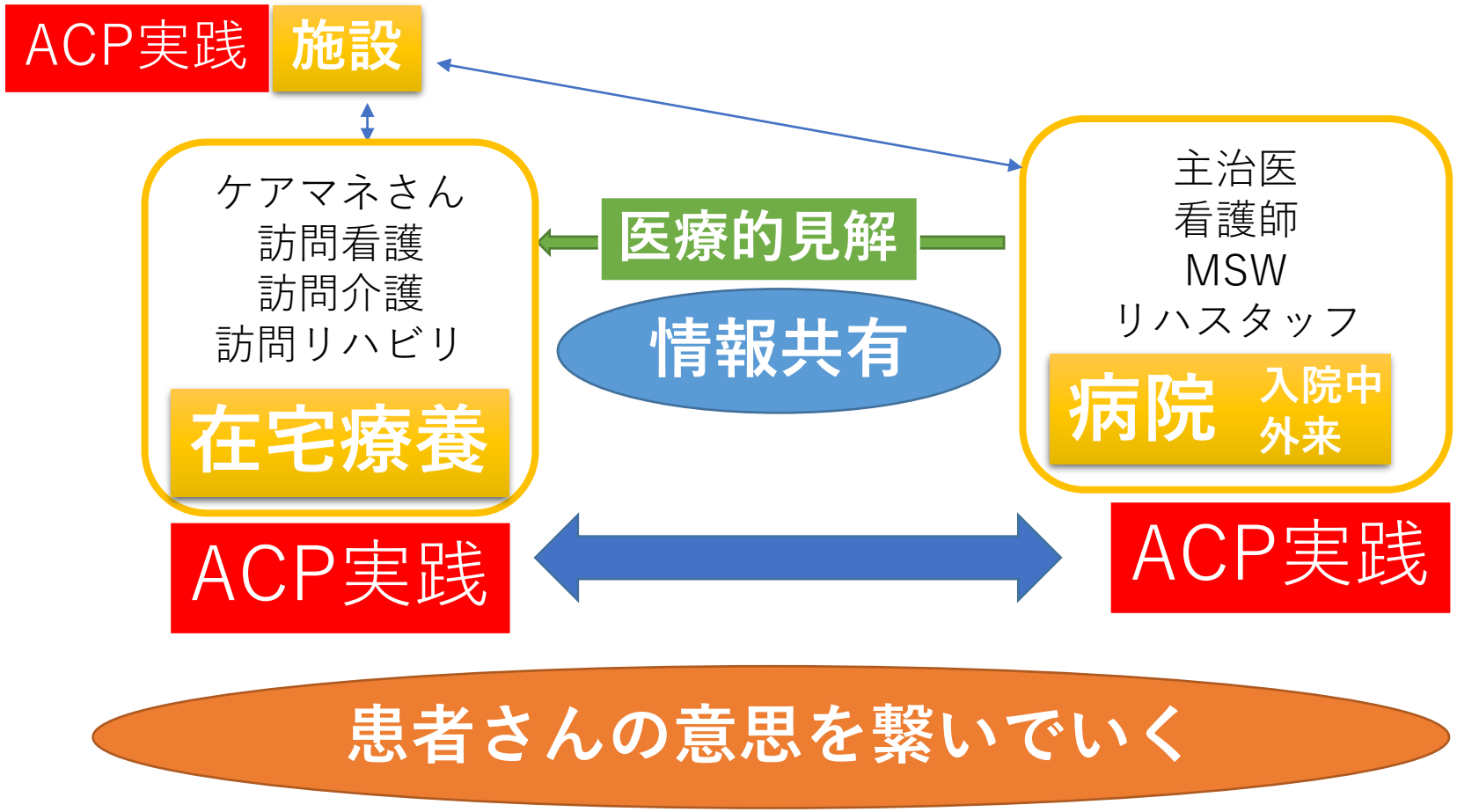
より良いタイミングで信頼関係ができている人がACPを行う



医師側の反省・・

みんながACPを実践するために・・

患者、家族、在宅に関わる医療従事者に
医療的な見解を的確に伝える必要がある



患者さんが「この人に言えば、主治医にも伝わるんだ」と思えるように

症例紹介

ACPを繰り返し、多職種/他施設連携で患者さんと家族の意思を貫いたがん患者様の経験

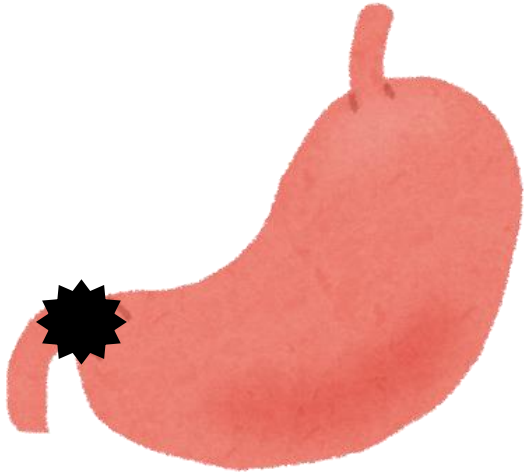
症例：84歳　男性

×年〇月　心窩部不快感と動機あり
前医受診⇒**Hb4.9**　当院に紹介

精査の結果、胃がん、大動脈周囲リンパ節転移あり
T3NXM1　StageⅣ

大学病院に紹介⇒手術適応なく抗癌剤治療
×年〇月＋1ヵ月　抗癌剤治療（SOX療法）開始。
×年〇月＋**2ヵ月**　繰り返す嘔吐。食事摂取困難で入院。

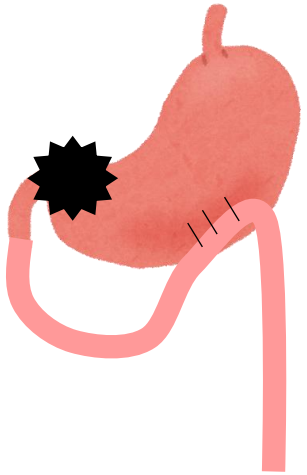
幽門狭窄
⬇
食べられない



バイパス術の希望あり大学病院に転院予定

×年〇月＋**3ヵ月**　　カテーテル感染、カンジダ血症
⇒敗血症性ショック、DIC

生命の危機



約3週間ほど治療し生命の危機は脱した

・著名にADL低下、ほぼベッド上の生活
・食べられない状態

「余命約3カ月」と伝えた

延命治療の希望なし

今後の方向性について本人とご家族に相談

ACP

主治医「バイパス術によって体力が消耗していて、家に帰れなくなるかもしれない。最悪命を落とすかもしれない。食べることと自宅に早く帰ることとどちらを優先するか」

＊看護師、リハスタッフ、MSWも本人とご家族の気持ちを確認

本人・ご家族「食べることにこだわりはない。自宅に帰りたい。」

↓

在宅で中心静脈栄養を行いながら生活する方針

【問題点】
①点滴の交換
②介護者が高齢（83歳）の妻のみ

＊多職種、訪問看護、各事業所等に相談

①点滴の交換
⇒家族に在宅用輸液ポンプの使い方と高カロリー輸液接続を指導

②介護者が妻（83歳）のみ
⇒訪問リハビリ、訪問看護、ヘルパー、
介護用ベッド

＊多職種、訪問看護、各事業所等に相談

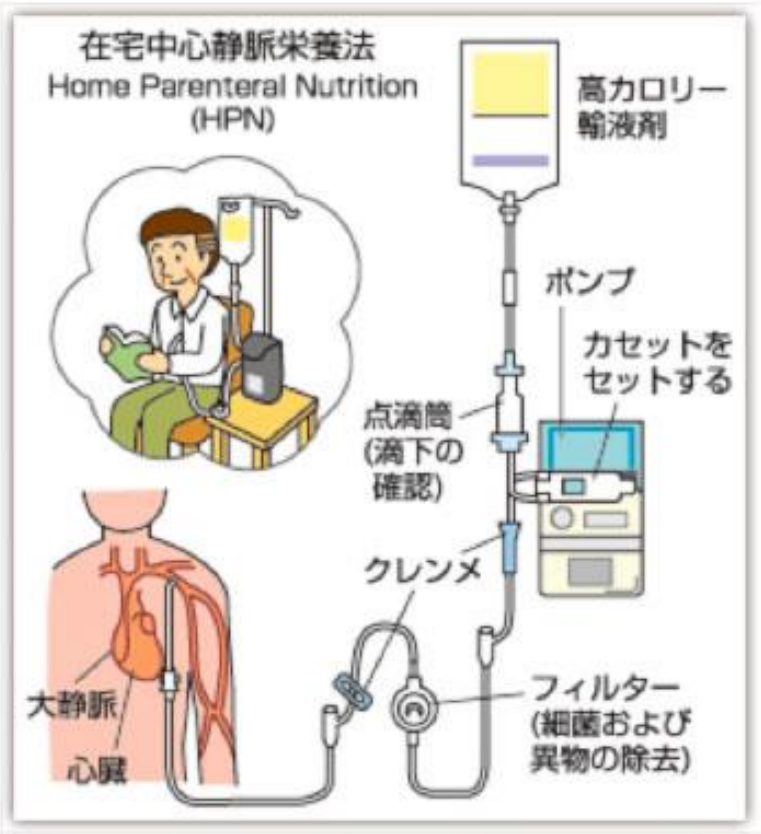
×年〇月＋**3ヵ月**　CVポート挿入

×年〇月＋**4ヵ月**　退院

初　訪問診療

在宅用輸液ポンプ

カフティーポンプS



妻が使いこなす

×年〇月＋**6ヵ月**　誤嚥性肺炎で入院

訪問診療

×年〇月＋**9ヵ月**　カテーテル感染で入院⇒CVポート再挿入

訪問診療

×年〇月＋**15ヵ月**　カテーテル感染で入院。カンジダ血症、敗血症性ショック
CVポート抜去し治療　**生命の危機**
↓
生命の危機は脱したが、**まだ抗生剤治療は必要**

×年〇月＋**17ヵ月**　**腫瘍からの出血**。輸血が必要。

いよいよ残されている時間は少ない

本人と家族に相談

ACP

主治医：出血が持続しており、カンジダ血症も落ち着いていない
残された時間をどこで過ごしたいか

本人と家族「先が長くないなら、どうにかして自宅に帰してほしい」

＊看護師、リハスタッフ、MSWも本人とご家族の気持ちを確認

現状のまま自宅に帰る方針に

- CVカテーテル
- もし輸血が必要になれば入院にて輸血
- 抗生剤点滴は毎日継続

訪問看護の回数を増加

訪問看護

情報共有

病院

×年〇月＋**18ヵ月**　訪問診療

×年〇月＋**19ヵ月**　抗生剤治療は終了。
Hb5～6で推移。全身状態はは良い

×年〇月＋**22ヵ月**　腫瘍からの出血、Hb4.6.

×年〇月＋**22ヵ月**　輸血目的で入院
2週間後　退院

×年〇月＋**24ヵ月**　黄疸が出現（T-bil2.4）

最期に過ごす場所をどうするか妻と相談　ACP

⇒**在宅看取りの方針に**
心肺蘇生は行わない

在宅看取りの際の注意

□ 心肺停止の時に救急車を呼ぶ⇒救急車を呼ぶと心肺蘇生を行わなければならない

↓

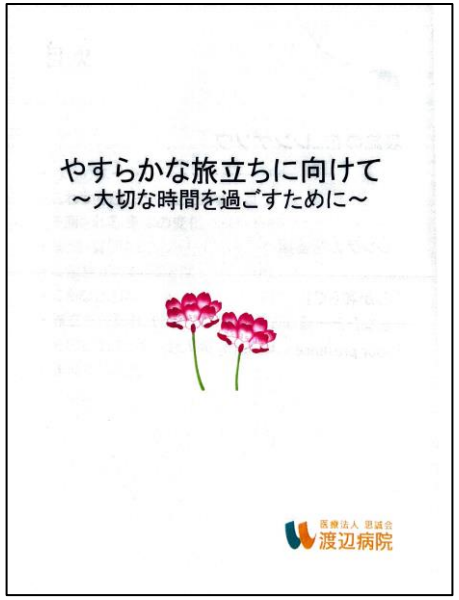
調子が悪い時、心肺停止時、病院に電話連絡してもらう⇒**主治医に連絡**

＊救急車を呼ぶか、経過観察するか、往診するか　こちらから指示する。

□ とにかく家族が不安

↓

看取りのパンフレットを渡す。



□ 看取りの時、病院と訪問看護がどう動くか打ち合わせ

↓

・家族から病院か訪問看護に連絡⇒主治医に連絡
・医師が夜間でもすぐ行くか。（今回は夜間でも行く方針）
・訪問看護によるエンゼルケア

×年〇月＋**24ヵ月X日**　嘔吐あり⇒その後誤嚥したか、SPO288～90％まで低下
本人呼吸苦あり

↓

急遽、在宅酸素を導入

＊業者さんが平日新見市内に在宅酸素を持ってうろついている
⇒連絡したら即日導入可

×年〇月＋**24ヵ月X日+1日**　尿量減少。意識レベル低下
⇒東京の息子さんに連絡

×年〇月＋**24ヵ月X日+3日**　午前4時X分　ご自宅でお看取り

訪問看護

情報共有

病院

その後訪問看護師がエンゼルケア

思い通りにならなったケースも・・

◆最期は自宅での看取りを希望していたが、最期で「痛み」「呼吸苦」「せん妄」が出現して、救急搬送された。

◆延命治療を希望していなかったが、突然倒れて（脳幹出血）救急搬送。急なことだったので、挿管、人工呼吸器。

最終的には満足した最期を迎えられました

まとめ

・ACPは、新見の皆さんが幸せな人生を送るためのもの

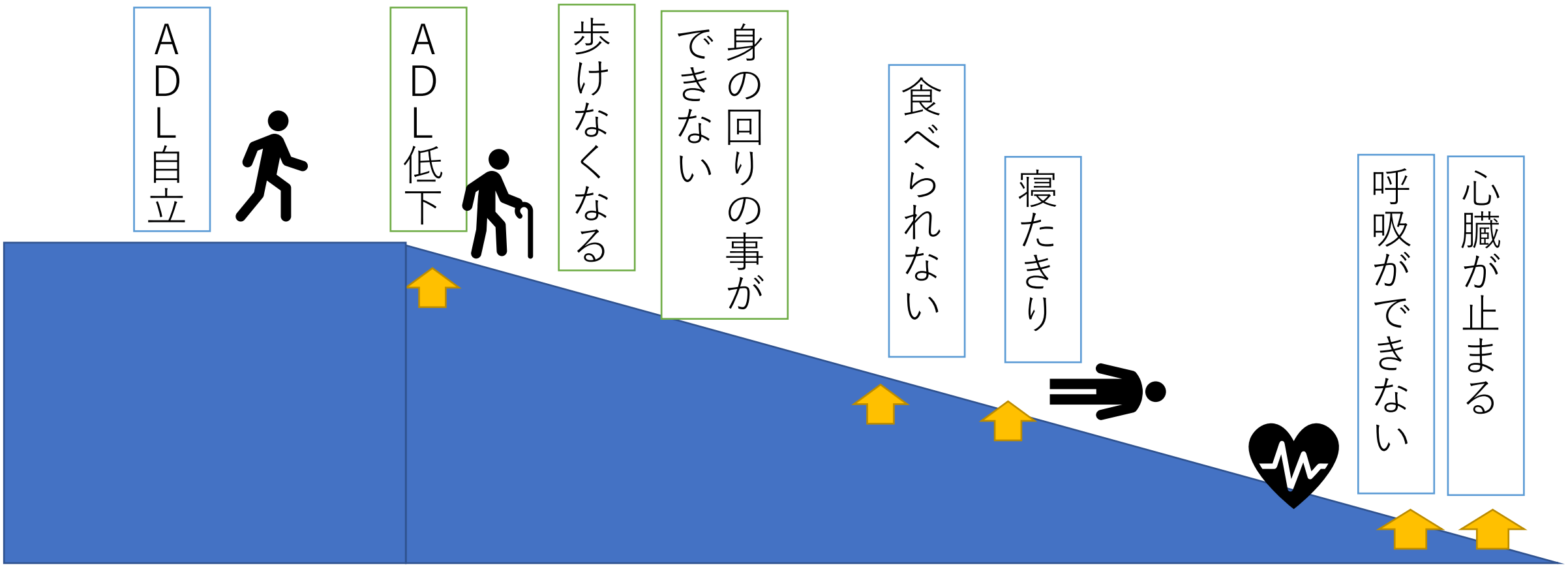
・ACPはタイミングと信頼関係が大事

・新見地域の全ての医療従事者がACPに関わり、患者さん（家族）の「思い」を繋いでください

地域の住民・医療者にACPを広めるために
一緒に考えていきましょう

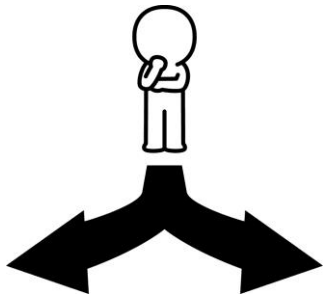
参考資料

「もしものとき」って想像できますか？



歩けなくなった、身の回りのことが自分でできなくなってきた

（こんなケース）
自分のことはなんとかできてたけど
だんだん、歩けなくなって、這って生活するようになって
トイレに行くのも難しくなってきた。



介護サービスを入れて自宅で過ごす

施設に入る

食べられなくなった・・

（こんなケース）
・嚥下機能が低下。誤嚥のリスク
・認知症で食べることを拒否して食べられない
・がんの終末期で食べられない
・腸閉塞で食べられない

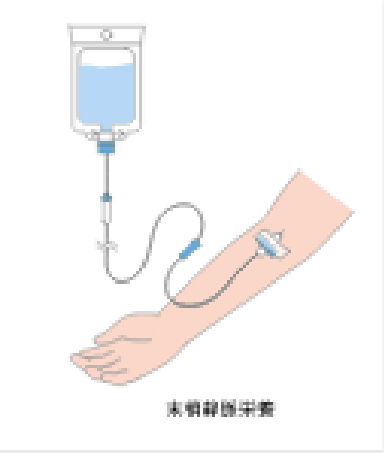
＊本人が意思決定できないケースが多い

なにもしない

経口摂取
可能な範囲で・・

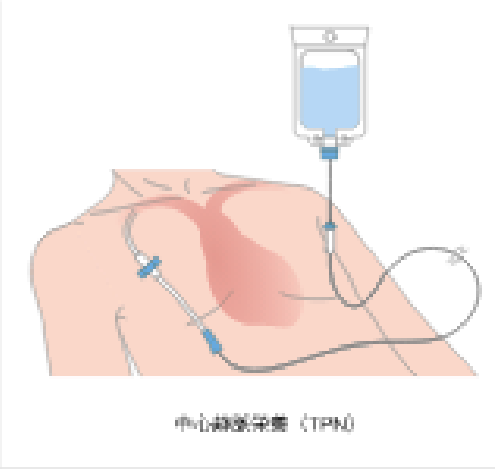
末梢輸液

・点滴ぐらいしてあげたい
・脱水を解除することで楽になることもある



高カロリー輸液

・胃瘻までは・・



胃瘻

・予後が長い
・施設に入る

自分の力で呼吸ができない

（こんなケース）
・重症肺炎で呼吸不全
・原疾患が少しずつ悪化し、次第に呼吸状態が悪化した（終末期）

まずは酸素投与

人工呼吸器

人工呼吸器をつけることで、改善が望める場合はつけることもある
自然経過での呼吸状態の悪化ではつけることは勧めない

心臓が止まった

（こんなケース）
・昨日までは元気だったのに、急に心肺停止になった
・病状悪化の自然経過のなかで心臓が止まった

心臓マッサージ

心肺蘇生を行って回復することもある
病状が悪化する場合は、ご家族に相談しDNARを確認する
蘇生を希望される場合は蘇生を行う