

第64回西部在宅 ケア研究会

祝
「第70回保健文化賞」
受賞!

特別講演

在宅現場での意思決定支援 ～地域でACPを紡ぐには～

「ACP」ってなんのことですか??



「ACP」：アドバンス・ケア・プランニング
もしもの時に備えて、受たい医療やケアについて、
あなたの希望や想いを、家族や大切な人、
かかりつけ医をはじめとした医療者、ケア提供者と
ともに話し合う過程(プロセス)のことだよ!



講師

北海道勤医協 総合診療・
家庭医療・医学教育センター(GPMEC)
函館稜北病院 総合診療科科長

川口 篤也 先生



略歴：2003年 札幌の勤医協中央病院で初期研修を始め、
2005年から3年間、北海道の地方都市で内科診療に従事した。
2014年には週刊医学界新聞に「モヤモヤさらば～臨床倫理4分割カンファレンス～」を連載し、
倫理的に日々モヤモヤする事例に多職種で取り組む方法を模索し、またACPの普及活動を開始した。
2016年に函館稜北病院 総合診療科に赴任し、函館で地域包括ケアの推進につとめている。
著書に 治療 2017年 12月号 特集「患者安全- 医療安全から患者安全へ-」編集幹事、
日本プライマリ・ケア・連合学会 基本編集ハンドブック編集など手掛ける。
また、川口先生は在宅で幸せな最期を迎える家族を支える医師を描いた作品、
ビッグコミックス「はっぴーえんど」にも登場している。

日時

平成30年 11月9日(金) 午後7時～9時

会場

ANAクラウンプラザホテル米子

申し込み不要
無料

※お車でのお越しの方は下記の駐車場をご利用ください。

- ・ANAクラウンプラザホテル駐車場
- ・鳥取県西部医師会館 第2・第3駐車場
- ・米子市役所駐車場

(※駐車券を会場までお持ち下さい。無料処理いたします。)

主催・問い合わせ先

西部在宅ケア研究会 米子市久米町136番地 TEL 0859-34-6251 FAX 0859-34-6252

後援：鳥取県西部医師会・鳥取県西部歯科医師会・鳥取県薬剤師会西部支部

併催：平成30年度 西部医師会主治医研修会

西部在宅ケア研究会 検索



第64回 西部在宅ケア研究会 例会

在宅現場での意思決定支援

～地域でACPを紡ぐには～

日時:平成30年11月9日(金)午後7時～9時

会場:ANAクラウンプラザホテル米子

----- プログラム -----

19:00 開会

司会 野坂医院 院長 野坂美仁 先生

19:05

特別講演

「在宅現場での意思決定支援～地域でACPを紡ぐには～」

講師 北海道勤医協 総合診療・

家庭医療・医学教育センター (GPMEC)

函館稜北病院 総合診療科科长 川口 篤也 先生

20:35 フロアディスカッション

20:55 アンケート記入

21:00 閉会

西部在宅ケア研究会ホームページ

<http://www.seibu.tottori.med.or.jp/isikai/care/index.html>

西部在宅ケア研究会

後援：鳥取県西部医師会 鳥取県西部歯科医師会 鳥取県薬剤師会西部支部

併催：平成30年度西部医師会主治医研修会

在宅現場での意思決定支援 ～地域でACPを紡ぐには～

2018年11月9日

鳥取西部在宅ケア研究会

函館稜北病院 総合診療科

川口 篤也

atsuyaka@gmail.com

1

自己紹介

- 2003年 勤医協中央病院 初期研修医
- 2005年 勤医協苫小牧病院 内科
- 2006年 釧路協立病院 内科
- 2008年 勤医協中央病院 総合診療部
- 2012年10月 東京医療センター 総合内科
- 2013年 勤医協中央病院 総合診療センター
- 2016年 函館稜北病院 総合診療科

2

なぜ人生の最終段階のことに関わる ことになったか？

- 方針決定の際に本人の意向がわからないことが多い
- 家族も本人とそのようなことを話していないので困惑する
→または家族の意向だけが優先される
- 人は100%死ぬのに・・・
- **医療者として自分は事前に適切な関わりをしてきたのか？**

3

臨床倫理4分割表

医学的適応 Medical Indication	患者の意向 Patient Preference この情報が 無いことが多い
QOL Quality of Life	周囲の状況 Contextual Features

4

少しでも本人と話していれば・・・

- 意思表示が可能なときに、本人が死ぬまでどう生きたいか聞いていれば、こんなに悩まずに済んだかもしれない・・・
- 逆に自分が話していないことで、周囲にそのような選択をさせて**一生悩ませる**ことにならないか？

5

日々の現場で

- **もう少し前に**家族で話し合っていればこのような選択にはならなかったのに・・・

と思うような**患者、家族**を

多く見ていませんか？

6

本日の目標

- DNAR, AD(事前指示), ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の違いがわかる
- ACP(advance care planning)についての基本を理解する
- ACPを適切に行えるようになる・・・かも

*advance= **事前の**という形容詞

*advanced=進歩した、高度なという形容詞

7

DNAR(Do Not Attempt Resuscitation)

- **心肺停止に対して心肺蘇生を試みない**
ということに限定された指示
- 気管内挿管、昇圧剤などの具体的医療行為をしないを決めるものではない
- 状況が変わった場合(新たな病気が見つかった、退院したetc)には再検討する必要がある

8

DNR(DNAR)で差し控えを考慮する 医療行為(複数回答可)

	割合	数
心静止の際の胸骨圧迫	97.1%	531
心室細動の際の胸骨圧迫	88.1%	482
心室細動への電気ショック	83.9%	459
血液透析	79.3%	434
人工呼吸器管理	73.9%	404
輸血・血液製剤の使用	60.3%	330
昇圧薬・カテコラミン投与	58.7%	321
集中治療室への入室	55.4%	303
中心静脈ライン挿入	51.7%	283
血液培養	34.6%	189
CT撮影	33.6%	184
非侵襲的陽圧換気	32.5%	178
血液ガス採血	24.5%	134
生理食塩水輸液	8.4%	46
酸素投与	7.3%	40

9

最後の瞬間に立ち会うことを 重視しすぎていませんか？

- 24時間付き添いしていても、ふと席を外した瞬間に亡くなることもあります
- 大切なのは生きているうちに大切な時間を過ごすこと
- 医療、介護従事者も亡くなっているのを発見すると自分を責めていませんか？

10

事前指示 (AD : Advance Directive)

①代理決定者の
指名

②内容指示

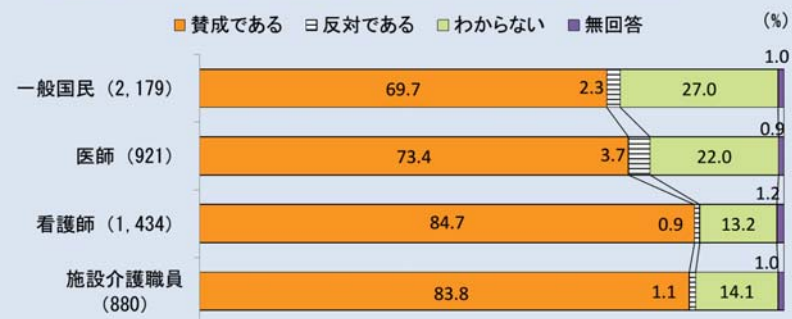
- **DNAR**
- **胃瘻**
- 中心静脈栄養
- 人工透析
- 人工呼吸器 …etc

11

事前指示書について①

■ 事前指示書*1をあらかじめ作成しておくことへの賛否

□ 一般国民の約7割が事前指示書の考え方に賛成している。
前回はリビングウィル*2の賛否を尋ねており、約6割が賛成していた。

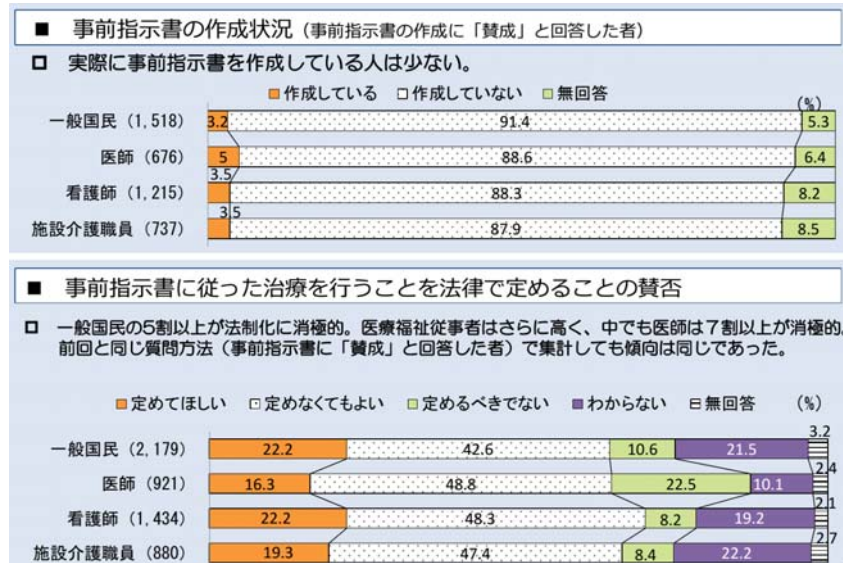


※1 自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいか、あるいは受けたくないなどを記載した書面

※2 治る見込みがなく、死期が近いときには、延命治療を拒否することをあらかじめ書面に記しておき、本人の意志を直接確かめられないときはその書面に従って治療方針を決定する方法

12

事前指示書について②



13

事前指示(アドバンス・ディレクティブ) 問題点

- **あらゆることを事前に決めておくことは不可能**
- 数年前に書いたことと今も同じ考えの保証は？
- **前提となる条件もわからず、具体的な医療行為(胃ろうetc)をする、しないを決めなければならない**

15

私の医療に対する希望（終末期になったとき）

受付番号 _____ 番

終末期とは「生命維持処置を行わなければ、比較的短期間で死に至るであろう、不治で回復不能の状態」です。

- 患者様が終末期になったときの受けられる医療に対する希望を患者様ご本人が記載してください。
- 患者様ご自身で判断できなくなられたとき、主にご家族・主治医の参考になると思われます。
- この希望はいつでも修正・撤回できます。
- 法的な意味はありません。

1. 基本的な希望（希望の項目をチェック(✓)してください）

- ① 痛みや苦痛について できるだけ抑えて欲しい(必要なら鎮静剤を使ってもよい) 自然のままにいたい
- ② 終末期を迎える場所について 病院 自宅 施設 病状に応じて
- ③ その他の基本的な希望（自由にご記載ください）
()

2. 終末期になったときの希望（希望の項目をチェック(✓)してください）

- ① 心臓マッサージなどの心肺蘇生 して欲しい して欲しくない
- ② 延命のための人工呼吸器 つけて欲しい つけて欲しくない

14

どういう思い、どんな文脈で書いたか

- これらがわかっていないと本当にその通りにしていいのか？
- 医学用語の意味するところ(人工呼吸器?)を正確に理解しているのか
→医療者でも書きづらいのに、非医療者はもっと書きづらい

16

事前指示法制化の問題点

- 書きたくない人に書くことを強要する
- 文脈もわからない場面で、突然一枚の紙がものすごい影響力を及ぼす
- 書いてないと思ったら、死後にポロツと見つかる
→違うことをしていたら訴えられる？

17

New England Journal of Medicine

Gillick, 2004

「ADはローテクでお金もかからず、一見、簡単で役に立ちそうに思える。しかし、個別の医療行為に関するADをすべての状況を予測して準備することは不可能であり、逆に、詳細に書こうとすればするほど、柔軟性が失われて実際の現場では適用が難しくなる」

18

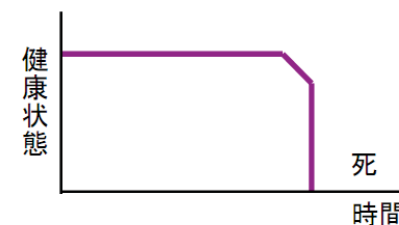
紙切れ一枚ではほとんど伝わらない

- 事前指示書を
埋めることを目的
にしてはいけない

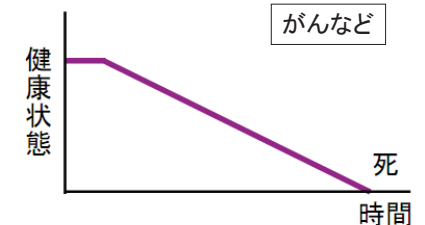
19

死に至るまでの経過

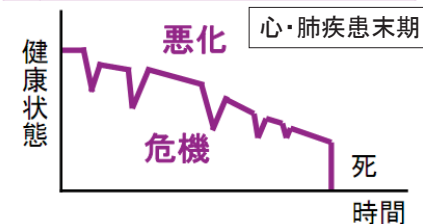
1 突然死、予期せぬ原因



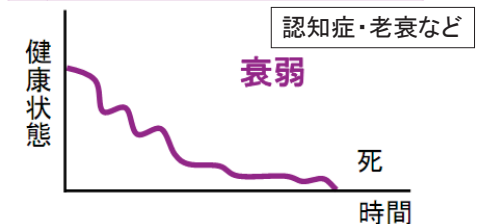
2 着実に向かう短いターミナル期
がんなど



3 緩慢な悪化、危機の繰り返し
心・肺疾患末期



4 衰弱、予期した死
認知症・老衰など



(Field MJ & Cassel CK, 1997; Lunney JR et al, 2003) 20

認知症/老衰パターン

終末期の判断が
難しい！



- 全身の機能が低下した時間が長く続く
- 全体的に緩やかな低下が続き、死亡まで機能が低下していく
- **そもそもいつからが終末期なのかが不明確**

21

終末期になってから話せばいい？

- 非癌患者では終末期を予測するのが難しい
- 終末期には**約70%**が自分で意思表示できない

1. Silveira, M. J., Kim, S. Y. H., & Langa, K. M. : Advance Directives and Outcomes of Surrogate Decision Making before Death. New England Journal of Medicine, 362(13):1211-1218. 2010.

→もっと**早い段階**で話しておく必要がある

22

あなた自身はどう死にたいですか？

- 自分の死について周囲の人と話している人は？
- 周囲の人がどう死にたいか聞いている人はいますか？

なぜ100%人は死ぬのに、話し合っていないのでしょうか？

なぜ患者さんと話すのは大事だと思っているのに、自分のことは話していないのでしょうか？

23

と言われても困りますよね？

- 終末期の患者さんには必要だけでも、自分はまだピンと来ない。
- どう話していいかわからないし・・・。
- 家族に話してもはぐらかされるし・・・

今まで見てきた患者・家族と同じですよ

24

人は死ぬ瞬間を選べない

- 人が選べるのは死ぬ瞬間までの

生き方である

25

生き方を考える・・・

- 自分で決めたいと思いませんか？
- 周囲にも自分で(一緒に)考えて欲しいと思いませんか？

自己決定

26

まずは・・・

- 何歳くらいまで生きていたいと思っているか
- 生きている間どんなことをしたいのか
- 体が弱ってきたときでも今の家に居たいのか、早めに施設に入りたいのか

上記あたりから考え、話し始めるのはどうでしょうか？

心積もり

27

E-FIELD

Education For Implementing End-of-Life Discussion

人生の最終段階における医療体制整備事業

<http://endoflife2018.umin.jp/>

患者の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会

平成30年度は全国12カ所

・岐阜県 岐阜市(東海) 平成31年2月3日(日)

29

アドバンス・ケア・プランニング

Advance Care Planning(ACP) : 定義

- 今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス
 - 患者が望めば、家族や友人とともに行われる
 - 患者が同意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアにかかわる人々の間で共有されることが望ましい
 - ACPの話し合いは以下の内容を含む
 - 患者本人の気がかりや意向
 - 患者の価値観や目標
 - 病状や予後の理解
 - 治療や療養に関する意向や選好、その提供体制

<http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf>

目的

- 生命の危機がある疾患に直面している患者・家族と今後の人生、生活、医療について話し合うことができる
 - アドバンス・ケア・プランニングを理解する
 - 病状の認識を確かめる
 - 話し合いを導入する

アドバンス・ケア・プランニング (ACP)



Advance Care Planning: A Guide for Health and Social Care Staff. National End of Life Care Programme, Web site. Available at: http://www.endoflifecareforadults.nhs.uk/assets/downloads/pubs_Advance_Care_Planning_guide.pdf. Accessed August 9, 2010

ACP(アドバンス・ケア・プランニング)とは

- 対話によってその人の**価値観**を周囲の人、医療者が共に理解していく

プロセス(過程)

33

ACP(advance care planning)


- 特定の医療行為をするかどうかよりも、治療の目標や患者の**価値観**、考え方、思想、信条に焦点をあてる
- 患者・家族もそのプロセス自体に意味を見出す
- 1回話して終わり、書類を記入して終わりではない
- 点ではなく線...**ing**が大事

34

あらゆることを想定するのは不可能

- 自分の**価値観**をわかってくれる人を作る
- 家族の**価値観**をわかるような話し合いを続ける
- 信頼できる**医療者**と共有する

35



エンディングノートも一人で書いてはいけない

- 書いたことを共有しないと叶えられるとは限らない
- どこにあるか明示(救急隊にもわかるように)
- 初めて目にしてもどこに重要な情報があるのかわからない
- 事前にすべてのことを決めておくのは不可能

→話し合っ**て価値観**を共有しておくのが大事

36

ACPの効用

- ACPを行うと
 - 患者の自己コントロール感が高まる
Morrison, J Am Geriatr Soc. 2005
 - 死亡場所との関連（病院死の減少）
Degenholtz, Ann Intern Med. 2004
 - 代理決定者－医師のコミュニケーションが改善
Teno J. JAGS 2007
 - より患者の意向が尊重されたケアが実践され、患者と家族の満足度が向上し、遺族の不安や抑うつが減少する
Detering K, BMJ 2010

Education For Implementing End-of-Life Discussion 37

いつ話すか？

- 病院では・・・
 - ・入院をきっかけに(すぐに命に関わる状況ではないとき)
 - ・外来、訪問などで**誕生日**などの節目
 - ・癌などでは再発時、治療効果がなくなった時
(**診断時は情報が多すぎる**)
- 病院以外では
 - ・正月などの節目
 - ・親類などの不幸、入院 etc

今後のこと いつ話し合うか？

- 決められたものはない
- 以下の時が話しやすいといわれている
 - 状態が比較的安定している
 - 判断が差し迫っていない
 - 手術、入院など大きな疾患の変化を乗り越えた時

Education For Implementing End-of-Life Discussion 38

医学的適応(Medical Indications)

70代 男性
 # 嚥下機能障害・・・繰り返す脳梗塞
 VF所見：椅子座位では窒息、誤嚥のリスク高い
 誤嚥したものを嚥出できず、反射的なムセなし
 姿勢を35度リクライニングではリスク軽減
 →経口摂取のみで栄養確保は難しい
 # 両上肢振戦で入院・・・軽快(前回入院から10日)
 # 繰り返す誤嚥性肺炎
 # 構音障害(意思疎通可能だが、はい、いいえ以外聞き取りにくい)
 # 低栄養・・・現在末梢点滴＋全粥・刻み・トロミ2割
 →入院6日目窒息しかける

患者の意向(Patient Preferences)

・ケア付き住宅にいたい
 ・口から食べたい、一食でもよい
 ・口から食べることに加えて、他の代替栄養投与に関してはやってもよい？

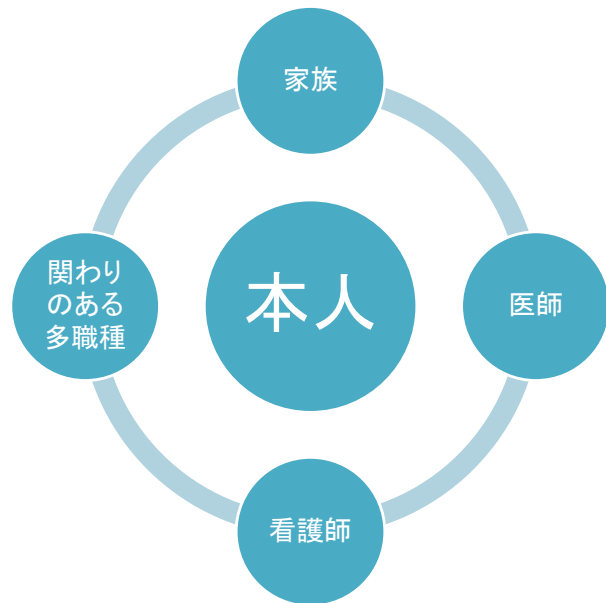
QOL(Quality of Life)

何が最善？

周囲の状況(Contextual Features)

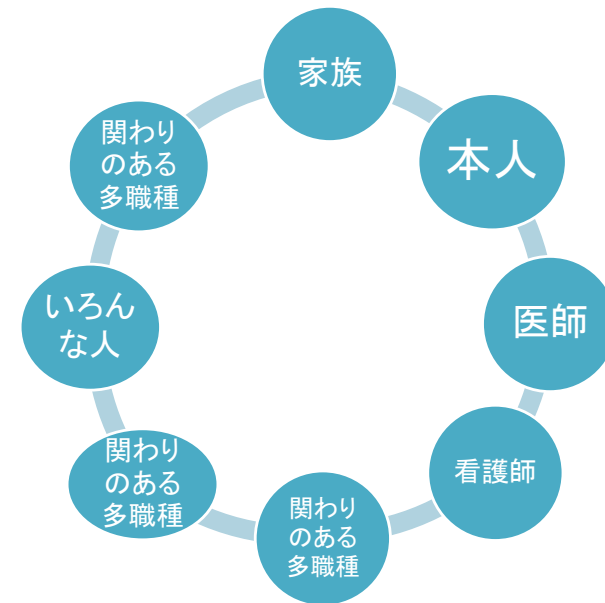
・2度離婚歴あり、家族とは連絡取れない
 ・2年前当院回復期リハビリ病棟退院後にケア付き住宅に入所
 ・住宅の管理人が入院手続きなどしている
 →食事介助も可能とのこと
 ・保証人や手術承諾書を記載する人はいない
 ・生活保護

意思決定



41

意思決定



42

ACPの影

- ① 関係性が出来ていないのに土足で踏み込む
- ② 事前指示を取ることを目的にする
- ③ 医療者の価値観を押しつける
- ④ 揺れることを許容しない
- ⑤ 地域で紡がれていない

43

関係性が出来ていないのに土足で踏み込む

- 相手の準備段階を聞かない
- 最後は家で死にたいですか といきなり直球
- 会うたびにどこで死にたいですか？

44

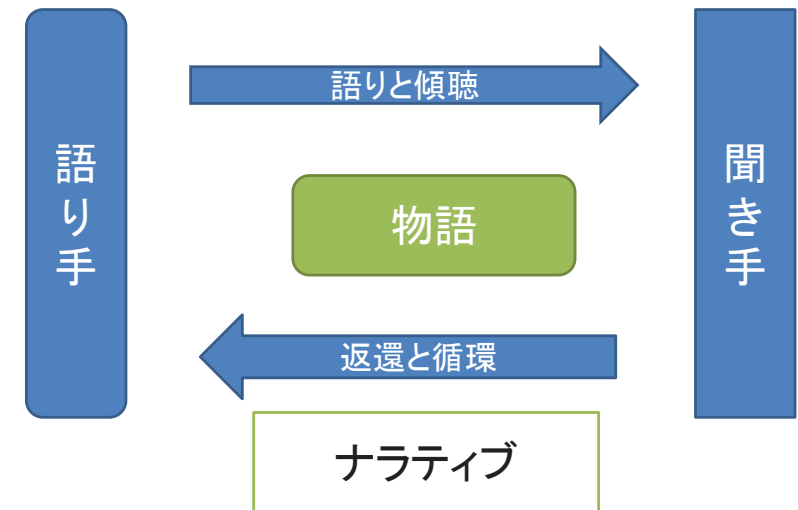
あなたは本当にその人の本心を聞けていますか？

- 逆にあなたは他の人に本心を話していますか？
→ **相手によって**語る内容を変えていませんか？
- 自分が知っている情報のみでその人のことを考えて良いのでしょうか？

45

ナラティブとは何か？

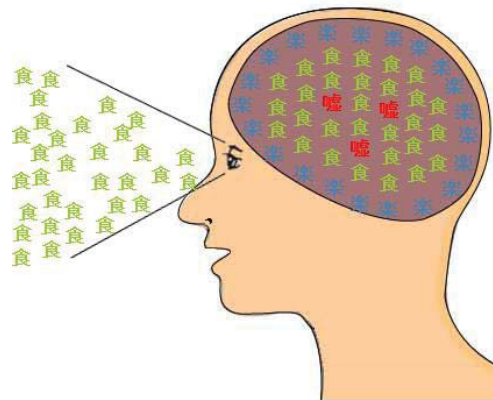
ナラティブ = **物語 + 語り**



46

話し合う(対話)の効用

- 話したり、書いたりすることで自分の脳内にあるいろいろな考えが直線化される
- 相手の反応によって、自分の考えが変わったり、思いもよらないことに気づくこともある



脳内を分析する 脳内メーカー
© muryop.com
<http://www.muryop.com/>

47

医療者の価値観を押しつける

- 胃瘻は絶対しない方が良いでしょう
- これは手術しか無いです
- 在宅で亡くなるのが一番いいです

48

ものがたりとは？

- 「自分が今まで経験してきた多くの出来事 から 主なものを選んで、それをつなぎ合わせると、星座のような図柄ができあがる。しかし、ある時、今までとるにたらないと思っていた出来事がとても重要に思えてきて、その出来事を加えると星座の形も変わってくる。物語というのは、無数にある点のなかから何を選び、どうつなぐかによって変わる。過去、現在、未来をつなぐ物語はさまざまな形をとりうるのです。」

ナラティブ・アプローチ 野口 裕二先生

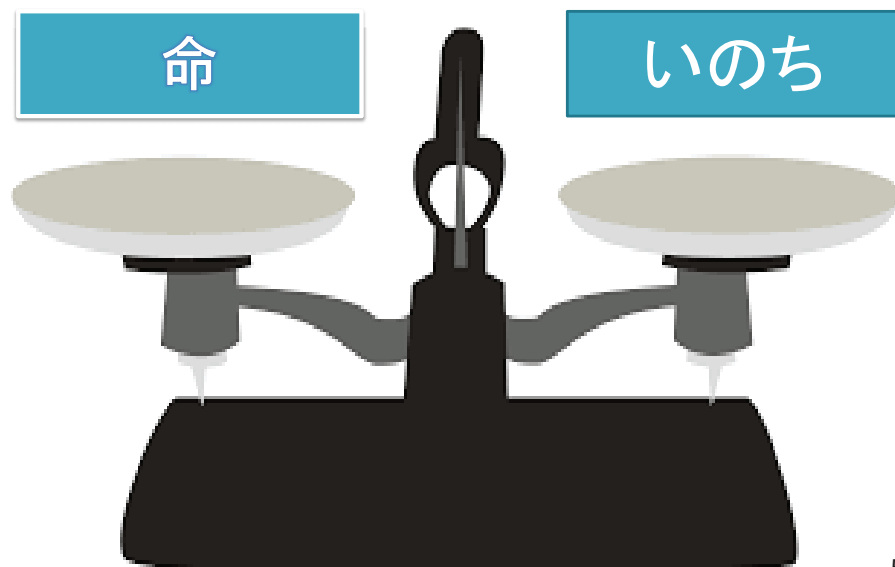
49

ものがたりは恣意的

- 自分よがりになる危険性に自覚が必要
- 常に**わかったつもり**になっていないか問う
- 複数の関係者でバランスをとる
- 自分の価値観を押し付けない

50

命といのちのバランスを取る



51

臨床倫理4分割の表

医学的適応 Medical Indication	患者の意向 Patient Preference
エビデンス	ナラティブ
QOL Quality of Life	周囲の状況 Contextual Features
EBM/NBM	ナラティブ コンテキスト

52

みんな見えている現実が違う

- カンファレンスなどで我々が出来ることは、みんなが持っている

情報(ものがたり)をすり合わせ、

共同のものがたりを紡ぐ作業

53

揺れることを許容しない



移ろい揺れるから人なのです

54

一度話ただけではダメです！

- **何度**も語り合う
→人の気持は変わります。
(病気になって初めて気がつくこともある)
- 急性期病院でのACPは**弱者のACP**の可能性
がある
→かかりつけ医、かかりつけ看護師など
で線に関わる

55

中腰で耐える

- 医療者はとかくはつきり決めたがる



56

ACP(advance care planning)

- 点ではなく線・・・

ing

が大事

各地の取り組み

- 心積りノート :
清水哲郎先生(東大 臨床倫理プロジェクト)
- 生きる 最期まで、自分らしく・・・漫画
京都地域包括ケア推進機構(宇都宮宏子)
- 自分らしく生きるために・・・もしもの時に備えるノート
とよひら・りんく(札幌市豊平区)
- わたしの想いをつなぐノート
宮崎市(書くことを目的にしないノート)

<情報リスト>

【問題リスト】

#アルツハイマー型認知症(2010/3 A病院で診断)
#胃瘻造設状態(バンパーチューブ型 2015/5 A病院外科で造設)
→2016/4 最終交換(当院 16Fr
→ラコール 400ml + 先水 100ml 1日3回

#a 左踵II度褥瘡(2016/7/21-)
→ドレッシングテープ保護+除圧

【既往歴】

右大腿骨頸部骨折(2012/4/21 B病院手術)
肺炎(2015/11/21-2015/12/25 当院入院)

【CGA】

<住まい>: 自宅
<家族>: 妻と長女と同居。道外に長男家族(孫二人)
<サービス>: 要介護4, 訪問看護2/週, ショートステイ5日/月, 訪問入浴1/週
<認知機能>: HDS-R 8点(2015/12), 受け答えは可能。合理的判断は難しい。
<ADL>: ベッド上で手足は動く。車椅子へ一人介助で移乗。排泄はオムツ。
<IDAL>: リモコン使えるか?
<AADL>: 歌は好き(美空ひばり), ショートステイの職員と仲が良いとのこと

【ACP】

<2016/8/24>

妻: 本人は病院が嫌いな人ではなかったです。徐々に体力が落ちているのはわかっていますので、このまま穏やかであれば最期まで家で看たいとは思っています。

長女: お母さんの気持ちを尊重したい。ただお母さんも無理するので、自分ができることは手伝いますが、共倒れになりそうな場合には病院も少し考えています。

ACPを地域で紡ぐには

- 医療者がACPを意識して、そのことを手紙に記載したり、申し送る
- 受け取った方は機会をみて、前のところではこのようなことを言っていました、今はどうですか?など投げかける
- ACPを意識する文化を作る

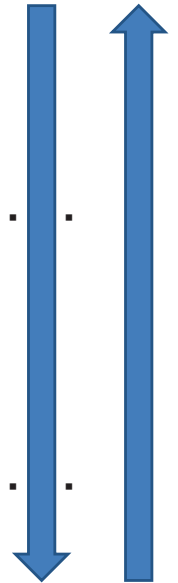
函館オープンカンファレンス

- 参加者は急性期病院、紹介された訪問診療、ケアマネ、訪問看護、施設の職員などの関係者
→に加えて事例を知らない人も参加
- 会場を急性期病院持ち回りで行う
→普段参加しない病棟看護師なども参加

61

函館市内の病院事情

- 市立函館病院
 - 五稜郭病院
 - 函館中央病院
 - 国立病院機構函館病院
-
- 医師会病院
 - 共愛会病院
 - 協会病院
 - 日赤病院
 - 稜北病院
-
- 療養型病院、診療所、施設系



62

開催病院、参加人数

	函館五稜郭病院	国立病院機構函館病院	函館中央病院	函館医師会病院	市立函館病院	函館中央病院
参加人数	87	(74)	112	95	116	101
院内	49	26	61	38	50	39
院外	38	48	51	57	66	62

63

重要な決断

その時に
なってみないと
わからない

64

事前に話していても意味はない？

- 親や親しい人とこれからのことを話すことによって、来たるべき時への準備ができるのではないか
- 一度も話したことがないと、自分の頭で考えて判断が難しく、結果的に医療に任せることを選んでしまう

65

ACPとは

- 今をどう生きるのかを考えるために未来を考えること
- 未来のことを決めるのが目的になってはいけない

• 今親しい人と話しているこの時が大事

66

それでも人は悩むのです

- 生きてきたようにしか死ねないからこそ、今をどう生きるか(何を**選択**するのか)が大事
- 医療者が患者・家族と**一緒に悩んで、考えるプロセスが大事**
→意思決定の倫理的適切さを担保する

67

まとめ

- ACPは医療者と一緒にその人らしく最後を迎えるための話し合いの**プロセス**
- 価値観を共有することで予想し得ない事態に対処できる可能性あり
- 話したこと、書いたものを**共有するシステム**大事
- **医療者自身**も死ぬまでどう生きたいか？話し合いましょう
- 我々は招かれなければならない
- 態度としてのナラティブ
- 意思決定は悩みながら一緒に決めていく

68

参考文献

- 人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修会資料
- どう生き どう死ぬか 現場から考える死生学
監修: 清水 哲郎
- いのちの終わりにどうかかわるか
編集: 木澤義之・山本亮・浜野淳
- 「臨床倫理」No.4 2016.2
ナラティブエシックスとはなにか; その理論と実践の体系的検討
金城 隆展
- アドバンス・ケア・プランニングいのちの終わりについて
話し合いを始める
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000173561.pdf>
木澤 義之