

ケア・看護にいかすACP・人生会議

群馬大学大学院保健学研究科

内田陽子

2022年2月7日曜日 藤岡編
2022年2月19日土曜日 伊勢崎編
でのWEB研修会資料を統合したもの
*資料は本HP(bpsd.jp)での閲覧に留めてください



1

本講演会の内容

1. ACPはしなやかに対応
2. ACP・人生会議とは
3. 人生の最終段階の医療・ケア
4. ACPの課題
5. 死のパターンと予後予測
6. 場所別/時期別にみたケアの特徴
7. エンディングノート・意思表示の記録
8. 認知症の人への意思推測
9. ありのままの最後
10. 情報の共有化・ケアプラン
11. 倫理的判断
12. 最後まで地域で生きる意義と限界



2

ACPはしなやかに対応 つよい木は折れるが、柳は折れない 五木寛之：養生の実技



柳・兼六圓の雲吊り・利根の古い家 内田陽子作

3

外国文化ACPそのままではなく、 わが国、各地域、その人に応じたケア



4

ACP・人生会議とは

「人生の最終段階における医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う取り組み、「ACP(アドバンス・ケア・プランニング)」について、愛称を「人生会議」に決定しましたので、お知らせします。」

厚生労働省https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02615.html

人生の最終段階における医療・ケアについて←ケアが入る
本人が家族等や医療・ケアチーム←ケアチームが入る
繰り返し話し合う取り組み←一度で決めなくてよい・プロセスが大事

5

ACPの愛称は「人生会議」と決定

(厚生労働省、2018, 11/30)

- ・選定愛称：人生会議
 - ＜選定理由＞
 - ・意味が明確な単語の組み合わせにより、日常会話に浸透していくことが期待できる。
 - ・家族等、信頼できる人たちと輪を囲んで話し合う、というイメージが湧く。
- https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02615.html, 2018,11/30

*皆さん、日頃、話をしていますか？
夫婦であっても親子、兄妹であっても話をしていない現実がある。



6

人生の最終段階における 医療・ケアの決定プロセスガイドラインの改定 2018年3月

要点

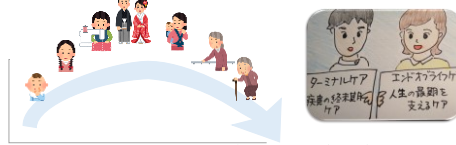
- ① 医療にケアが追加
医療・ケアチームに「介護従事者が含まれる」
- ② 日頃から繰り返し話し合うこと（ACP）の重要性
- ③ 本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておく
- ④ 家族だけでなく親しい友人も
- ⑤ その都度文書にまとめる

厚生労働省医政局地域医療計画住宅医療推進室、「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」および解説編の改定について、巻頭、6月号、2018年、p68-70から筆者が抜粋

7

人生とは

まずは、その人の人生の語りに耳を傾けよう



人生の統合（老年期の発達課題）を目指す→死へ

8

研究論文 高齢者の終末期の意思把握としての回想の可能性 (小楠範子、日本看護科学学会誌、28(2)、p46-p54、2008)

- ・対象：A特養入居者5名
- ・方法：対話記録の分析
- ・結果：「子供」をキーワードに人生を回想する高齢者
高齢者は**ごく自然に自分の人生の終わりについて語る**
食べられなくなったときに死に近いサインとして受け止める
最後まで「ひと」とのつながりを求める

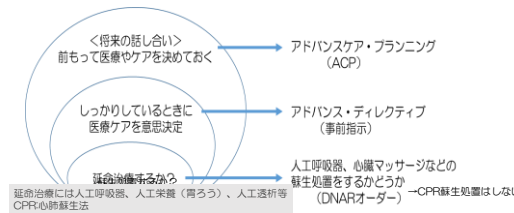
9

現在、なぜACPが問題になるのか？

1. 多くの人が自宅で死を迎えたいのに**病院で死を迎える**
←本人の意思が重視されているか？
 2. ACPが**延命治療**するかどうか**に偏っている**
 3. 家長制度・トップが決めるスタイルに慣れており**主体的に決められない本人と家族**
 4. パターナリズムの医療体制から**医療側で主導権スタイル**
 5. 患者は**弱い存在**、認知症は**意思決定できない存在**と決めつけられている
 6. 本人の意思を読む（空気を読む）ことが困難になってきた、**コミュニケーション能力の低下**
- *代理人は自分の意見でなく、本人の意思を推定でき代替できる人
家族は自分の意思を汲んでくれる人ですか？

10

ACPIは幅広い範囲



11

内田の体験談 103歳の祖母の意思決定



「贅言言わず、口からなんでも食べることが大事」と語っていた祖母は胃ろう選択をしたか？

12

あなたは話し合っていますか？

協会だより、ひろば、2021、AUGUST、VOL. 38

- ・「お任せ」は人に迷惑をかける
- ・ACPは自己責任、そして他者に対するマナーである
- ・ACPは文化やその人の歴史・生き方に等に影響を受ける
- ・いきなりACPでなく、まずはライフレビュー
- ・ACPを貫く頑固さと支え
- ・文字に残す大切さ
- ・ACPを実現すべきエンド・オブ・ライフケアを担う体制づくり
- ・とりあえず家族で話をしてみる
- ・思い通りにならない死、医師に対応する柔軟な運転操作と体制づくり
- ・最後を迎える場の決定

13

地域住民に対するACPへの啓発

人生の終焉のケア (内田作成)

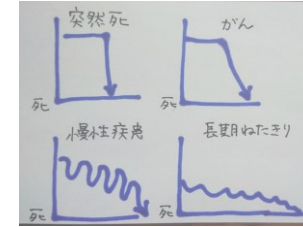
1. 自分の人生の振り返り
2. エンドオブライフケア、ACP
3. 死にゆくパターン
4. 場所別にみたケアの特徴
5. エンディングノートのススメ
6. 体操

調査結果：受講者は病院よりも施設を希望する傾向。
人生を全うした人は自宅での死を希望



14

死のパターン



15

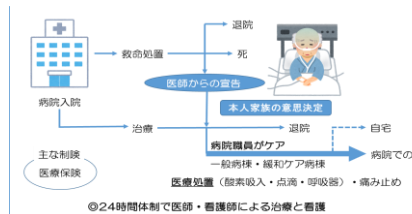
表) 予後予測に用いられる代表的な尺度

尺度名	尺度に用いられている項目
Pap score (palliative prognostic score)	全身状態 (KPSで測定) +症状：食欲不振、呼吸困難、(せん妄) +検査所見：白血球数、リンパ球数の割合 +臨床的な予後の予測
PPI (palliative prognostic index)	全身状態 (RPSで測定) +症状：経口摂取量、浮腫、安静時呼吸困難、せん妄
PiPS models (prognosis in palliative care study predictor models)	全身状態 (EOGのPSと global healthで測定) +症状：体重減少、倦怠感、食欲不振、嚥下困難、呼吸困難、認知機能 +検査所見：白血球数、好中球数、リンパ球数、血小板数、尿素、ALT (GPT)、ALP、アルブミン、CRP、脈拍 +腫瘍特性：原発、遠隔転移、肝転移、骨転移

森田達也、白土明美、志望直前と看取りのエビデンス、医学書院、p29、2015

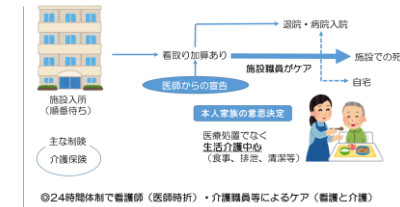
16

場所別にみたケアの特徴
1) 病院で死ぬ場合



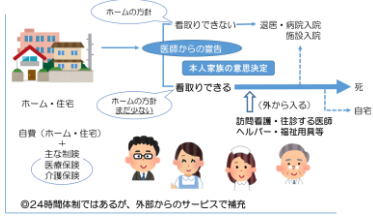
17

2) 施設で死ぬ場合 (特養や老健)



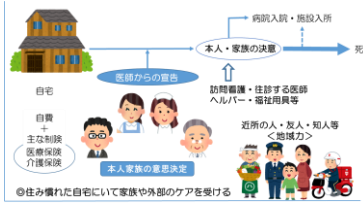
18

3) 自宅に近い施設で死ぬ場合



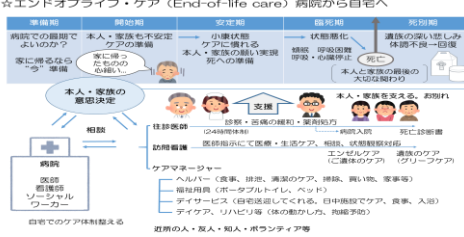
19

4) 自宅で死ぬ場合



20

時期別EOLCの特徴



21

エンディングノート・意思表示の記録 (法的効力はないが、上書き可能)

1. 自分のこと
氏名：生年月日・血液型：住所・連絡先・保険証・年金・財産
2. 家族・代理者のこと
家族構成・連絡先・意思決定を託す人・連絡先
3. ケアを受ける場所と希望
療養・エンドオブライフケアの場所(自宅、施設、病院、その他)
サービス利用、告知、延命治療の希望
4. 自分が亡くなった時・その後
葬儀のこと・財産相続・遺言状等
5. 大切な人へのメッセージ



22

長生きしたら皆、ぼけますから よろしくおねがいます



教材にも活用したすばらしい作品です www.bokemasu.com/

23

繰り返しのなか
その人の核 (意思) がある

- ・80歳後半 Aさん、アルツハイマー型認知症
- ・特養入居者・要介護3・以前の職業：鍛冶屋経営
- ・施設の様子と繰り返される発言・回数
 - ・「(私は)鍛冶町の鍛冶屋(38回)」「成せば成る(57回)」
 - ・「帰らないと家に迷惑かける」「家に帰る」(26回)
 - ・「道具はどこ行った」(37回)
 - ・職員が落ち着いて話すと「よろしくおねがいます」(33回)
- ・視点取得とは「他者の視点を積極的に考え、他者がどのように考えているかを推測する過程」(林、2007)

24

その人の視点から世界・意思をどう推測するか
確認するか



認知症の人は「意味の世界」で生きる
→その世界を想像、感じる
重度であっても周りの人と溶け込められる
→わかりあえる
嫌悪の表情、「いやだ」は内部感覚を伴う直感的な判断
「すき」「きらい」は重要
→これも意思表明で大事

大井玄、老年という海をゆく、みすず書房、p8、p12、p76、2018
(黒字一部引用)

25

ボクはやっと認知症のことがわかった

「何もわからなくなってしまった人間」と一括りにしないでほしい p68

「何かを決めるときに、ボク達抜きに物事を決めないでほしい。ボクたちを置いてきぼりにしないでほしい」 p64

長谷川和夫、ボクはやっと認知症のことがわかった、KADOKAWA、2021.



26

ありのままの最後 もっとNHKドキュメンタリー

- ・余命わずかと宣告された医師Tさん (当時69)。
- ・医師、僧侶として終末期の患者1000人以上を穏やかな死を迎えさせてきた「看取りのスペシャリスト」
- ・Tさんの「究極の理想の死」を記録しようと始めた撮影。
- ・しかし、次々と想定外の出来事が…看取りのスペシャリストが見せてくれたありのままの最期、450日の記録
- ・詳しくはルールに則り、各自みてください



<https://www.nhk.or.jp/docuocu/program/91300/1300105/and-ex.html> より一部引用

27

研究論文
訪問看護師による終末期がん患者へのアドバンスプランニングと希望死亡場所での死亡の実現との関連

(石川幸子、福井小紀子、岡本有子、日本看護科学学会誌、37、p123-p131、2017)

- ・対象：全国訪問看護ステーション1000か所
- ・受け持ち終末期がん患者への回答をした訪問看護師374人
- ・結果：374人中、**自宅死亡65.0%**
- ・希望死亡場所での死亡実現には、**訪問全期間を通じて希望死亡場所の確認が必要** (調整済オッズ比：95%信頼区間： 訪問初期19.92：9.48-41.87、悪化期21.10：9.53-46.71、臨死期187.35：51.79-677.64)
- 絶えず、死亡場所の確認を繰り返し行う、悪化期に予後予測に基づいて生活予後の説明を行う

28

いつ話合うか？なんと話をしてもよいし、
変えてもOK・せかささない

1. 元気なとき
2. なにかの折
入院した時、要介護認定を受けたとき、65歳の誕生日等
3. あと余命1年と告げられてもびっくりしない時
4. いよいよの時

日頃のケアをするときに、本人の意向を聞いて同意を得てケアしよう。その習慣をつけること。毎日の記録に書いておく。
例：食事介助をすることを告げると、「もう、ええよ。ほしくないから。それよりも若い人にご飯をあげてよ」

*ACP急かささない、待つ、保留、変える、決めたくない、人任せもあり
白黒だけで決めつけない

29

ケアプランで共有化：常に上書き保存

ニーズ
日々、種やかに暮らしたい

ニーズ
転ぶことなく自由に動いて生活したい

目標
不快感なく換気を受けながら生活できる

どんなケアを行うか

拒否がある場合の原因 (体弱・不調確認)

手助け・見守り・生活援助・体調管理のサービスの組み立て・頻度

30

サービス計画書に反映する

[利用者・家族の意向]
→EOLCの要望を書く

例：一人ぼっちはいや
人の気配を感じながら
過ごしたい・いつもの生活
を送りたい

[総合的な援助の方針]
→利用者・家族を反映させた
チームの方向性を書く

例：サービスを重くし利用
人に触れ合う暮らしを支える

31

看護計画の例

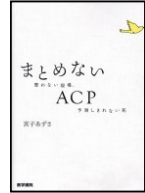
A病院に慢性心不全の増悪を繰り返しているBさんと終末期と宣告されている看護計画

看護計画	目標	具体策	評価
■本人が「家に帰りたい」と何度もナースコールを押しているが自宅介護体制が整っていない	自宅に帰れる機会をもつことができる	1.本人の訴えをよく聞いて、看護記録に記載する(なぜ、家に帰りたいか、帰る気持ちや体力などの意見) 2.本人・家族・医療/介護チームで短時間の自宅外出・試験外出も含めて話し合う場をもつ 3.本人・家族のどうしたらよいかの悩みに対してサービスをどう利用するとよいのか相談していく	担当した看護師が経過記録に記述。「自分の物品の片づけをしたい、誰かに寄り添ってもらえれば嬉しい。」との意見 まずは3泊で試験外出。緊急時はA病院に連絡して救急車搬入することになった。特に緊急なことは発生しなかった 試験外出で自信がついたように、往診と訪問看護、福祉用具、訪問介護などのサービスについて導入することになった。

32

ACPが急かされるようにみえる現状の忠告

「ACPが推進される中で、積極的治療を求めず亡くなることばかりが積極的に推進されてほしくない」はじめに、p2



宮子あずさ、まとめないACP一歩むかない現場、予測しきれない死一、医学書院
<https://www.igaku-shoin.co.jp/book/detail/108884>

33

四つの項目：臨床倫理学

医学的適応 (Medical Indications)

- 患者の医学的状態は何か？ 疾患は？ 診断は？ 予後？
- 患者が、慢性か、急性か、救急か？ 可逆的か？
- 治療の利益は何か？
- 治療が成りうる確率は？
- 治療がもたらす利益は何か？
- 治療を受けることによる患者の苦痛は何か？ 治療を受けることによる患者の利益は何か？

患者の意向 (Patient Preferences)

- 患者には認知能力と法的対応能力があるか？ 能力が低いという疑念はあるか？
- 認知能力がある患者は、治療の意思についてどう考えているか？
- 患者は利益とリスクについて知覚しているか、それを理解し、内化しているか？
- 認知能力がない場合、誰が代理人になるか？ その代理は患者本人に同意しているか？
- 患者の事前指示はあるか？
- 患者は治療を拒否するか、または認知能力が回復したらどうするか？
- 要約すると、患者の意向は倫理・法律上最大限に尊重されているか？

QOL (Quality of Life)

- 治療に同意し、あるいは同意しない場合に、通常の生活に復帰できる見込みは、どの程度か？
- 治療が成り立つ場合、患者にとって身体的、精神的、社会的に受け入れられるか？
- 治療による患者のQOL、利益、痛み、苦痛の程度は何か？
- 患者の現在の状態と予測される将来は、どの程度一致しているか？
- 治療を受けるか拒否するか、その意思決定はいつか？
- 緩和ケアの計画はあるか？

周囲の状況 (Contextual Features)

- 患者の意思を尊重する意図は何か？
- 治療に関する決定に影響する医療者 (医師、看護師) の意向はあるか？
- 宗教的、経済的理由はあるか？
- 社会的、文化的理由はあるか？
- 守秘義務を免除する理由はあるか？
- 患者の意思決定が困難な理由はあるか？
- 治療に関する決定に法律がどのように影響するか？
- 患者の意思決定が困難な理由はあるか？
- 医療者や患者が意思決定に同意しているか？

34

西川氏らの意思決定用紙

＜本人：アルツハイマー病末期の意思＞

過去 「自然がいい」と言う

現在 痛いのはいや

未来 ?

医学的判断：買ろうと対応する方法もある

家族の意向：死ぬなんてつらい、医療をやってあげたい

↓

支持のポイント：本人と家族は合意形成できていない、買ろう等について情報を提供しながら本人や今までの家族の人生の話を読み、意思が明確になるように促す

↓

合意形成に向けた具体的なアプローチ・結果

買ろうと事前したが中止の決断、好きなものを食べられるだけで家族との交流を大切に。その後、死亡。

文献：西川清剛他、本人の意思を尊重する意思決定支援、南山堂、内容一部改変

35

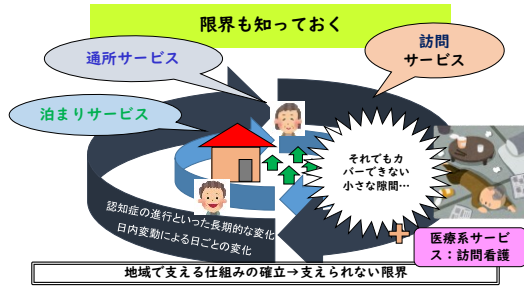
援助的コミュニケーション

- 「この人は私の苦しみをわかってくれた」 → 「わかります。その気持ち、」
- 聴く、反復、沈黙もOK
- 私にもできることがある
- 逃げずに関わり続ける
- ACPとは本人の気持ち・苦しみを分かち合うプロセスでもある



小澤竹俊、死を前にした人にあなはなにができますか？、医学書院、2017

36



37

ケアマネ・看護・他職種の皆様へ

- ・まずはその人の人生に耳を傾け、本人の意思の核を推測して確認
- ・訪問することに本人の意思を確認、記録する
- ・多様性を認めケアの柔軟な切り替え・操作のプランニングを立てる
- ・白黒だけでなくグレーもあり、決めない・保留・変更もあり
- ・最善をつくしても思い通りにならないのが死、限界はあるもの
- ・その時の意思決定を振り返りはよいが、悔やみはしないように
- ・延命治療、治療だけでなく、日々の生活でどんなケアを受けたいか、例を提示して本人に決めてもらう
- ・代理人は自分の意思を言うのではなく、本人の意思を推測してそれを表明する。ケアに携わる者も注意

38

認知症を持つ終末期高齢者の希望

(中澤・内田ら、日本認知症ケア学会、第14回学術集会、2013)

- ・Aさん：家族に囲まれて死にたい
- ・Fさん：その時に考える。まだ、わからない
- ・Pさん：場所はどこでもよいから人の気配を感じられるところで死にたい
- ・Kさん：思い出とともに死にたい・涙の連絡船をうたってほしい



39

現場の認知症ケアを支援する 電子版の包括的BPSDケアシステム®の紹介

現場で認知症の行動・心理症状 (BPSD) 発生

システム入力

専門家・他職種からアドバイスカンファレンスも可能

内田陽子®

*2020年から群馬大学内田陽子と下田工業株式会社との共同研究で商品化をすすめています

40

内田著者の関連書籍



41