

「なごや在宅医療・介護  
連携ハンドブック」

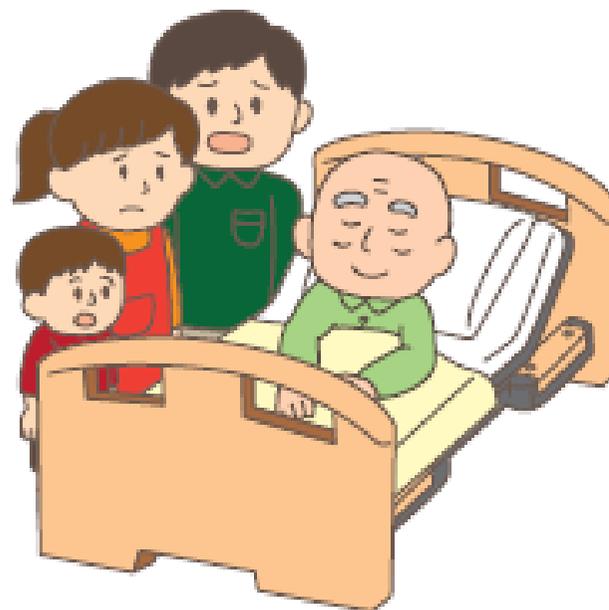
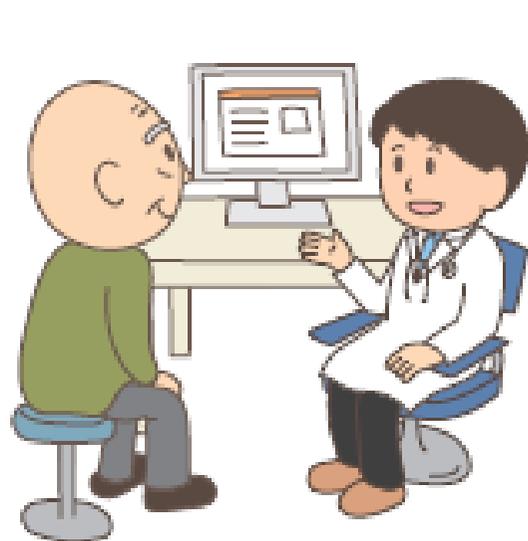
活用研修会

# 看取りにおける連携について

名古屋市における在宅医療・介護連携ガイドラインワーキンググループ  
名古屋市医師会 在宅医療・介護連携委員会副委員長  
医療法人生寿会かわな病院理事長・在宅ケアセンター長

亀井 克典

在宅での療養生活から、  
看取りに至る人生の最終段階までの連携には、  
各専門職の**ACPへの取り組み**が必要です。



# ACP (Advance Care Planning)とは？

将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、  
そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、  
患者さんの意思決定を支援するプロセスのことです。

患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを  
具体化することを目標にしています。

日本医師会パンフレットより

## アドバンス・ケア・プランニングの定義

- アドバンス・ケア・プランニングは将来の医療に関する個人の価値観、人生のゴール、治療選好を理解し、共有することで、全ての年齢層の成人、すべての健康ステージを支えるプロセス
- アドバンス・ケア・プランニングのゴールは、その人が重篤な慢性疾患に罹患したときに、その人の価値観、目標や治療選好に一致した医療が受けられることが確実になるようにサポートすること
- 多くの人にとっては、そのプロセスには、もはや自分では意思決定できない事態において、代わりに意思決定してくれる信頼できる人を選び、準備することが含まれる

Sudore RL, et al. Journal of Pain and Symptom Management 53:821-832, 2017

4



# ACPの効用

- 本人への支援
  - ・ 人生の最終段階の医療・ケアの意向の明確化
  - ・ 最期の療養を受ける場の意向確認
- 家族への支援
  - ・ 本人が望む方法でケアができる
  - ・ ストレス、不安、抑うつを軽減
- 医療専門職
  - ・ 患者に代わって話ができる人（代弁者）を知らせてくれる
  - ・ 患者の意向を知り、その意向を尊重した医学的な決定が可能
- その他
  - ・ ホスピス・緩和ケア利用の促進
  - ・ 望まれない医療費の削減  
(これについては必ずしも明らかではない)



## 意思決定支援

ACPIは  
本人の意思決定を支援するというプロセスなしでは  
成り立ちません

## 意思決定方法 その3： シェアード・ディシジョン（共有意思決定）

意思決定の中心：患者と医師やケア提供者

患者の役割：決定するための自分の価値基準を明確にして、  
医師やケア提供者の情報を理解し、対話しながら意思決定する

情報提供の流れ：情報の流れは**双方向**

患者→医師やケア提供者へ、価値や好みに関する情報を提供

医師やケア提供者→患者へ、科学的根拠に基づく治療の選択肢や  
各選択肢のメリット・デメリットに関する情報を提供



## ACPのそれぞれの段階

全ての成人



症状のある慢性疾患患者あるいは高齢者



予後1年以内の重症者

※エンドオブライフ・ケア（QODなど）の要素が強い

- ・ 価値観の醸成やどのように自分の受ける医療・ケアについて意思決定していくかについての議論を活発にする市民啓発

- ・ 医療・ケア従事者がACPを進め、より踏み込んだ議論と文書化・書面作成の準備

- ・ 詳細なエンドオブライフ・ケアの議論
- ・ 医療・ケアのゴール設定と文書化・書面作成

25



## ACPのはじまり

ACPを始めるきっかけは、人それぞれ様々ですが、以下のような機会をはじまりとすることが望ましいです。

### 病院・診療所で

- 本人が話し始めたとき
- 今後機能が低下してくる状況を診断したとき
- 状態が悪化していることを他職種や他の医師から報告されたとき
- 病院への定期通院時
- 入院時面談
- 入院後の医師による病状説明のあと
- 入院後症状が落ち着いたとき
- 手術の前後
- 退院のメドが立ってきたとき
- 転院前
- 退院時カンファレンス
- 退院時カンファレンスの前後

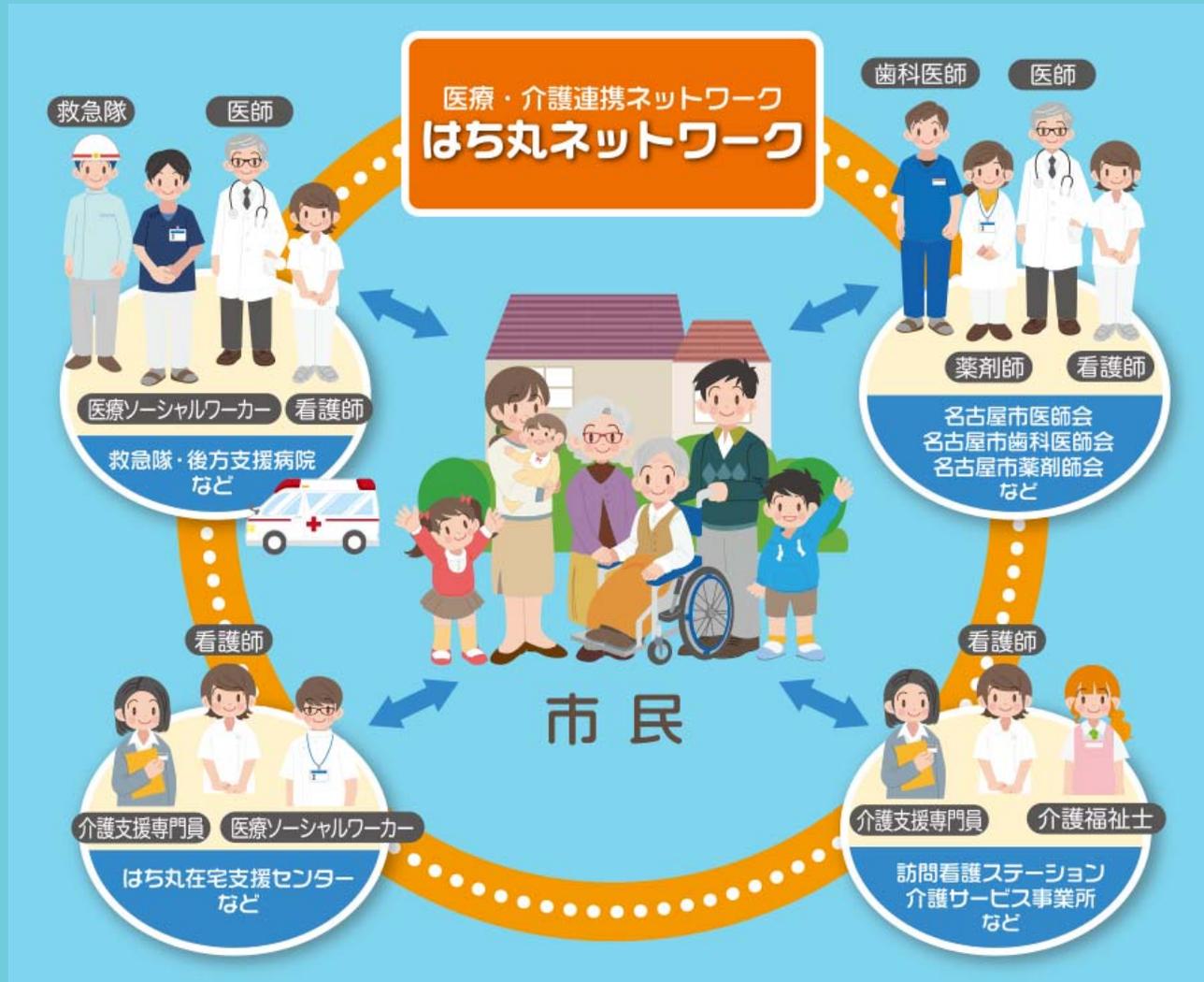
## ACPのはじまり

ACPを始めるきっかけは、人それぞれ様々ですが、以下のような機会をはじまりとすることが望ましいです。

### 在宅で

- 本人が話し始めたとき
- なにげない話題から...
- 「もしバナゲーム」
- 病院や診療所への定期通院後
- 病院や診療所での病名告知のあと
- 持病が悪化したとき
- 食事が摂れなくなってきたとき
- 入院が決まったとき
- 施設への入所が決まったとき
- 要介護認定の申請時
- 要介護認定の調査時
- 各職種の初回訪問時
- 訪問診療時
- ケアマネジャーの面談時
- 訪問看護師の訪問時
- サービス担当者会議 等

# 情報共有はとても重要です





**本人**

「人生、望んでも思い通りにならない  
ことの方が多いのだから望まないほ  
うがストレスがなくていい」  
「歳をとったら、誰でも死ぬもの。」  
「自分もその歳を超えている」

**本人**

「猫は気ままでしょう?家は気ままでも  
んね、私もこのまま家で暮らしたい」  
「家族に負担をかけたくないので家で  
も施設でもよい」

**家族**

このまま家で看取りを  
してあげたい

**家族**

「在宅看取りをしてあげたいが、自分  
たちにできるだろうか」

**本人**

「入院せずに家で過ごしたい」  
「家族に負担をかけたくない」

**家族**

「なるべく家で過ごせるように  
してあげたい」  
「急性増悪時は入院加療を」

**通院**

病状/  
治療の説明  
サービスに関する  
情報共有

**在宅**

- 在宅の医療・ケアの多職種と、在宅時の本人の意向や価値観、家族の思い等を病院と情報共有
- 病状の変化に伴い、今後についての話し合いを始める
- 入院～退院にいたる間、今後受ける治療・ケアについて、本人に説明し選択を支援する
- 病院そして在宅の多職種、また家族と、入院中の本人の意向について共有し、退院後の医療・ケアについて、本人の意思決定をサポートする

- 病気や本人の生活、家族に対する思い、そしてこれからのついて等の継続した話し合い

**入院/退院**

入院の繰り返し

**在宅 訪問診療**

- 在宅多職種での情報共有
- 本人の意向の変化、家族の思いの変化を把握
- 本人そして家族の意向の変化に伴い、具体的な医療・ケアについて選択肢の提示と意思決定のサポート
- 人生の最終段階の生活における変化に、柔軟に対応する在宅多職種による支援体制をつくる

**看取り**

- 状態の変化、いつもと異なる事への気づきを多職種で共有し、対応していく
- 24時間の連絡先提供と、緊急連絡時の訪問体制を整えておく
- 多職種誰もが、最期まで不安なくサービスに入ることができるよう、こまめに情報を共有

心不全等の慢性疾患はプロセスが長くなることが多く、様々な職種・機関が関わるため、各職種が本人の意向について共有し、つないでいくことが、ポイントになります。

## 事例①

本人、家族と多職種での話し合いを続けながら、  
本人の意思を尊重し、  
退院して在宅看取りに至ったケース

## 70歳代女性

胃がん全身転移で発見され、手術不能  
化学療法を行うも十分な効果は得られず  
緩和ケア主体の治療に移行  
胃の入り口が狭窄し、固形物の通りが悪く、  
水分、流動食を少量のみ摂取  
夫と二人暮らし、長男、長女は独立

緩和ケア目的でかわな病院紹介入院

本人、家族に病名・病状告知済み

本人、夫とも最後は積極的な延命処置は望まない

本人は、できるだけ元気を取りもどして自宅に戻って、好きな料理をしたいとの希望

CVポートからの高カロリー輸液、輸血、無理のない範囲でのリハビリ実施

本人の期待に反して、病状好転せず  
体力も低下してトイレ歩行がやっとの状態となる  
夫は在宅介護に不安が強く、入院継続を希望したが、  
本人は退院を強く希望した  
本人、家族、多職種で何度か話し合い、本人の意志を  
尊重して退院して在宅療養に移行することとし、  
訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導、訪問リハ、介護  
ベッドレンタル等の支援体制を準備して退院となった

退院後、本人の気持ちも前向きになり、一時経口摂取量も増えて、入院時より少しお元気になられたが、誤嚥性肺炎を発症したことをきっかけに病状悪化し、トイレ歩行困難となった

たんの増加、がん性疼痛の悪化、低酸素血症があり、点滴水分量の調整、オピオイド、ステロイド等の使用、在宅酸素療法を行った

夫は再度入院による看取りを希望され、主治医、訪問看護師に何度も相談があった。本人が望まれば入院対応するとお話ししたが、夫が何度説得しても妻は自宅療養継続を強く希望された

夫も覚悟を決め、本人の意志を尊重し、在宅看取りを選択された。

最期は自宅で大きな苦痛なく旅立たれた。

訪問看護師が後日訪問してご焼香させていただいた際には、

「心にぽっかり穴が開いたような気持ちでいる。最後まで入院させたほうがよいのか迷いはあったが、本人が在宅を希望して、皆さんに支援してもらって、自宅で看取れたことは本当によかったと思っている」

と話されていた

## 事例②

透析導入を拒否していた高齢の慢性腎不全患者が、  
病状悪化を機に透析導入を希望されたケース

90歳代女性  
独身 独居 子供なし KPは姪  
腎硬化症による慢性腎不全と診断され、  
透析導入を勧められていた

本人は「高齢でもあり、もう十分生きたので、週3回透析することは負担が大きく、無理な延命はしたくない」ということで、透析導入は希望されなかった

下肢筋力低下、通院困難となったため、訪問診療を希望され、在宅診療を開始し、訪問看護も介入、利尿剤等で保存的に治療し、しばらくは小康状態  
主治医や訪問看護師が何度も意思確認したが、透析導入はかたくなに拒否され、DNARも同意

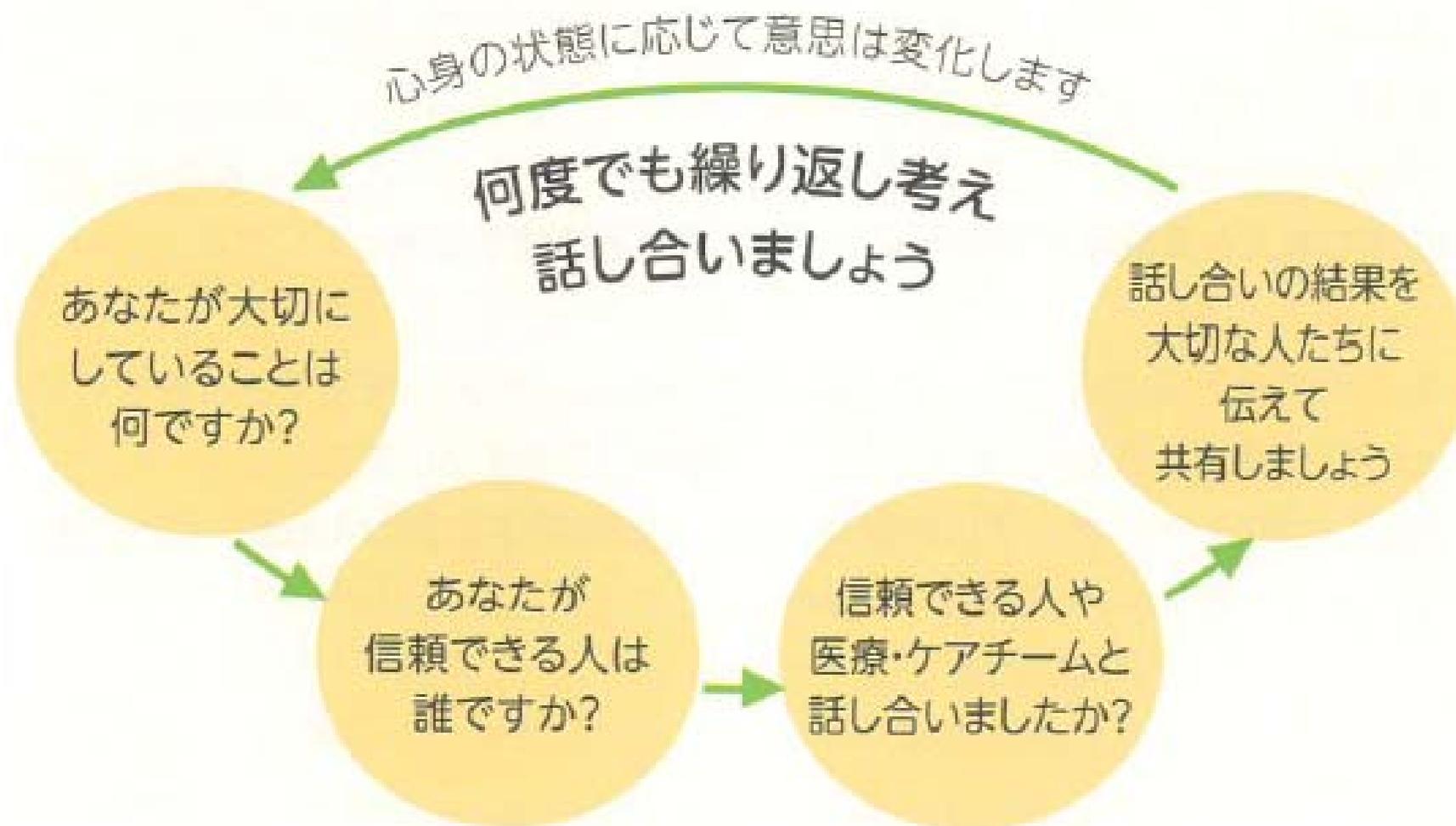
徐々に全身倦怠感が強まり、浮腫も増強し、近所への外出も困難となった  
自覚症状が悪化するにつれて、  
「もう一度元気になって、買い物などにも出かけた  
い」という発言があり、再度意思確認したところ、  
一転透析導入を希望された

第二日赤入院透析導入後、かわな病院に転院  
維持透析を開始

自宅に退院後生寿会の透析クリニックで週3回送  
迎による通院透析を開始

元気を取り戻し、近所に買い物にも出かけている

## 話し合いの進めかた 例



# 大切にしたいこと

生活の中で、今まであなたが大切に  
してきたこと、これから大切にしたい  
ことを考えてみましょう。



# 元気なうちから

いつ訪れるかわからない「もしも  
の時」のために、元気なうちから、  
話し始めましょう。



## 信頼できる人と

家族や大切な人、医療や介護の  
多職種と話し合きましょう。  
あなたの想いを代わりに伝えて  
くれる人を選びましょう。



## くり返し話し合しましょう

心や考え方は、変わることがあります。  
何度でも時間をとって話し合しましょう。



ご清聴ありがとうございました