

Advance

Care

Planning

佐久総合病院 総合診療科
南牧村診療所 所長
小林和之



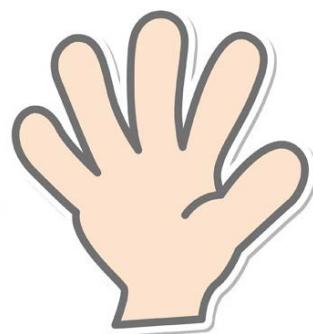
① まずははじめに・・・



学生



初期研修医



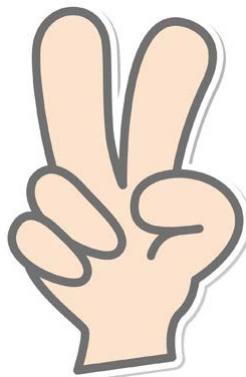
それ以外



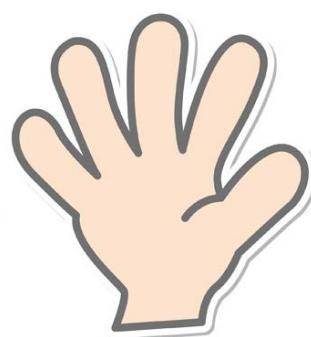
②ACPについて



聞いたこともない



聞いたことはある



説明できる！

身の位置を
知り心苦
しいが出来
事に心がこ

「人生智慧」



本日の内容

- ① 自己紹介
- ② ACPを取り巻く、日本の現状
- ③ ACPについて
 - a. その歴史
 - b. その中身
- ④ もしバナゲームをやってみよう



本日の内容

- ① 自己紹介
- ② ACPを取り巻く、日本の現状
- ③ ACPについて
 - a. その歴史
 - b. その中身
- ④ もしバナゲームをやってみよう



自己紹介

出身：長野県 南佐久郡 佐久穂町

平成17年～ 野沢北高校

平成20年～ 信州大学 医学部

平成26年～ 佐久総合病院 初期研修

平成28年～ 佐久総合病院 総合診療科

平成30年～ 南牧村診療所 所長





地域医療とは

「地域住民が抱える
さまざまの健康上の不安や悩みを
しっかりと受け止め適切に対応する
とともに、広く住民の生活にも
心を配り、安心して暮らすこと
ができるよう、見守り、支える
医療活動」



「地域医療テキスト」 医学書院 2009



医療のイメージ



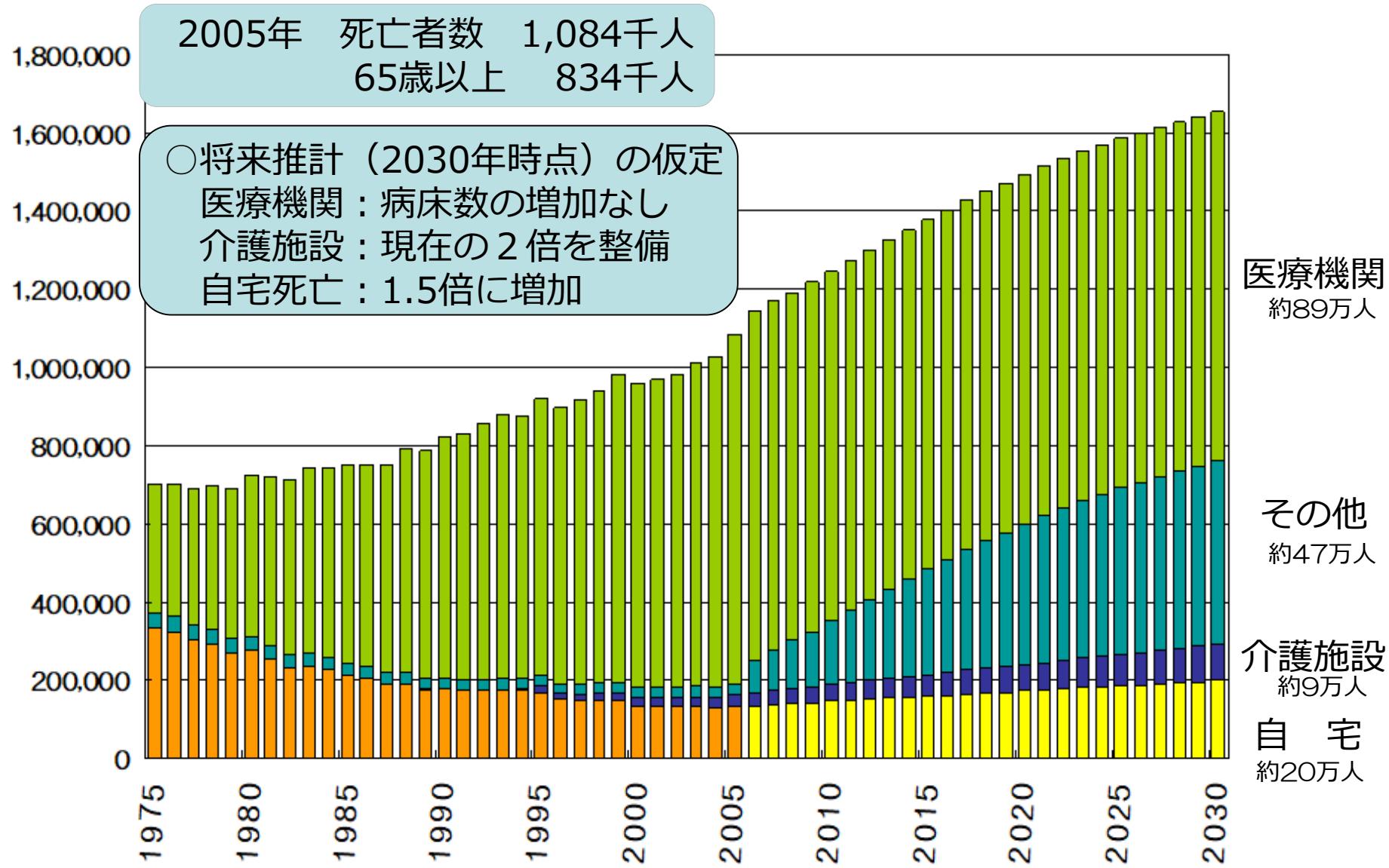
楽に死ねそうな気がして
ふる里の山見ゆ

「医療」 = 「治す」
だけじゃなくて
「看取り」も医療

本日の内容

- ① 自己紹介
- ② ACPを取り巻く、日本の現状
- ③ ACPについて
 - a. その歴史
 - b. その中身
- ④ もしバナゲームをやってみよう

今後の看取りの場は？



【資料】

2005年（平成17年）までの実績は厚生労働省「人口動態統計」

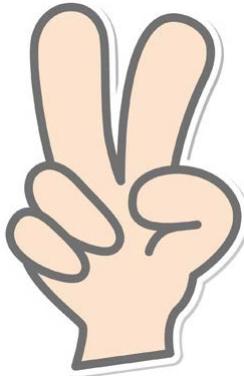
2006年（平成18年）以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集（2006年度版）」から推定

※介護施設は老健、老人ホーム

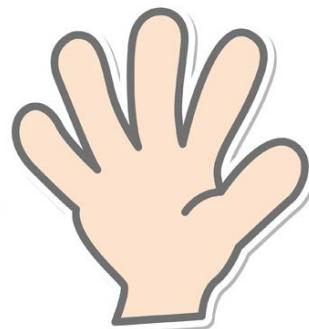
③その他って？



思いつかない・・・



こんなのどう？！



自宅や施設死を増やす



背景

✓ 超高齢社会における価値の転換

医療モデルから生活モデルへ
本人の思い「家へ帰りたい」



結果おーらい

✓ 医療費の増大

国の政策「在院期間短縮」



“ときどき入院 ほぼ在宅”

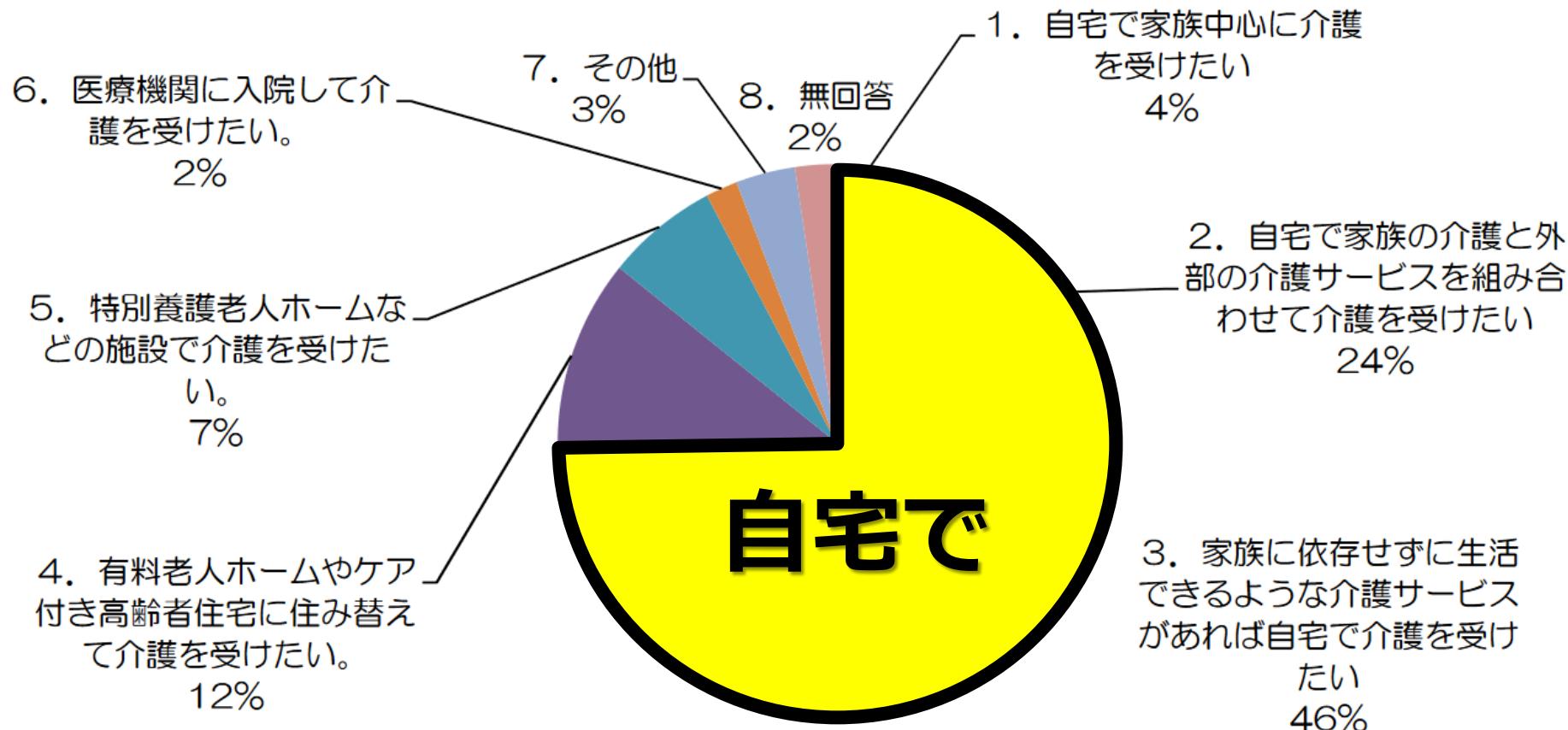
患者を地域での生活者に戻す

医療モデルと生活モデル

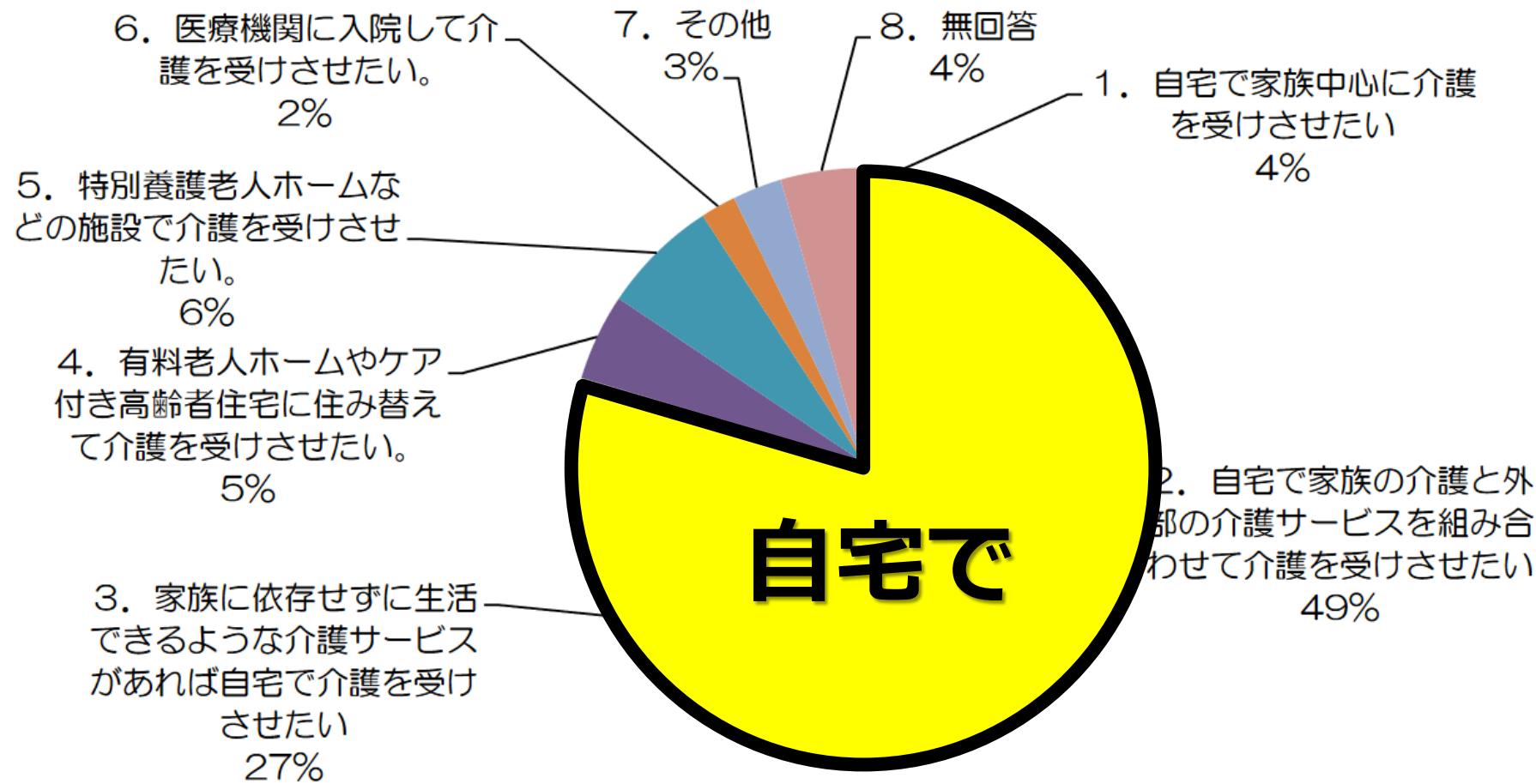
	医療モデル	生活モデル
目的	疾病の治癒・救命	生活の質の向上
目標	健康	自立
主たるターゲット	疾患 (生理的正常状態の維持)	障害 (日常生活動作の維持)
主たる場所	病院 (施設)	在宅、地域
チーム	医療従事者 (命令)	異職種 (協力) (医療、福祉など)

出典：長谷川敏彦「日本の健康転換のこれからの展望」，『健康転換の国際比較分析とQOLに関する研究』

自分に介護が必要になった場合の 介護の希望



両親に介護が必要になった場合の 介護の希望

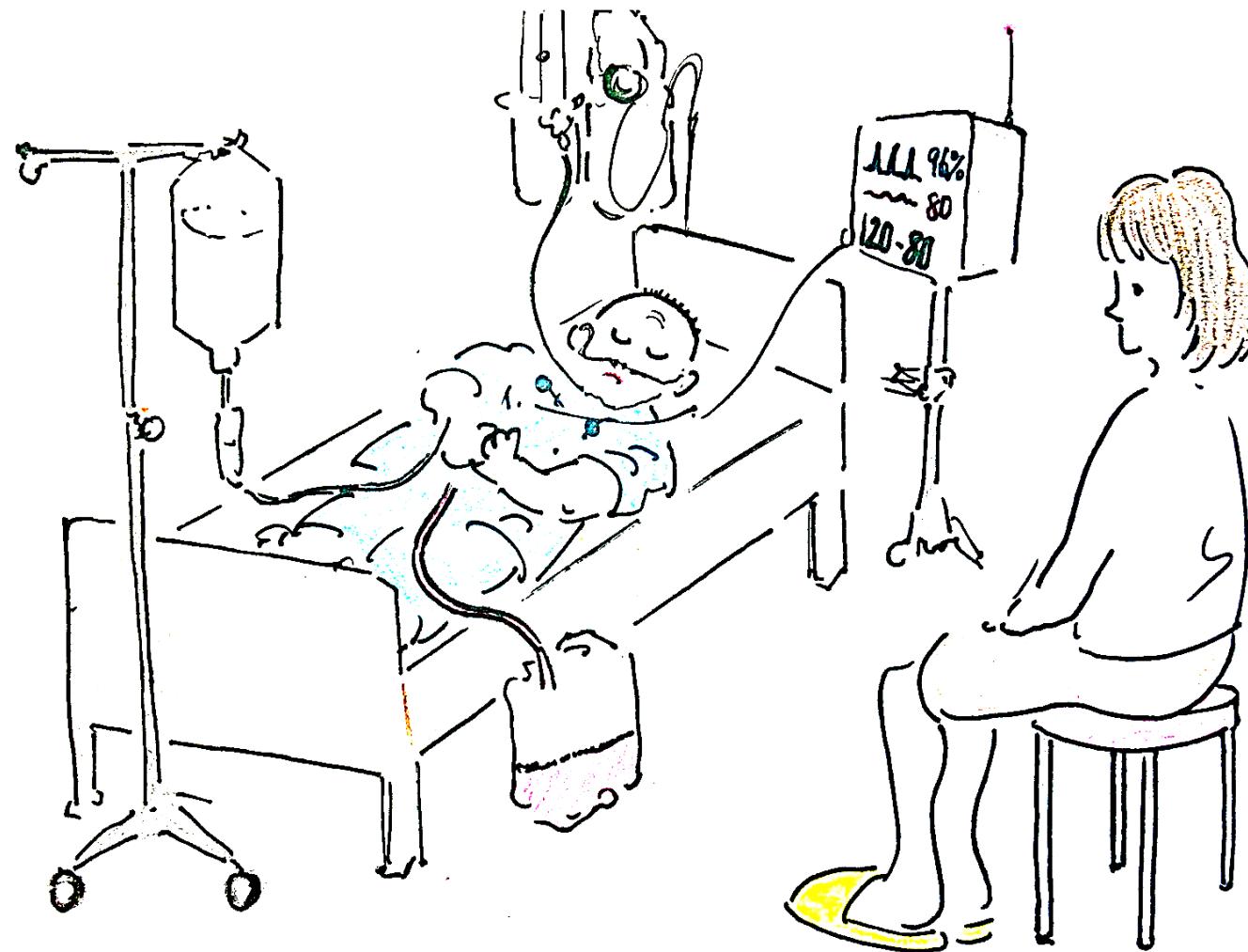




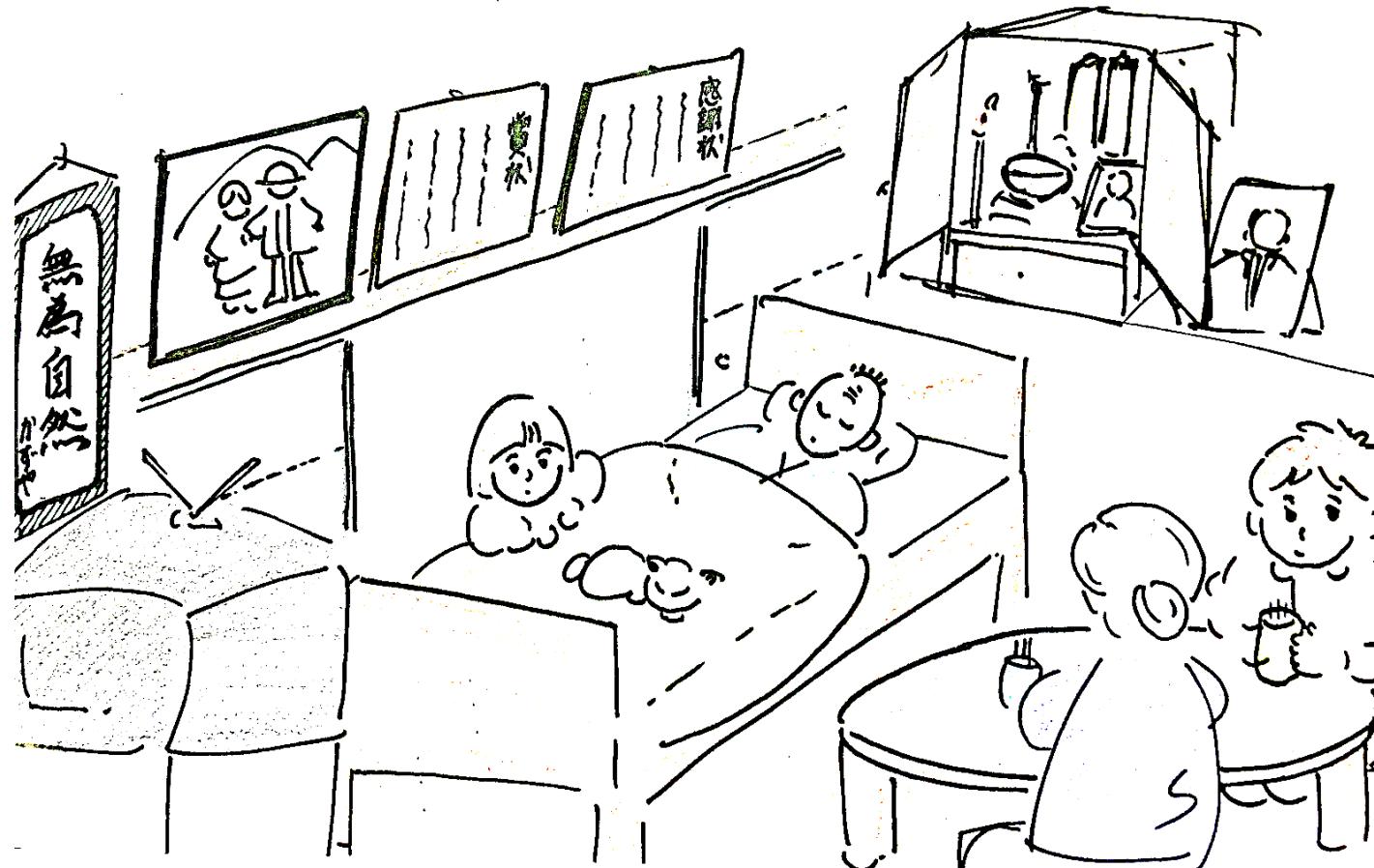
死ぬときぐらい好きにさせてよ



人生の最終段階 病院の風景



人生の最終段階 白宅の風景





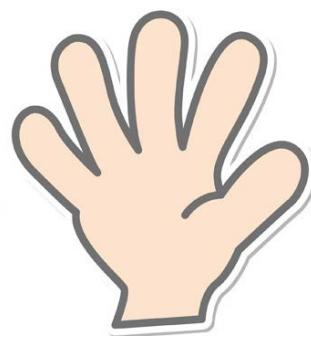
④実際の在宅死は？



20%



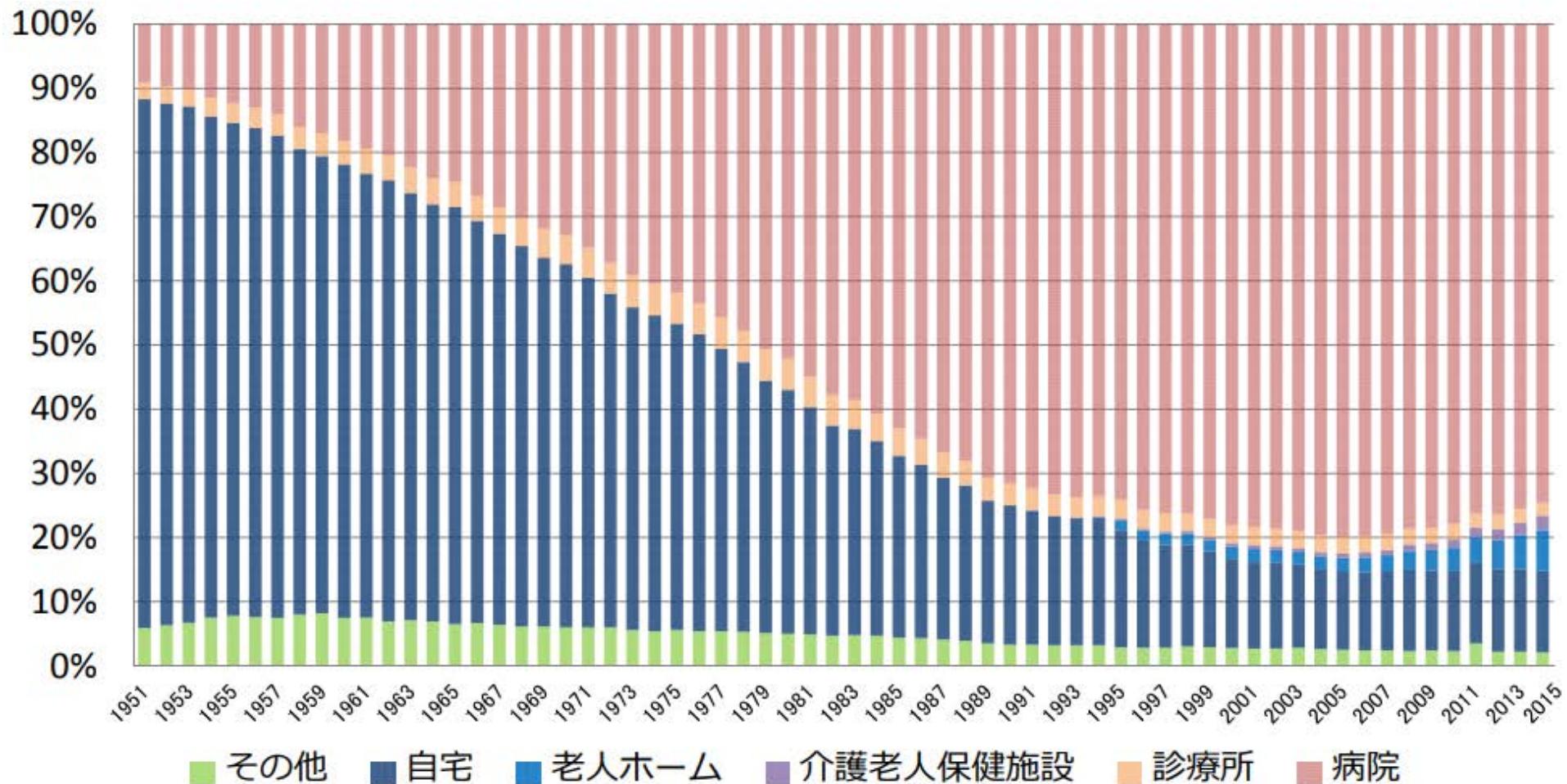
30% !



40% ! !



死亡の場所（年次推移）



出典：平成 27 年人口動態調査

実際の死亡者数は？

— 11年間の死亡場所の推移 —

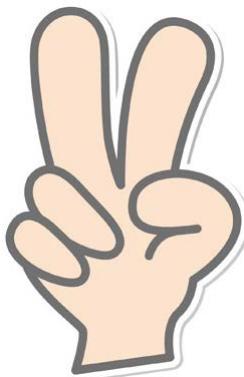




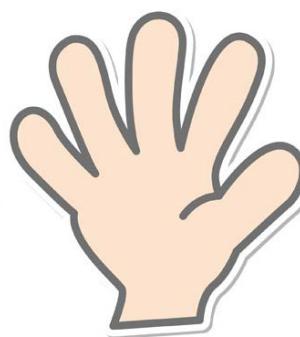
⑤自宅死率の高い都道府県は？



北海道



東京都



長野県

都道府県別の自宅死亡割合

表：自宅死亡割合（2013 年人口動態調査より）

順位	県名	自宅死亡 割合(%)	順位	県名	自宅死亡 割合(%)
1位	東京	16.7	47位	大分	8.4
2位	兵庫	16.4	46位	北海道	8.7
3位	奈良	16.0	45位	佐賀	8.7
4位	千葉	15.8	44位	宮崎	8.9
5位	神奈川	15.5	43位	鹿児島	9.0
6位	大阪	15.2	42位	福岡	9.1
7位	京都	14.8	41位	富山	9.2
8位	宮城	14.7	40位	長崎	9.2
9位	滋賀	14.5	39位	秋田	9.3
10位	静岡	13.9	38位	石川	9.4



東京都の自宅死と孤独死

2013年の「人口動態調査」によれば、
東京都区部の死亡数 7万5332人、
自宅で亡くなったのは1万3467人。

2013年の「東京都区部孤独死統計」によれば、
東京都監察医務院による検案の対象となった死亡、すなわち
診療を伴わない病死および外因死が7440件、独居者の自宅で
の診療を伴わない病死および外因死 = **孤独死が4515件**

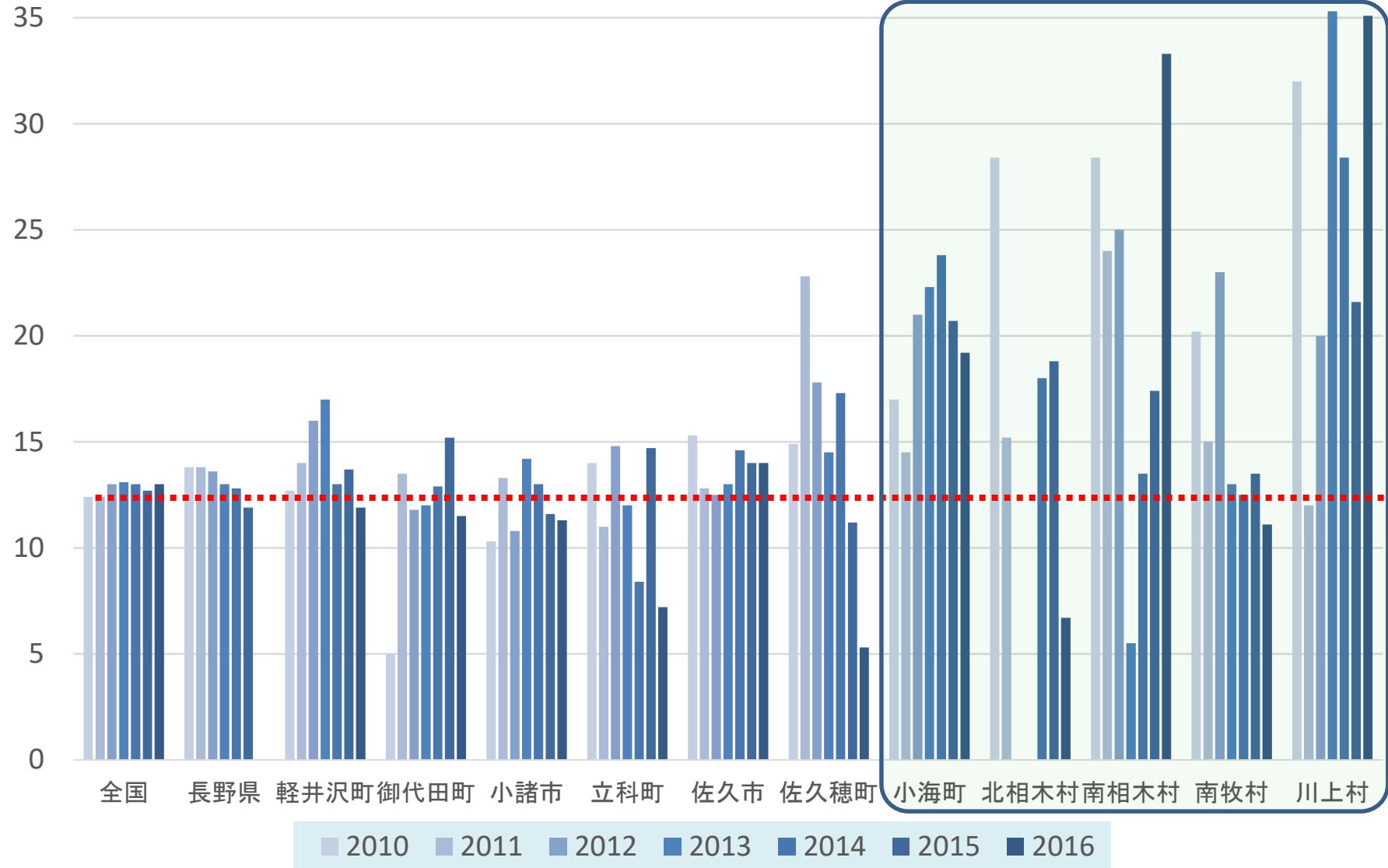
死亡場所「自宅」のうち34%が孤独死

先ほどのデータと東京都の現実を考え合わせると、

在宅死が都市部で多い理由の一つが

孤独死の増加にあるのではないかという疑惑が
浮かびます。

全国-長野県-佐久医療圏の自宅死率



長野県衛生年報「市町村別死亡数・死亡の場所」より算出



自宅での看取りの多い地域

(データ時点)

人口	28.1.1	28.1.1	28.3.31	28.3.31	28.3.31	28.3.31	28.3.31	28.3.31	28.3.31	28.3.31	28.3.31	8.1～28.18.1～28.1
	うち65歳以上	在宅療養支援病院	うち機能強化型(単独)	うち機能強化型(連携)	うち従来型	在宅療養支援診療所	うち機能強化型(単独)	うち機能強化型(連携)	うち従来型	自宅死の割合	老人ホーム死の割合	
(全国計または平均)	125,891,742	33,471,594	1,109	152	305	652	14,683	175	2,614	11,894	13.0	6.9
県	市区町村	区分	(人)	(人)	(施設)	(施設)	(施設)	(施設)	(施設)	(施設)	(%)	(%)
東京県	小笠原村	村	2,567	371	0	0	0	1	1	0	0	60.0
東京県	青ヶ島村	村	165	25	0	0	0	0	0	0	0	50.0
東京県	神津島村	村	1,925	543	0	0	0	0	0	0	0	48.5
島根県	知夫村	村	590	285	0	0	0	0	0	0	0	41.7
鹿児島県	与論町	町	5,393	1,680	0	0	0	1	0	0	1	39.8
長野県	川上村	村	4,012	1,221	0	0	0	1	0	1	0	35.1
京都府	伊根町	町	2,254	1,018	0	0	0	0	0	0	0	34.9
福島県	檜枝岐村	村	586	201	0	0	0	0	0	0	0	33.3
長野県	南相木村	村	1,051	429	0	0	0	0	0	0	0	33.3
沖縄県	渡嘉敷村	村	684	163	0	0	0	0	0	0	0	33.3

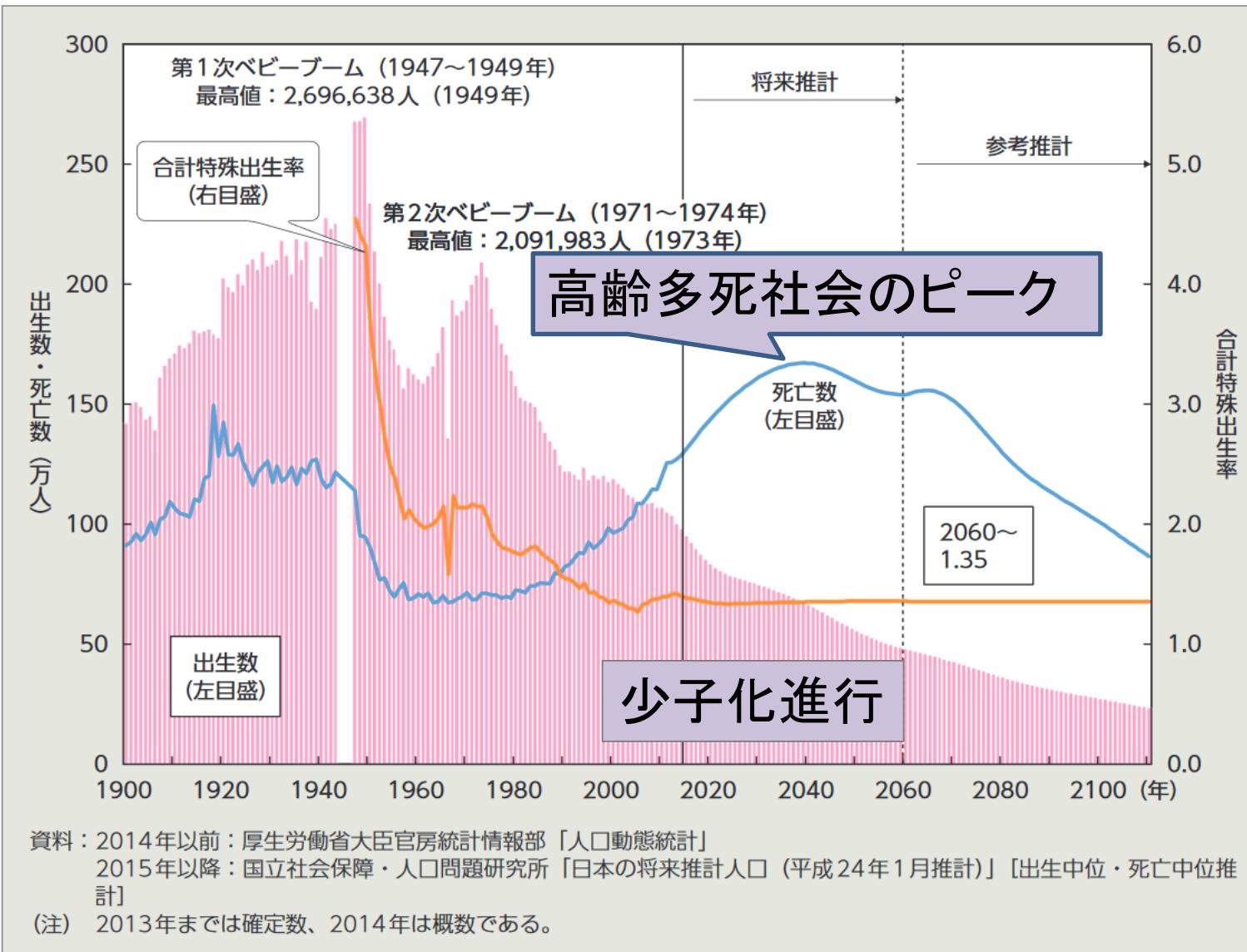
在宅医療にかかる地域別データ集 ; 厚生労働省2017.10.20.

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>



日本社会の直面する変化と課題

図表序-1-3 出生数・死亡数、合計特殊出生率の推移：1900～2110年





本日の内容

- ① 自己紹介
- ② ACPを取り巻く、日本の現状
- ③ ACPについて
 - a. その歴史
 - b. その中身
- ④ もしバナゲームをやってみよう



⑥この言葉の違い知っていますか？



Living will



Advance directives



POLST



あらためてACPとは？

「患者・家族・医療従事者の
話し合いを通じて、
患者の価値観を明らかにし
これからの治療・ケアの
目標や選好を明確にする
プロセス」



考えてみよう！

事例：82歳男性、**脳梗塞**・左麻痺

徐々に全身状態が低下しており、
誤嚥性肺炎で入院中。

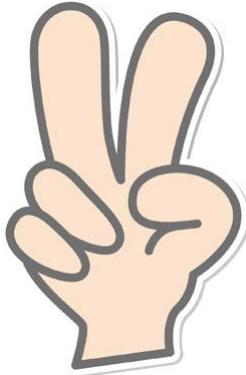
主治医は今後も肺炎を**繰り返す**可能性が
高いと判断している。

今後の療養について話しましょう。

⑦栄養摂取の方法はどうしますか？



胃瘻にしましょう



胃瘻はやめましょう



聞きたいことがある！



だけど…。

命に関わるような病気や怪我をして
命の危険が迫った状態になったとき、

約**70%**の人が

医療やケアなどを自分で決めたり
望みを人に伝えたりすることが
出来なくなると言われている。



本日の内容

- ① 自己紹介
- ② ACPを取り巻く、日本の現状
- ③ ACPについて
 - a. その歴史
 - b. その中身
- ④ もしバナゲームをやってみよう



リビングウィル (living will : LW)

1969年 Luis Kutner弁護士

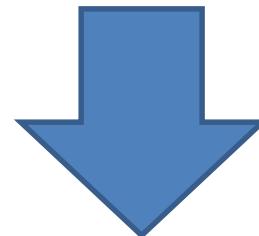
「重度の意識障害で本人の精神的、身体的能力の回復が不可能になった場合に、医学的治療の中止を含め、どこまで治療を行うのか」



リビングウィル (living will : LW)

1969年 Luis Kutner弁護士

「重度の意識障害で本人の精神的、身体的能力の回復が不可能になった場合に、医学的治療の中止を含め、どこまで治療を行うのか」



予め文書で遺す、 **LW**の作成を提案した



Karen Ann Quinlan 裁判

21歳で遷延性植物状態にあった

Karen Ann Quinlan

養父がkarenの生命維持装置である人工呼吸器を取り外し、自然死を承認するために、自らを身上後見人に指定するように申し立てた。



Karen Ann Quinlan 裁判

21歳で遷延性植物状態にあった

Karen Ann Quinlan

養父がkarenの生命維持装置である人工呼吸器を取り外し、自然死を承認するために、自らを身上後見人に指定するように申し立てた。



1976年：カリフォルニア州で**自然死法**の制定



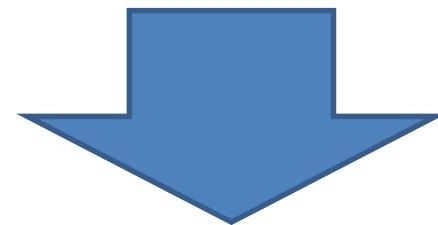
Living Willの欠点

「LWを作成したとしても、本人が記載された内容について説明することができなくなったとき、法に基づき実施することが難しい。」



Living Willの欠点

「LWを作成したとしても、本人が記載された内容について説明することができなくなったとき、法に基づき実施することが難しい。」



内容指示型の限界

事前指示

(Advance Directives : AD)

① 医療行為に関して、患者が医療者に指示をする。

(内容指示)

② 患者自らが判断できなくなつた際の代理決定者を明確にする。

(代理指示)



Nancy Cruzan事件

25歳で遷延性植物状態になった

Nancy Cruzan

人工栄養治療によって生命を維持していた
意識回復の見込みはなく、両親が、人工栄養
チューブの取り外しの許可を求め提訴

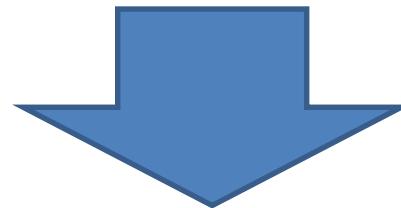


Nancy Cruzan事件

25歳で遷延性植物状態になった

Nancy Cruzan

人工栄養治療によって生命を維持していた
意識回復の見込みはなく、両親が、人工栄養
チューブの取り外しの許可を求め提訴



「患者の自己決定権法

patient self-determination act : PSDA」

Modern Physician Vol.36 No.8 2016-8 p874-880



ADの失敗：SUPPORT study

- ①そもそも思ったほど使われていない
- ②死について患者と話すことに躊躇する
- ③事前指示に気づかれない
- ④特殊な治療をするかどうかの決定が困難
- ⑤代理人が意向を推測することが困難
- ⑥医療者のコミュニケーション技術が不十分



POLST (physicians orders for life sustaining treatment)

施設内にとどまらず、施設外や地域において、患者の療養に関する希望を共有し尊重することを目指して開発されたシステム。

記載事項

緩和の処置のみを行うか、病院への搬送の指示

医学的処置の実施の有無

抗生素質の使用、輸液や栄養の投与

代理人の指名



ちなみに日本では

1998年

川崎協同病院

患者：58歳気管支喘息で植物状態

安楽死（筋弛緩剤投与+呼吸器外し）

2000年

射水市民病院

患者：50～80歳代・癌末期患者ら7人

延命措置中止（呼吸器外し）

など



本日の内容

- ① 自己紹介
- ② ACPを取り巻く、日本の現状
- ③ ACPについて
 - a. その歴史
 - b. その中身
- ④ もしバナゲームをやってみよう

Advance
Care
Planning



あらためてACPとは？

「患者・家族・医療従事者の
話し合いを通じて、
患者の価値観を明らかにし
これからの治療・ケアの
目標や選好を明確にする
プロセス」



あらためてACPとは？

「患者・**家族**・医療従事者の
話し合いを通じて、
患者の価値観を明らかにし
これからの治療・ケアの
目標や選好を明確にする
プロセス」



あらためてACPとは？

「患者・家族・医療従事者の
話し合いを通じて、
患者の価値観を明らかにし
これからの治療・ケアの
目標や選好を明確にする
プロセス」



あらためてACPとは？

「患者・家族・医療従事者の
話し合いを通じて、
患者の価値観を明らかにし
これからの治療・ケアの
目標や選好を明確にする
プロセス」



ACPの利点

- ・患者の**自己コントロール感**が高まる。

Morrison, J Am Geriatr Soc.2005

- ・代理意思決定者-医師の**コミュニケーション**が改善する。

Teno JM. 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



ACPの問題点

- ・心の準備が出来ていないと利益よりも害が多い - **希望を失ってしまうことがある。**

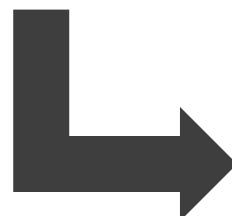
Johnson S. Psycho-Oncology 2015

- ・患者の希望を奪いたくないという医師の考えにより**話し合いを始めることが難しい**
→ 疾患特異性はある（例:ALS）が、すべての人に適応するのは避けたほうが良い。
- ・**時間と手間**かかる。

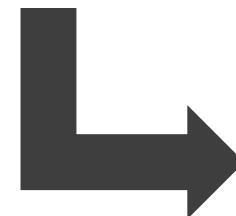


ACPの実践モデル

代理決定者を選ぶ
価値を話しあう



適切な時期を選ぶ
サプライズ・クエスチョンなど



治療・ケアの目標や具体的な
内容について話し合う



1st STEP：全体向け

「もし生きることができるとしたら、あなたにとって大切なことはなんですか？」

「あなたにとってとても大切で、これ
ができるないまま生きていくことは考
えられない、と思うのはどんなことですか？」



適切な時期を選ぶ

ある程度人生の最終段階が見えている時期

例：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？」

→ もし驚かないなら緩和ケアを
開始したほうが良い。



2nd STEP：人生の最終段階を 自分のこととして考える時期

「○○さんが、どのように理解されている
か聞いてもいいですか？」

「われわれも、これまでどおり、○○さん
が最善の状態でいられるような治療やケア
を考えていきます。一方で、転ばぬ先の杖
として、調子が悪くなった時のこととも考
えていきたいと思っているのです。」



悪い知らせを伝える

■ **SPIKES**

S(Setting) 場を設定する

P(Perception) 患者の病状認識度を知る

I(Invitation) 患者がどの程度知りたいかを確認し患者からの招待を受ける

K(Knowledge) 情報を共有する

E(Emotion) 患者の感情を理解し対応する

S(Strategy/Summary) 今後の計画を立て面談のまとめを行う

■ **SHARE**

S(Supportive environment) 支持的な場の設定

H(How to deliver the bad news) 悪い知らせの伝え方

A(additional information) 付加的な情報

RE(Reassurance and Emotional support) 安心感と情緒的支援

Shared Decision Making (SDM)

Shared Decision Making(SDM) 共有意思決定

「共有」する相手となる意思決定者の選択・評価と
共有意思決定のP-ASAPというプロセスで考える。

意思決定者の選択

共有意思決定(P-ASAP)

意思決定能力？

あり

なし

本人
主体

家族(など主体)
(代理意思決定者)

医師の準備 [Preparation]

- ①病状の把握
- ②予後の把握
- ③価値観把握

意思決定者の 話を聞く[Ask]

- ①許可を得る
- ②希望を聞く
- ③理解の確認

双方の理解を 共有する[Share]

- ①病状・予後
- ②価値観

意思 決定 [Plan]

意見を聞く[Ask]



Hope for the best,
Prepare for the worst

最善を期待し
最悪に備える



ACPの影

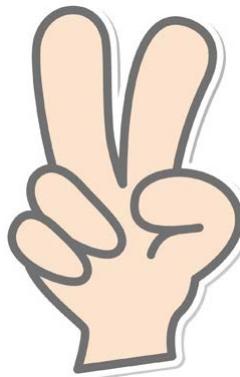
- 1、関係性ができていないのに
土足で踏み込む
- 2、事前指示をとることを目的にする
- 3、医療者の価値観を押し付ける
- 4、揺れることを許容しない
- 5、代理決定者と共有されていない
- 6、病院内・地域で紡がれていない



⑧さて、ACPについて



やっぱり分からぬ



よく分かった！



説明できそう！！

本日の内容

- ① 自己紹介
- ② ACPを取り巻く、日本の現状
- ③ ACPについて
 - a. その歴史
 - b. その中身
- ④ もしバナゲームをやってみよう



「もしバナゲーム」

Go Wish Game™

4人用ルール

- 1) 5枚ずつカードを配り、場に5枚のカードを表向きに置く。残りのカードは中央に積んでおく。
- 2) 手札の中から不要なカードを1枚選び、場に置かれたカードと交換する。「パス」も可。
- 3) 全員が「パス」したら、場の札を流し、新たに5枚積み札からカードを場に置く。
- 4) 2-3)を繰り返し、積み札がなくなったら終了
- 5) 手元にある5枚から、特に大切なカード3枚を選ぶ。
- 6) なぜそのカードを選んだか共有する。

注意事項

「（ACPは）患者が自分の病状や予後、これから治療についてどれくらい知っておきたいのか、という**準備**（readiness）に応じて行われるべきである。」

「もしバナゲーム」やACPをやりたくない人、やらないと決めた人への配慮が必要。

感じてほしいこと。

数十枚のカードで可視化できるほど、
われわれの**価値観は単純ではない**
ということ。

どのカードを選ぶかよりも
なぜそのカードを選ぶのかということ
のほうが重要。