

第3回 西尾市「はあと」在宅ケアチームカンファレンス

第3回テーマ

Advance Care Planning(事前ケア計画)

～患者の希望によりそった医療とケアの連携～

質疑応答

司会：質疑応答に入ります。どんなことでも構いません何かある方は挙手をお願いします。

Q： T ケアマネージャー

まず、感想ですが、日本のリビングウィルの所有率は 0.1～3%と低いなと思いました。しかし自分の終末期の医療について家庭で話し合った事がある、または一応話し合ったことがあると答えた人が約 42%であり、案外多いなと思いました。リビングウィルのしくみがうまくできていけば今後益々増えていくかなという印象をうけました。

そこで質問ですが、ACP(事前ケア計画)をどのタイミングで始めればよいでしょうか？

また、広島県地域保健対策協議会の資料（ACP の手引き）の中の「いつ始めるのが良いのでしょうか？」「今から始めましょう。」とありますが年齢や健康状態に関わらずやってよいものか？例えば「遺言が 15 歳から書けますよ。」みたいな感じで始めてよいものなのかお聞きしたいです。

A： 神谷先生

いつから始めるのがよいかに対してはいつ始めなければという事はないと思います。

最近「終活」という言葉もあります。人生の最期をどう終わるか!?という事ですが、本屋さんでエンディングノートというものをみつけて読んでみましたが、結構詳しく選択することがありました。本日お話した内容もありましたが、自分の葬式はどうするか等非常に細かく書かれており日本にも「終活」「エンディングノート」が徐々に普及しているという印象があります。思い立ったが吉日ではありませんが思い立った時に始めるくらいが良いと思います。

Q： M ケアマネージャー

リビングウィルについて聞いたことはありましたが医療従事者とご家族、ご本人と話し合いをしながら決めていくという事は新しい視点・発見でした。

死ということについて日本人はあまり深く考えていないと思います。歳をとり死にたいという人はよくいますが、実際にはどう死にたいのか考えていないし、そこへ突然、死を考える事を突きつけられても考えもまとまらないであろうし、死ぬ時はどう自分が死んでいくかわからないから不安であるし、考えると余計に不安になるから考えたくないという方が多いのではないかと、高齢者と関わり感じています。

何かあったら病院にいけばいいと思っていて、病院へ行って治療をしてもらいその結果、

救命できたりしますが、退院時に介護が必要となり家族も本人も大変な状況になっている場合があります。ご本人は在宅を希望され自宅で最後を迎えたいと思っけていても、日本の家族構成などから現実的には難しい事が多いです。

ご本人とご家族の死の迎え方の思いが違ふ時はどのようにしたらよいでしょうか？

ACP の中に延命について書いてありますが延命治療とはどこまでが延命治療なのか？

一般の方は延命について考えていなし知識も乏しく、その状態で ACP の紙だけ渡されて書けるものかなと考えるとなかなか書くのは難しいかなと思ひました。

A：神谷先生

確かに、全員から意見を聞き取ることは難しいと思ひます。

また、私もリビングウィルの聴取にあたり、最期は入院して病院で最後を迎えたいと言われる方もみえますので、そこはもちろん患者さんと家族の意見を尊重します。そこでご本人やご家族がわからないことを聞かれた時に答えるというスタンスでいいのかなと思ひています。自宅や病院等どこで最後を迎えたいかというのは患者さんやご家族の自由です。ご本人が自宅で最後を迎えたいと言ってもそれを受け入れられるかという家族の状況もあります。しかし、私はできればご本人の意思を尊重したいなと思ひていて、そこを支えるためにできることを考えそこはもう少し踏み込んでいくこともあります。

Q：O ケアマネージャー

現在新しく担当しているケースで心機能が悪化していて精神的にもうつ病に近い状態の方（脅迫性障害）で通所サービスを計画しようとしています。

このような精神的に不安定な方に ACP を行う場合どういった段取りでどうひい配慮等が必要か教えていただきたいです。

もし、この話しを聞くことが引金で病状（脅迫性障害）が悪化してしまわないかと不安があります。

A：神谷先生

精神疾患のある方に無理に聞く必要はないと思ひます。その方の様子に合わせてケースバイケースでよいと思ひます。ご本人に聞けないと思ひた時は家族へ聞いてもいいと思ひます。もし、そのような方が本当に死が近づいていると思ひた場合、私は家族へ今後の事について意見を聞くと思ひます。

私は在宅で診るときはご本人には後ろ向きな言葉は言わないようにしています。前向きなこと、「大丈夫だよ、良くなるよ」等話します。しかし、現実を知らなければ後でがっかりし悲しむのはご家族であるのでご家族へはしっかりと現状をお伝えしています。そろそろ死が近いかもというお話はさせてもらっています。そしてご本人には聞けなくてもご家族へこれからの治療をどうしていくか相談すると思ひます。

T病院 Y先生

私は主に入院患者さんをみていますが、急変した時にどのように治療するか延命はするのか等、急変時の対応に困るので早く確認してくださいと看護師に言われることがあります。しかし、入院当初は患者さんも状態が悪くて聞くことは難しく、聞くタイミングとしても信頼関係がないと難しいので、何回か面談をしていくうちに聞くようにはしています。なので、そうなる前に終活等だったり、入院の前の段階や、認知症になる前に早めに意思表示があるのは大切だなと思いました。

医師としては事務的にとるのは難しく、状態が悪くなった時に延命治療はどうしますか？等聞くと医師は頑張ってくれないのではないかと不安もあると思います。

実際そういったことはなくて一生懸命助けるよう治療はしていますが、患者さんもご家族も答えづらいところはあると思います。

元気なうちに聞いておくのが大切だと思いますが元気になるとまたそれも聞きにくいかと思ったりしますので事務的に聞くのがいいかと思います。

平均寿命を超えたらいつ亡くなるかわからないので男性は80歳女性は85歳になったら事務的にとるというのも一つの方法だと思います。

また、その意思表示の用紙を一人暮らしの方などがわかりやすい所に（玄関等）置いたり、救急車で搬送の時に救急隊が分かる場所に用紙があるといいかなと思いました。

神谷先生

Y先生のお話を聞き思った事ですが、私は勤務医の時は患者さんやご家族の事をよく考えていなかったなと思います。

循環器内科にいたので急性心不全で運ばれてくる方がよくいました。心不全で「ゼーゼー」と呼吸が苦しい患者さんに酸素吸入開始し、注射や点滴等の処置をある程度してからご家族に話をします。家族に聞く内容としては「おじいちゃんの状態ですが、いつ心臓が止まってもおかしくなく、急変もありえます。もしもの時は人工呼吸器を付けますか、心臓が止まったとき心臓マッサージしますか。」と矢継ぎ早に、今思うとデリカシーなく聞いてしまったと反省しています。家族を追い詰めて、家族も困っただろうなと思います。本人の意見も聞かないまま家族は意見を委ねられ答えなくてはいけない。今日悪くなるかもしれないから答えを出してと言えば家族は出すしかない。その時、家族は医師の言うように、また医師も家族に同意をさせるように話を進めてしまっていたのではないかと。そして医師の思う答えを誘導するように話をしていたと思います。そして患者が置いてきぼりになってしまっていました。

最近では心不全学会、在宅医療学会などで患者さんの意思をどう取り入れるか議論されて

います。みなさんにも知っていただきたいと思ひましてお話ししました。

Q: ◎ケアマネジャー

若くして脳幹などが障害されて呼吸状態が悪くなり家族は助けてほしいと人工呼吸器が装着された場合、若い方だと救命はできるケースもあるかと思ひます。日本は心臓死をもって死亡としています。たとえ脳死であっても家族はその時は救命をお願いするかもしれませんが、しかしその後長期的になってくると家族はあの時の判断がよかったのかと悩むようになります。また救命はしたけれども、その時のご本人の意思はわからないということですが、そういうケースは多いですか？

A: 神谷先生

私が集中治療室にいた時ですが、患者さんは意識レベルがない状態で運ばれてきますと人工呼吸器が装着されます。急性期をなんとか乗り切つて救命し、退院にもつていくわけですが自宅では看れないため療養型病棟などに行かれる方もいました。

現在の日本では病院に來られた限りは治療をせざるを得ない。そこに、リビングウィル等の意思表示があればそうはならないと思ひますが、実際に見たことはなかったです。

病院に搬送されれば蘇生をする、そういった現状です。

Q: ◎ケアマネジャー

そのためにも若いうちから ACP 等の意思表示があればいいと思ひます。もしもの事があつた場合、家族から救命をお願いされてもご本人の意志どおりにするのですか？

A: 神谷先生

ご本人がその中に人工呼吸器はつけて欲しくないと思ひ表示や書面があれば人工呼吸器はつけないと思ひます。

◎ケアマネジャー

人工呼吸器が装着されると若い方は年単位での生活になってくるので、人工呼吸器は家族として判断が難しいと思ひます。

神谷先生

人工呼吸器を1回装着してしまつると、家族の要望からでも電源を切れば訴訟等の問題になりえますから、家族が困つても医師としてはそこは守りに入つてしまつるところですね。

Q: ○ケアマネジャー

延命はしないしてほしいと思ひ表示があつた場合でも突然の病氣や事故等で急変があつた時

に病院へ運んでもいいのでしょうか？

延命治療を希望されない意思表示のある方を救急のある病院へ搬送した時に病院の方から病院へ来るということは助かりたいから来たのではいか!?と言われたことがあります。運ばれたのは高齢者だったので積極的な治療を望まないのであれば病院へ来ないでというような言われ方をされたことがありました。

延命処置を希望しない方を家族は病院へ運んではいけないのでしょうか？

A：神谷先生

私はリビングウィルをとる時に絶対なものではないとお話ししています。状況が変われば考えも変わるだろうし今の気持ちを教えてほしいという形でとります。もちろん未来永劫これが続くよという形で取ることはありません。ケースバイケースで臨機応変に対応すればよいと思います。

Q：O ケアマネージャー

ケアマネージャーとしてではなく個人としてお聞きしたいです。

私の父親は自分が悪くなった時等の事を既にも書いているのですが、様式が自作のものでそれに日付と名前と印鑑が押してあり保管しています。

- ・様式が決まった物でなくてよいのか？
 - ・日付が何年も前のものですがそれでもよいのか、日付を更新したほうがよいのか？
- お聞きしたいです。

A:神谷先生

それはそのままたぶんいいと思います。私は今まで看取ってきた患者さんの中で一度もそういう書面を書かれていた方を看取ったことがないですが、もしそのようなものがあればそのようにしてあげてほしいですし、してあげたいと思います。

司会：それでは先生方からのご意見をお願いします。

S 先生

〇〇市民病院で循環器内科にいます。

本日は神谷先生にお誘いいただいてこの会に参加しています。

私は今まで在宅医療の経験はなく、概念としては理解しているつもりでしたが実際のところは知らないで本日は参加できてとてもよかったです。

感想というか意見になりますが、循環器は心不全の患者さんが多くみえます。特に心不全の患者さんというのは死期というものがわからない事が多いです。

実際たくさんの患者さんを診てきてありとあらゆるパターンを経験してきました。

心臓そのものがへばってしまったりというものもあれば、それ以外の外的な合併症（ガン、

胆石、肺炎、尿閉等) ありとあらゆるパターンで心臓は一時的に弱っていくので、本当にこれが最期なのかこれが本当の死期なのか非常にわかりにくいところです。

今のお話を聞いていて非常に勉強になったのですが、これが本当に最後なのかと判断できなくて、今がその ACP を発行する時なのか!?私は入院でしか患者さんを診たことないですが、実際少し頑張るとまた元の状態くらいまで回復される患者さんはたくさんいます。そういう意味で今回の話は非常に重要な事であると思いましたが普及していいと思えますが、注意点としては元に戻る線というのが中々わかりにくくて、もし自分がそうなった場合に自分の書いた意思表示が無視されるのは嫌だなと思います。

ましてや患者さんは亡くなっていきますが残された家族は本当にこれが最期なのか、ACP を発行していいか判断するのに中々微妙なところだなと感じました。

I 先生

ACP の話はとても難しいなと感じています。意思表示があれば搬入先の病院も対応がわかりやすいですし、在宅の医師やケアマネージャー等がご家族に提案する時に医療を優先するのか介護及びその人の希望、残りの人生をどうやって過ごすのかどこに重点を置くのかわかりやすいですし自ずと何を優先するのか方向性が決まってくると思います。

ACP を早い段階で確認するのがとても重要なことで、これは聞きにくいとかありますが逆に元気なうちにどうしたいか聞いた方が聞きやすいのではないかと感じます。

体調が悪く病院に罹っている時にこんな事を聞かれるという事はいよいよ自分はもう死にそうなのかと思ってしまうよりは、通り一遍というか軽い流れの中でもしあなたが弱ってきた時に病院に行きたいですか?その時はどこまで治療をして欲しいですか?ということを経験した方が聞きやすいと思います。

今まで私もこういう事を徹底してやってこなかったのですがこれからなるべく早い段階で確認してもちろん修正また修正は必要になるとは思いますが取り入れていきたいなと思いました。

次に、もう一点すごく難しいのがご家族と患者さん本人がちゃんと話し合いが出来ているかどうか確認とまたその間に入るケアマネージャーさんであったり我々在宅医がどのように関わるかが問題です。

ご本人は自宅で過ごしたいと言ってもいよいよとなった時にその意志決定権は家族に委ねられます。家族が自宅では看取れないと言われれば病院に行くことになります。そこで我々のご本人の希望とは違いますがとは言えず、言えるとしたらこの状態だと行ってもそうやれることはないですよくらいの抑止しかできません。でも、神谷先生が感じたように患者さんご自身の希望は解っていてもそこへ家族の問題や状況が入ってきますので、そうするとご家族と患者さんの間に入れるケアマネージャーさんがキーマンになるのかなど、患者さんと家族の間に入ってどうディスカッションするかより深い話し合いを促してもらえ立場ではないかと思いました。そういった点で私個人としては ACP を初期の段階で取り入

れていきたいなと思いますが患者さんと家族の話を深いところまで進める事になります
その役割が私なのかと思いますと医師という立場で介入できないと思ひまして、そうす
とできるだけケアマネージャーさんに頑張ってもらいたいなと発表を聞きながら感じま
した。

司会：そろそろ時間ですので最後に M 先生お願いします。

M 先生

ACP とは話し合いでありアンケート調査ではない対話であります。そこへ我々医者が出て
いくと I 先生がおっしゃったようにシビアな話しになってしまうのではないかと。

ACP を確認して頂けたケアマネージャーさんもみえて有難いなと思ひました。しかし、ケ
アマネージャーさんも忙しく ACP だけを取りに行くというのは大変な事だと思ひますので
これをネタにして患者さんご家族が死に対してどのようなイメージを持ってみえるか、死
生観そういうのを聞き取るというか、またそれに対して家族はどう思っているか、ご本人
はどういう意志を持ってみえるか、またそれを医療者を交えて話し合いを持つ。そのため
に一つの仕組みとしてはとてもいいなと思ひました。

実際、自分が書くとした時に項目の中の「もしもの時が近くなった場合延命治療を希望し
ますか？」とありますがそもそも、もしもの時って何だろう？自分が死ぬ時はとは思って
ないかもしれないですね。また、「“延命治療”とは、病気が治る見込みがないにも関わら
ず、延命する（死の経過や苦痛を長引かせることもあります）」とありますが、こんな事
は嫌だなと思ひてしまいます。

また延命は点滴か挿管か電気ショックかということもわからないです。だから、対話する
ことで「もしもの時というのは？」「延命治療とはどういったものか？」といった時に「で
はそういう専門的な事は主治医に聞いてみましょう！」とすることで医師が中に入り延
命には色々ありますなど対話していくことで結論はでないと思ひますが、そこで患者さん
とご家族が違う事を思っているかがわかったりそんな風に思っていたのかというのがわか
ればよくて、それを聞きとり記録として残しておく。

では、これがもしもの時どうなのか法律的にどうなのかということも重要ですが、それよ
りもその時間を持つその仕組みを利用して話し合う・対話するという一つのきっかけには
なります。そしてそれをやるのは大変良いことですが、ただ病院も在宅もとても忙しい。1
～2 時間かけてやるのは難しいですが、欧米では行われているそうです。日本では現実に
難しいです。

ただこの事をきっかけに話しあいができれば本当によいと思ひます。こういった話はモヤ
モヤすると思ひますし、こういう話はモヤモヤするものだろうと思ひます。

スッキリさせる必要はなくモヤモヤしながら考えようということです。

前回は紹介しましたが、臨床倫理の 4 分割法という話をしました。

それは医学的適応・患者の意向・QOL・周囲の状況の 4 つに分けて考えます。

医学的適応では挿管するかしないか、QOLでは挿管したら患者さんはどうなるのか、本人の意向、周囲の状況家族がどうなっていくのか、在宅での介護力があるか、病院の受け入れはあるのかないのか、そういう4つに分けて考えて、本人の意向のみを尊重するのではなく周囲の状況を優先する場合もあるし、医学的適応やQOLはどうなのかその4つに分けて考えましょう、とかまさにそういうことをみんなでモヤモヤしながら考えましょうということです。これを導入するのに早いうちにするのがいいし、もっと言ってしまうと、入院して在宅に戻って来る前にこういうものがあつたらどんなに素晴らしいでしょうと思います。では、実際に入院施設のある病院でやってもらうにはその病院の医師も時間がないと思います。そこで病院内のコーディネーターやMSWの方がサラッと出して聞いていただけると、そこで医療的に難しい話が出たときには医師や看護師も協力して頂いて、在宅の話が聞きたければ私達在宅の医師やケアマネージャーが協力していくというようなことができるようになっていけたらとてもいいなと思います。日本の現状はそこまでやれていないですけど神谷先生のように積極的にリビングウィルをとっていくと対話が生まれそこで意外に患者さんやご家族の本心を見ることができると思います。

まだ、こういった事は日本全国模索中です。大府市の国立長寿医療センターが研修会をやっていますが、Eラーニングで見ることができます。国立長寿医療センターのホームページから見ることができます。登録が必要ですがコンピューターで学べます。

本日の資料のACPの文面、文章では中々難しいので結構問題ありと思っています。色々考えて作られたと思いますがもっと考えていく必要はあると思いました。

これからどうすべきかはわかりませんがみんなで考えていきたいと思っています。

ケアマネージャーの皆さん突然私から依頼することがあるかもしれません。その時は是非ご協力をお願いします（笑）

サラッと聞くには私も今日の話聞きながら医療系よりもケアマネージャーさんが一番いいかなと思いました。

最後になりますがこの会も3回目となり段々深みを増してきましたいいじゃないかと思っています。医師会としても在宅医療サポートセンターから本日Kさんに来ていただきまして、在宅医療サポートセンターとのなかに運営委員会を作っています。そこで在宅医療をどうしていくかということのを在宅の医師が集まって話し合っています。

地域医療を守る会ではケアマネージャー部会・通所サービス部会とかあってなんで医師部会がないのかとずっと思っていて担当のKさんに言っていました、医師会の方でようやくそのような医師部会を作ることができました。2ヵ月毎に会議をしています。

来週会議をしますがそのテーマは「主治医・副主治医について」です。「主治医になっても海外旅行にいける在宅医療にしよう」がスローガンですが実際に出来るかどうか全国的事例も集めて真剣に話し合っていこうと思っています。これは訪問看護の方にとっても重要なテーマになってくると思います。

ということでこれからも皆さんと在宅医療・介護についてモヤモヤしながら話し合いをしていきたいと思しますのでよろしくお願いいたします。

司会：在宅医療、介護の連携を深めていくためにも今後もこの会を続けていきたいと思
います。

本日はありがとうございました。