

訪問看護で支えるACP ACPの進め方

東久留米白十字訪問看護ステーション
所長

在宅看護専門看護師
緩和ケア認定看護師
介護支援専門員
中島 朋子



地域包括ケアシステムが目指すこと

- 要支援・要介護状態になっても、住み慣れた地域で自分が望む暮らしを続け
人生の最期まで自分らしく生きることができる地域の構築
- 自分らしく生きるとは・・・
何らかの援助を受けながらも、自分の人生に主体的・積極的に参画し、
自分が望む暮らしを自分自身で創ること ⇒ これが真の「自立」
- 私たちが実践する自立支援とは・・・ 療養者の意思や意向を軸にすることが基本です！

**療養者自身の意思決定に沿った医療・介護の提供が必須！
これを支援するのが訪問看護における看護実践のひとつになります！**

本人の意思決定に沿った医療やケアを提供するには？

- 終末期においては約70%の患者で意思決定が不可能となる

Silveira MJ, NEJM 2011



- 事前に病状の認識を確かめて、
あらかじめ意思を聞いておけばよいのではないか？



- 療養者自身が望む生活や
本人の意向に沿った医療・ケアを望む生活の場で
受けられることが、よりよい人生の最終段階のケア〈エンド・オブ・
ライフケア〉に繋がりに、療養者の尊厳擁護になる



アドバンスケアプランニング(ACP)が大切となる

参考

人生の終わりまで、あなたは、どのように、過ごしたいですか？

もしものときのために

～自らが望む、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか～

誰でも、いつでも、命に関わる大きな病気やケガをする可能性があります。

命の危険が迫った状態になると、約70%の方が、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、できなくなると言われています。

自らが希望する医療やケアを受けるために大切にしていることや望んでいること、どこでどのような医療やケアを望むかを自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。

話し合いの進めかた(例)

- あなたが大切にしていることは何ですか？
- あなたが信頼できる人は誰ですか？
- 信頼できる人や医療・ケアチームと話し合いましたか？
- 話し合いの結果を大切な人たちに伝えて共有しましたか？

心身の状態に応じて意思は変化することがあるため、何度も話し合ってください。

もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い共有する取組を「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)」と呼びます。あなたの心身の状態に応じて、かかりつけ医等からあなたや家族等へ適切な情報の提供と説明がなされることが重要です。

このような取組は、個人の主体的な行いによって考え、進めるものです。知りたくない、考えたくない方への十分な配慮が必要です。

詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saisyuu_iryuu/index.html

ACPとは

- ACPについて世界各国で議論され、国内外で様々な定義がなされています。代表的な定義を紹介します。

厚生労働省

- 人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス
 - ・引用：厚生労働省：「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解説編」平成30年3月
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197722.pdf>
 - 人生の最終段階において、本人の意思が尊重され、本人が希望する「生を全う」できるよう、年齢を問わず健康な時から、人生の最終段階における医療・ケアについて考える機会を持ち、本人が家族等や医療・ケアチームと繰り返し話しあうこと
 - ・引用：厚生労働省：人生会議のロゴマークを募集します
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_03044.html
- * 平成30年11月、ACP普及のために、「人生会議」という愛称を公募で決定した

日本医師会

- 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家族や近い人、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
- 引用：日本医師会リーフレット：終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)を考える、2018年

日本老年医学会

- ACP将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセスである
- ACPの実践のために、本人と家族等と医療・ケアチームは対話を通し、本人の価値観・意向・人生の目標などを共有し、理解した上で、意思決定のために協働することが求められる。ACPの実践によって、本人が人生の最終段階に至り意思決定が困難となった場合も、本人の意思を汲み取り、本人が望む医療・ケアを受けることができるようにする

ACPが必要な背景

- 超高齢社会、多死時代の中、
療養者の人生の締めくくりの時期に、患者や家族の尊厳を擁護するために
療養者や家族に医療介護スタッフがどの様に寄り添っていくか・・・が大きな課題
- 療養者・家族の価値観や信念、生活観、死生観等は多様であるが、
その人の意思を尊重し、療養者にとって最善の医療ケアの提供が必要
- 説明と同意のIC(インフォームド・コンセント) であった医療から、病状や治療の説明に
留まらず、その説明を聞いた上で、患者や家族等はそれぞれの価値観や意向、希望など
を医療・ケアチームに伝え、その人にとって最善の方針をチームで模索していくことで
尊厳が擁護されることに繋がる
- 人生の最後に至る軌跡も多様 ⇒ がん・非がん
- 療養者・家族の気持ちは揺れて変化するのは当然のこと。繰り返し話し合うことが必要。
- 高齢者夫婦や独居世帯の増加によって、キーパーソン不在のケースも増加しており、
療養者の意思を他者が共有していく必要がある⇒ 引きこもりや孤立死・孤独死の予防

ACPに関する各種ガイドラインなど

- 「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解説編」 平成30年3月 厚生労働省

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197722.pdf>

- 「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」 平成30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)「医療現場における成年後見制度への理解及び病院が身元保証人に求める役割等の実態把握に関する研究」班 2019年5月 厚生労働省

<https://www.mhlw.go.jp/content/000516181.pdf>

- 「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」 平成30年6月 厚生労働省

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>

- 日本老年医学会 「ACP推進に関する提言」2019年

https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/press_seminar/pdf/ACP_proposal.pdf

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

厚生労働省平成30年3月

1. 人生の最終段階における医療・ケアのあり方

2. 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定の手続き

(1) 本人の意思の確認ができる場合

- ・患者と医療従事者とが十分に話し合い、患者と意思決定を行う

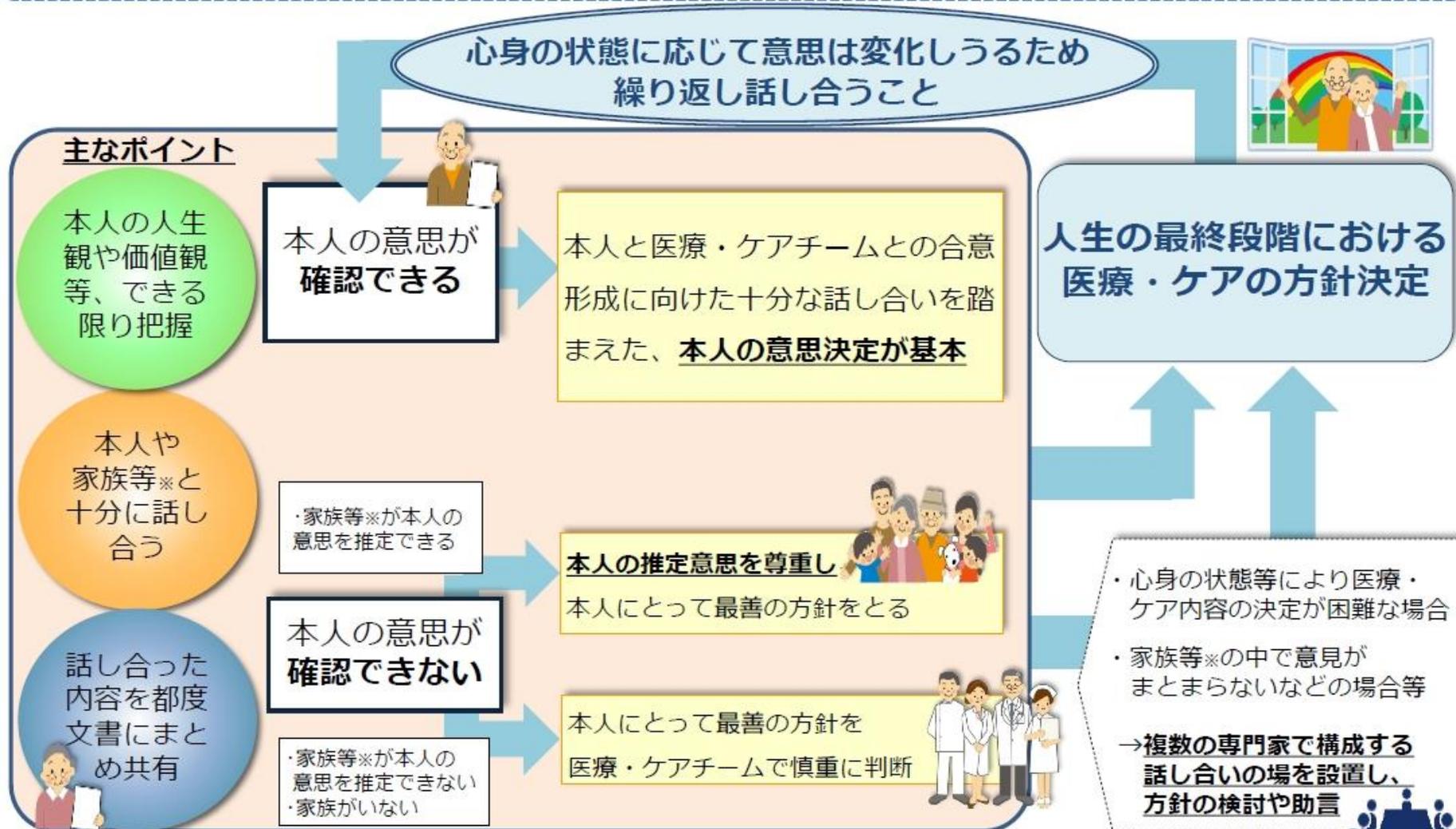
(2) 本人の意思の確認ができない場合

- ・患者の推定意思を尊重し、患者にとって最善の治療方針をとる
- ・患者にとって最善の治療方針を医療・ケアチームで慎重に話し合う

(3) 複数の専門家からなる話し合いの場の設置

「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」 における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。
※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。



事例:こんな時どうしますか? 何が問題だと思いますか?

- 89歳 女性 老衰 生活不活発病で数年前から寝たきり 全介助 III度褥瘡
依頼があった段階では、すでに意思表示が困難な状況であった
- 肺炎で入院
診断:誤嚥性肺炎
経口摂取は今後不可である
胃瘻(PEG)か、高カロリー輸液(HPN)にするか? 医師から嫁だけに説明され、2日後までに決めてくるよう説明がされた。
 - * お嫁さんはどうすればいいかわからず、訪問看護師に相談。
 - * お嫁さんの心配⇒何も施さなければ余命が短くなり、見殺しにすることにならないか?
医師が提案した治療方針に反して、患者側が何か意見するのは、医師に対して失礼になるのではないか?
- 家族背景:代々住んでいる本家 夫:90歳 軽度の認知症
長男は家業を継いで仕事一辺倒。約5年間、嫁が一人で介護してきた
手は出さない、口だけ出す小姑がすぐ近くに3人いる

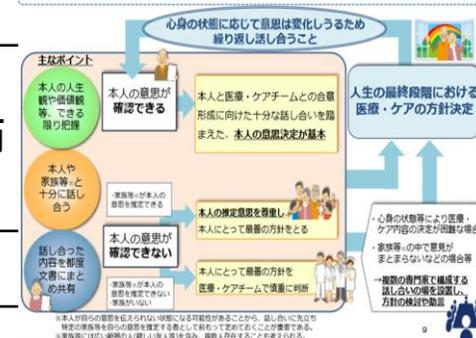
この事例から考えたこと

- 療養者自身の意向、何を選択するかを確認することができない
- 嫁の迷い→ 食べられないので、点滴や経管栄養をしないと、何もしないで見殺しにすることになるのではないか？
医師が提案した治療方針に反して患者側が何か意見するのは医師に失礼になるのではないか？
- 療養者の意向がわからず、誰かが代理決定しなくてはならない
代理決定者は誰にするのが妥当なのか？
代理決定者のサポート・ケアも必要になる
- 嫁だけに説明されているが、嫁が一人で決定するのは、嫁自身の負担も大きく、この先も嫁として生活していく立場を擁護する配慮が必要ではないか？
介護に直接関わっていない家族成員が多くその方たちを巻き込み一緒に考える必要
↓
- 話し合う機会を設けるべき。入院中の病棟看護師に連絡をし、話し合いの場を設定。
なるべく多くの家族成員に来てもらえるよう働きかけた

事例：家族を含む他職種でのカンファレンスを開催

「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」
 における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



カンファレンス	入院中の病棟で開催。 主治医・病棟看護師・MSW・ケアマネジャー・訪問診療クリニックNs・訪問看護師 家族：夫 長男 長男嫁 娘3人 孫（高校生or大学生）
患者の意向	意思表示困難
医学的視点	栄養摂取出来ないと看取りになる。 日単位の予後になるだろう。 栄養摂取できても、現状回復は困難。
家族の意向	何もしないのは見殺しにすることになるのではないかと？ 医師が提案した治療に反したら、医師に失礼になるのではないかと？ どうすればいい？ 決められない。
患者の過去の意向	孫の一言・・・ 「おばあちゃん、昔一緒にテレビ見てた時、管とかつけるの嫌だって言ってたよ」 （推定意思）
方向性の合意形成	・今は医意思表示できないが、きっと今もその気持ちは変わっていないのではないかと？ と、家族全員が納得することができた（推定意思） ・本人にとって最善の方策は、自宅で静かに過ごし、自然に看取ることではないかと家族全員が納得して決定（代理決定）
その後の経過	・100～200ml/日弱程度の水分のみの摂取であったが、約3週間、穏やかな在宅生活を送り、その延長線上に穏やかな看取りになった。 ・約5年間、介護にノータッチだった家族が介護に参加するようになり、家族の絆が強まった。 ★看取るといふ喪失体験の中でも、医療・ケアチームと家族と一緒に考え、過去の言葉から推定意思を推しはかり、最善の方法をみんなで一生懸命考え、誰もが納得・満足した看取りを迎えることができた。

- ACPのプロセスを踏むことで
患者の意思が尊重され、
遺族の不安や抑うつ等が軽減し、
患者家族の満足度が改善される
(Deteringらによる)

アドバンスケアプランニング(ACP)の進め方

尊厳と自立を守るために・・・

・ ACPの分類

健康な人に対するACP	ACPやADを知ってもらうことが大事。	ライフイベントに併せて行う
病気を持った方に対するACP	予後1年を一つの目安として実施。	意向に沿ったケアの実践とQOL・QODの実

・ ACPを行う時期

実施する場所・場面

1 段階	<ul style="list-style-type: none"> ・健康な時期 ・人生観や死生観等の価値観や、どのように生活していきたいと考えているかか？ 	<ul style="list-style-type: none"> ・教育現場 ・行政等によ保健福祉活動等
2 段階	<ul style="list-style-type: none"> ・何らかの病気や障がいを持ちながら生きる方や高齢者 ・自分の生き方や病気や障がいと折り合いをつけながら生活を組み立て直す時 ・人生の最終段階での医療やケアの選択・療養場所や看取りの場所の選択などのACP 	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医の診察時 ・ケアマネジャーや医療・介護チームによる地域包括ケア時等
3 段階	<ul style="list-style-type: none"> ・身体機能の低下 病状の進行等で深刻な状況になってきている方 ・治療の選択: 治療の開始や中止などの変更、差し控え等の決断をしなければならない ・人生の最終段階の医療やケアや、最期を迎える場所の選択などのACP 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院や在宅診療等の医療・介護チームにおけるケア時等

ACPの実際：意思決定支援

- 軸は患者自身の意思決定
- 意思決定支援の3本柱（国立長寿医療研究センターEOLチーム）

引用：日本老年医学会雑誌 52巻3号2015年

- ①患者の意思
- ②医学・看護判断
- ③家族（周囲）の意向

☆ 重度化・重症化しない段階から積極的にACPに関わっていくことが大事であり、
訪問看護師に求められている役割のひとつでもある

☆ 医療・福祉職が連携・協働しながら実践し、入院・入所、退院・退所時に繋げることが大事
看看連携が重要！

ACPの3本柱① 患者の意思・・・ACPで話し合うこと

- ・患者の状況や、暮らしぶりなど
- ・患者が大切にしてきたこと、これからも大切にしたいこと
患者の価値観や信念 人生観 死生観
これまでの人生で大切にしてきたこと、これからどのように生きていきたいか
家族など大切な人に伝えたいことはあるか
最後の時間をどこで、誰と、どのように過ごしたいか
意思決定プロセスには誰に参加してもらいかいか
代わりに決定してくれる人はいるか(代理決定者)
- ・医療やケアについての希望
可能な限り生命を維持したい 積極的な治療が望まない
苦痛は緩和してほしい
自然に最期を迎えたい

★ 気持ちや考えは常に揺れ、変化するもの。

随時、話し合う、または確認するプロセスを踏むことが重要

ACPの3本柱① 患者の意向

現在	今、表出されている意思または、言葉で表明できなくても小さなサインをキャッチする (Ex: 点滴を抜こうとする・首を横に振るなど) ★PAINADを参考にするのもよい(表参照)
過去	過去に表明された意思 生活歴を振り返り、この患者であればこう考えただろう・・・という意思
未来	認知機能低下前の患者なら、 どのような選択肢を選ぶだろうと考えた時に想起される患者の意思

- 意向は変化するのが前提 ⇒ 適時に何度も話し合う・確認することが必要
- ライフレビューの中から、療養者の意思や意向が推測されることもある

★療養者が意思表示できない時や、意向を判断が出来ない時

推定意思	同意能力があれば療養者自身が選択したであろう決定を行う
代理決定	療養者の価値観を踏まえて代理人が決定を行う
最善利益	客観的に評価した療養者の最善利益に基づき、殆どの方が同じ状況であれば選択したであろう決定を行う

重度認知症者の疼痛評価

PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia scale)

認知症で言葉が発せられない時の苦痛を汲み取る時に使うとよい

	0	1	2
呼吸 (非発生時)	正常	随時の努力呼吸 短期間の過換気	雑音が多い努力性呼吸 長期の過換気 チェーンストーク呼吸
ネガティブな発声	なし	随時のうめき声 ネガティブで批判的な 内容の小声での話	繰り返す困らせる大声 大声でうめき、苦しむ、泣く
顔の表情	微笑んでいる 無表情	悲しい、脅えている 不機嫌な顔	顔面をゆがめている
ボディラゲージ	リラックスしている	緊張している 苦しむ 行ったり来たりする そわそわする	剛直、握ったこぶし、引き上げた膝、 引っ張る、押しのける、殴りかかる
慰めやすさ	慰める必要はなし	声かけや接触で気をそらせる と安心する	慰めたり、気をそらしたり、安心させる ことができない

* 合計が10点で、1～3点:軽度疼痛 4～6点:中度疼痛 7～10点:重度疼痛 があると判断する

ACPの3本柱② 医学・看護判断

- 医学的な問題や心身の状況はどんなか？ 治療方針は？ 予後は？
- エビデンス(医学的・科学的根拠)を参考に、医学的な最善を提案しつつも、患者の意思や最善の利益を最優先してチームで意思決定することが必要
- IC⇒ インフォームドコンセント: 説明と同意 適切な説明が必要
- 治すことだけに焦点を当ててるのではなく、疾患や障がいと折り合いをつけながら、どう生活し、人生を送るのか・・・ という満足度(QOL)を中心に考える
- 病状説明だけでなく、ケアの方向性など検討し、必要時は多職種で共有し、合意形成を得ることが大事
- 本人抜きの病状説明やケアの方向性の合意にならないようにする¹⁸

ACPの3本柱③ 家族（周囲）の意向

- 家族の思いを聞く
- 家族の意向は必ずしも患者本人にとって最善とは限らない
- 患者の意向を軸にしながらも、家族の気持ちの辛さにも寄り添う
- 家族の代表者だけで決定するのではなく、
医療・介護の専門職者も含めて何度も話し合っていくことも必要
- 代理決定者が必要な際は、患者が誰に託そうとしていたのか確認する。
代理決定者としての適格性を議論することが必要になることもある
- 家族ではない人がキーパーソン、代理決定者になることもある

家族の気持ちの揺れにも
寄り添う

意思決定支援用紙

意思決定支援用紙

患者背景	
氏名：	病名：
年齢： 性別：	病状経過
家族構成	

本人の意思		
過去	現在	未来

引用文献： 西川満則ら
本人の意思を尊重する意思決定支援
事例で学ぶアドバンス・ケア・プランニング
南山堂 2016年

ケアの方向性で迷ったら・・・ これでもいいのかな？とモヤモヤ・ジレンマを感じる時

- 倫理的問題
- 医療・ケアにおける倫理的問題とは、
医療や介護現場におけるさまざまな価値観の対立から
生じる治療やケアの決定に関わる問題
- チーム内での方針決定における意見の相違
- 家族と療養者の思いの違い
Ex) 病名告知 療養場所の選定など
- 治療やケアを拒否する療養者にどう対応すればいいのか？
- 療養者の思いと違う方向に話が進んでいる場合にこれでもいいの？

★モヤモヤ・あれ？と思うこと自体、倫理的感受性が高い証拠

この時こそACP・EODのプロセスを丁寧に踏むことが必要

倫理的視点

倫理原則	
自立尊重原則	自分自身の目標について深く考えることができ、その考えに従って行動できること。自分のことは自分で決めて責任を持つこと * 同意能力のない場合・推定意思・代行判断・代理決定者 最善利益 療養者の意思の尊重
善行原則	他者に利益や善をもたらす行為 「良いこと」をする
無危害原則	他者に危害を加える行為を差し控えること 苦痛を増さない 能力を奪わない 不快を引き起こさない 他者の人生から良いものを奪わない
正義原則	配分における公正さ 利益と負担は公平に配分する 不公平な医療はしない 平等 トリアージもこれに含まれる

倫理的問題
原則同士の対立(コンフリクト)があり、モヤモヤする⇒ 医療や介護の倫理的問題
<p>【対応】 どの原則が脅かされているか？</p> <p>脅かされている原則の対立・価値の対立についてカンファレンス等を通して、事象の分析と今後の方向性を多職種と検討することが必要</p> <p>*「ジョンセンの4分割法」など、フレームや検討シートを活用するとよい</p>

患者の権利に関するリスボン宣言

良質の医療を受ける権利	患者の意思に反する処置
選択の自由の権利	情報を得る
自己決定の権利	機密保持を得る権利
意識のない患者	健康教育を受ける権利
法的無能力の患者	尊厳を得る権利

意思決定支援やACPを実践するためのツール

Bad News を伝える方法 【SHARE】

参考までに

S	<p>Supportive environment (支持的な環境)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・十分時間を設定する ・プライバシーが保たれ、落ち着いた環境を設定する ・面談が中断しないように配慮する ・家族の同席を勧める 	<p>〈進め方〉</p> <p>①面談の準備 ↓ ②面談の実施 ↓ ③悪い知らせを伝える ↓ ④治療を含め今後のことについて話合う ↓ ⑤面談をまとめる</p>
H	<p>How to deliver the bad News (悪い知らせの伝え方)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・正直に、分かりやすく、丁寧に伝える ・患者の納得が得られるように説明する ・はっきりと伝えるが「がん」という言葉を繰り返さない ・言葉は注意深く選択し、適切に婉曲的な表現を用いる ・質問を促し、その質問に答える 	
A	<p>Additional Information (付加的な情報)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今後の治療方針を話し合う ・患者個人の日常生活への病気の影響について話合う ・患者が相談や気がかりを話すよう促す ・患者の希望があれば代替療法やセカンド・オピニオン、余命等の話題を取上げる 	
RE	<p>Reassurance and Emotional support (安心感と情緒的サポート)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・優しさと思いを示す ・患者の感情表出を促し、患者が感情を表出できたら受け止める ・家族に対しても患者同様の配慮を行う ・患者の希望を維持する ・「一緒に取り組みましょうね」などの言葉かける 	

参考までに

S	<p>Setting: 場の設定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プライバシーや適切な距離感が保たれる場の設定 ・同席者の選定と患者の同意 ・悪い話をするタイミングがの見極め
P	<p>Perception: 患者の病状認識を知る</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病状などについて今までどのような説明を受けてきて、どのように解釈しているか等を聞く ・患者に話してもらう⇒認識だけでなく、理解力や教養、感情などの把握に繋がる
I	<p>Invitation: 患者からの「招待」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・招待⇒「悪い話をしても良いですよ」という意思や心の準備を確認すること 「知らされない権利」、「聞かない権利」にも配慮が必要 「悪い話やこわい話なども含まれるけれども、聞きたくないと言う人もいますが、いかがですか？」など、患者自身の悪い知らせを聞くことに関する意向を確認する
K	<p>Knowledge: 情報の共有</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病状や今後起こりうることなどの説明 ・言葉を選びながら、わかりやすく説明する
E	<p>Empathy & Exploration: 共感と探索</p> <ul style="list-style-type: none"> ・悪い話を伝えた後は、その内容に対して患者がどのように感じたかを探りながら、その思いに共感を示す Ex)「驚かれたでしょうね」「辛いお気持ちでしょうね」
S	<p>Strategy & Summary: 方針を提示する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・質問などを促し、聞き忘れや理解が不足していることがあれば再度説明する。「これから何ができるのか」ということに焦点をあてて、現実的な方針を患者・家族と検討する。

意思決定支援やACPを実践のためのツール(一部抜粋)

- POLST (Physician Orders for Life Sustaining Treatment)
「生命を脅かす疾患」に直面している患者の医療処置(蘇生処置含む)に関する医師による指示書
医師がPOLSTにそって患者の意思を確認していくもの
- 療養者自身が活用するもの
 - 5つの願 FIVE WISHES
 - 私の四つのお願い
 - 各種エンディングノート
 - 「親ブック」
 - もしもカレンダー
- 多職種勉強会やワークショップなどで活用
 - もしバナゲーム (iACP Webサイト <https://www.i-acp.org/game.html>)



事例) 地域住民の力を活用することでの独居生活: 看看連携と互助力の結果

- 70歳代 男性 肺がん 癌性リンパ管症 上大静脈症候群 脳転移
- 強い呼吸困難があり、酸素吸入量が非常に多い(オキシマイザー8L) PS4
- 脳転移に伴う記憶力の低下があり薬の自己管理困難 独居
- 母を介護し看取った自宅に帰りたい 身辺整理をしたい なるべく自宅で過ごしたい という気持ちがある
- 症状が強く、独居の生活は大丈夫だろうか? と本人を含むみんなが懸念
- 在宅医療 ➡ 訪問診療 訪問看護 訪問薬剤 在宅酸素
呼吸困難緩和のため医療系麻薬の24時間持続点滴などを実施
- 介護サービス ➡ ケアマネジャー 訪問介護(2~3回/日) 訪問入浴

家に帰ってきて本当に良かったよ。あの時「帰ろう」って言ってくれてありがとう。

- ご近所さんや民生委員さん等の助けが在宅生活継続のポイントになった (互助力の活用)
- 3週間自宅で生活し、永眠4日前に緩和ケア病棟に入院された (病院と在宅の看看連携)

事例) 独居の在宅看取り: 8年間の関わりの中で何度も繰り返してきたACP

- 80歳代 男性 大腸がん 肝転移 寝たきり
- 1人暮らし 親族等との連絡も数十年とっていない
- 入院はイヤ。家がいい。このまま最後まで家がいい (ACPの繰り返し)
- 「こんな重病人を家に置いて何事だ！」と市民から包括支援センターに連絡
 - ➡ ご本人の意思に沿うために医療関係者が支援していることを説明し、
ご近所さんの心配事にも訪問看護師がしっかり支援することを保証 (互助力の強化)

* 亡くなる2日前の最期のACP

家で最期まで暮らしたい。

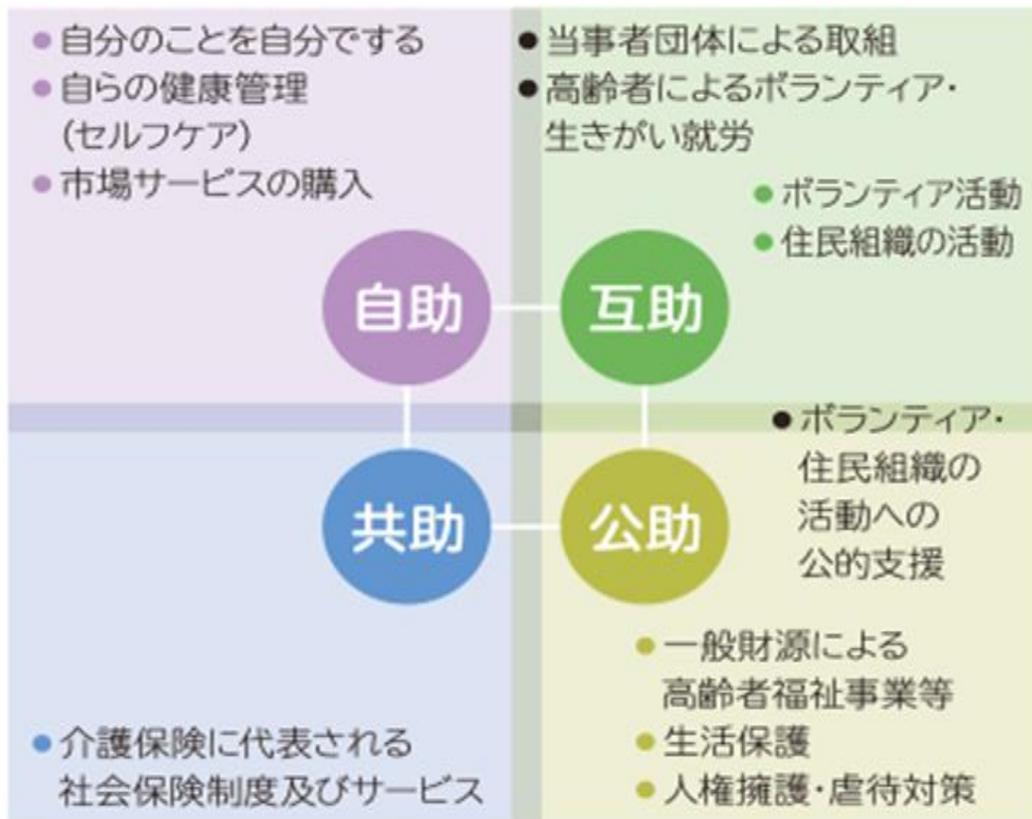
死ぬときは一人だと思うけど、旅立った後まもなくあなたたちが見届けてくれるでしょ。

だから僕は一人じゃない。 孤独じゃないんだよ。 このまま家にいるよ。

- 訪問診療 訪問看護 ケアマネジャー 訪問介護 訪問入浴
- 永眠後の金銭・遺留品・住まいなどの手続き ➡ 事前に本人が業者と契約 (死後事務処理)

関わらせて頂いた誰もが納得した看取りの実現

これからの地域包括ケアシステム



【図】「自助・互助・共助・公助」から見た地域包括ケアシステム
(出典:地域包括ケア研究会)

地域のご助力の発揮を促して
いくことも、訪問看護の役割の
ひとつと考えています

自助	自らの健康管理・自分で医療や介護サービスを買う
共助	医療・介護保険制度などの社会保険制度
公助	生活保護など
互助	住民組織・住民の支え合い・住民ボランティアなど



地域住民へのアプローチ：市民シンポジウムの企画・開催

年度	テーマ
平成28年度	この町東久留米で最期まで自分らしくらすために ～認知症でも、がんでも、どんな病気でも～
平成29年度	このまち東久留米でさいごまで自分らしく暮らすために ～今、あなたが準備出来ることは？～
平成30年度	このまち東久留米でさいごまで自分らしく暮らすために PART2 ～「人生会議」をご存じですか？～
令和元年度 (COVID-19で中止)	住み慣れたこのまちで生き、活かされ、やがて逝く 自分らしい『いきかた』をするために ～家族がいても、いなくても～
令和2年度 (COVID-19で中止)	今だからこそ話そうACP 東久留米版わたしの覚え書きノートと一緒に作ってみませんか？
この他に、自治会や認知症カフェ、多世代食堂、教会など、 地域コミュニティへの出前講座。講演の実施などなど……	



看護師の基本的責任



- 健康の増進
- 疾病の予防
- 健康の回復
- 苦痛の緩和(やすらかな看取り)

* 人としての尊厳や権利、自己決定の権利等を擁護し
様々な健康問題を抱えていたとしても
その人の力を最大限生かしながらその人らしく生きることを支える

【在宅看護が目指すこと】

疾患や障がいがあっても、それと折り合いを付けながら、
自分らしく生活(生きる)することを支え、QOL・QODの維持・向上を図る

まとめ:意思決定を支える

- 十分なコミュニケーションのもとで行われる本人の自己決支援と意思の尊重 (ACP)
- 本人、家族等を含むチームで共有し、思いを繋いでいく
外来・病棟・在宅・施設へ・・・ 繋いで紡いでいくことが大切
- 独居であっても、重症であっても、医療デバイスが多くても・・・
本人の意思・希望があれば在宅での看取りは可能
- 医療と介護の連携と地域の互助
生活を支える
あたりまえの日常を支え、その延長線上に穏やかな人生の幕引きを
ご助力の引き出しと強化
↓
療養者・家族を含むチームで、目標・方針等の検討と共有



まとめ: 自宅や地域で自分らしく暮らすためのACP

- 療養者の意向・希望を軸にして、多職種で連携しながら、
「その人らしく生活する・生きる」ことを支える
- 療養者の希望を聞かずに、「家は無理」と、
医療福祉職が勝手に決めつけていることはないだろうか？
- 局面の度に随時、意思の確認を何度も行う(ACP)
- 倫理的課題は特に多職種で倫理的視点を持って検討する
- 家族や介護職への看取りの準備教育
- 救急車を呼ぶ・呼ばない
本人の意思や希望 家族の心の準備 家族の意思決定支援
病状に応じた判断・・・可逆的な症状の時は適切な医療を受けられよう支援する
- 市民への啓発活動 ⇒ ACPの普及 互助力・地域力強化に向けて地域作り
「自分のことで精一杯」という市民の声があるが、お互い様(我が事)として考えられる風土
の中で、出来る方法で、出来る時に、出来る人が、出来ることを・・・地域力の構築