

# 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の 考え方とACPの基礎知識について

島根大学医学部 内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学  
磯部 威



# COI 開示（過去3年）

国立大学法人 島根大学 学術研究院医学・看護系 教授

演者名： 磯部 威

講演に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などとして、

- |              |  |          |    |
|--------------|--|----------|----|
| ①顧問：         | なし   | ②株保有・利益： | なし |
| ③特許使用料：      | なし   |          |    |
| ④講演料：        | ベーリンガーインゲルハイム<br>アストラゼネカ                   |          |    |
| ⑤原稿料：        | なし   |          |    |
| ⑥受託研究・共同研究費： | コニカミノルタ、第一三共<br>IQVIAサービシズ ジャパン、インスメッド合同会社 |          |    |
| ⑦奨学寄付金：      | なし   | ⑧寄付講座所属： | なし |
| ⑨贈答品などの報酬：   | なし   |          |    |

# CONTENTS

## Part 1

人生の最終段階について

## Part 2

ガイドライン

## Part 3

意思決定

## Part 4

ACP

# CONTENTS

## Part 1

人生の最終段階について

## Part 2

ガイドライン

## Part 3

意思決定

## Part 4

ACP

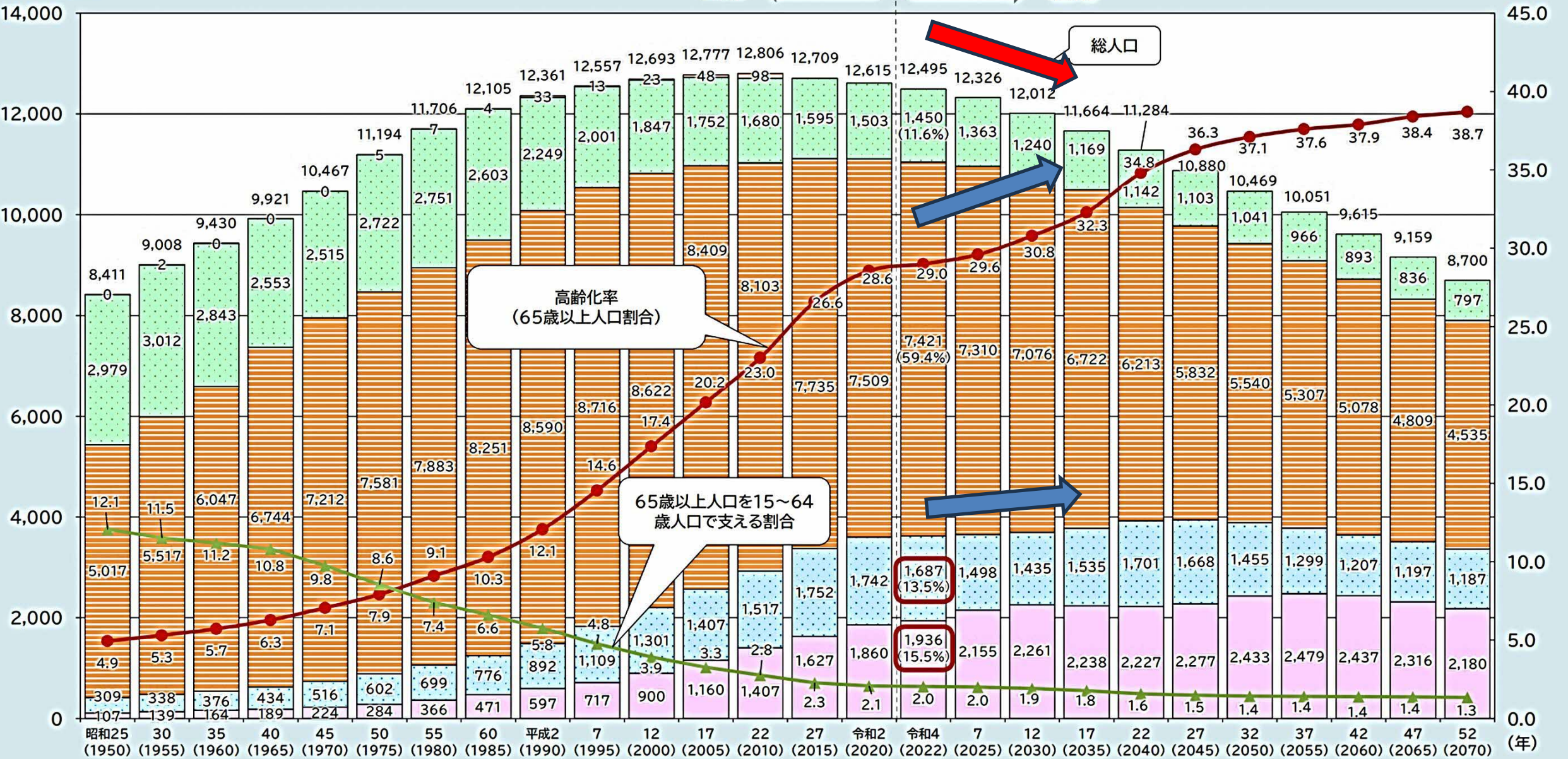


(万人)

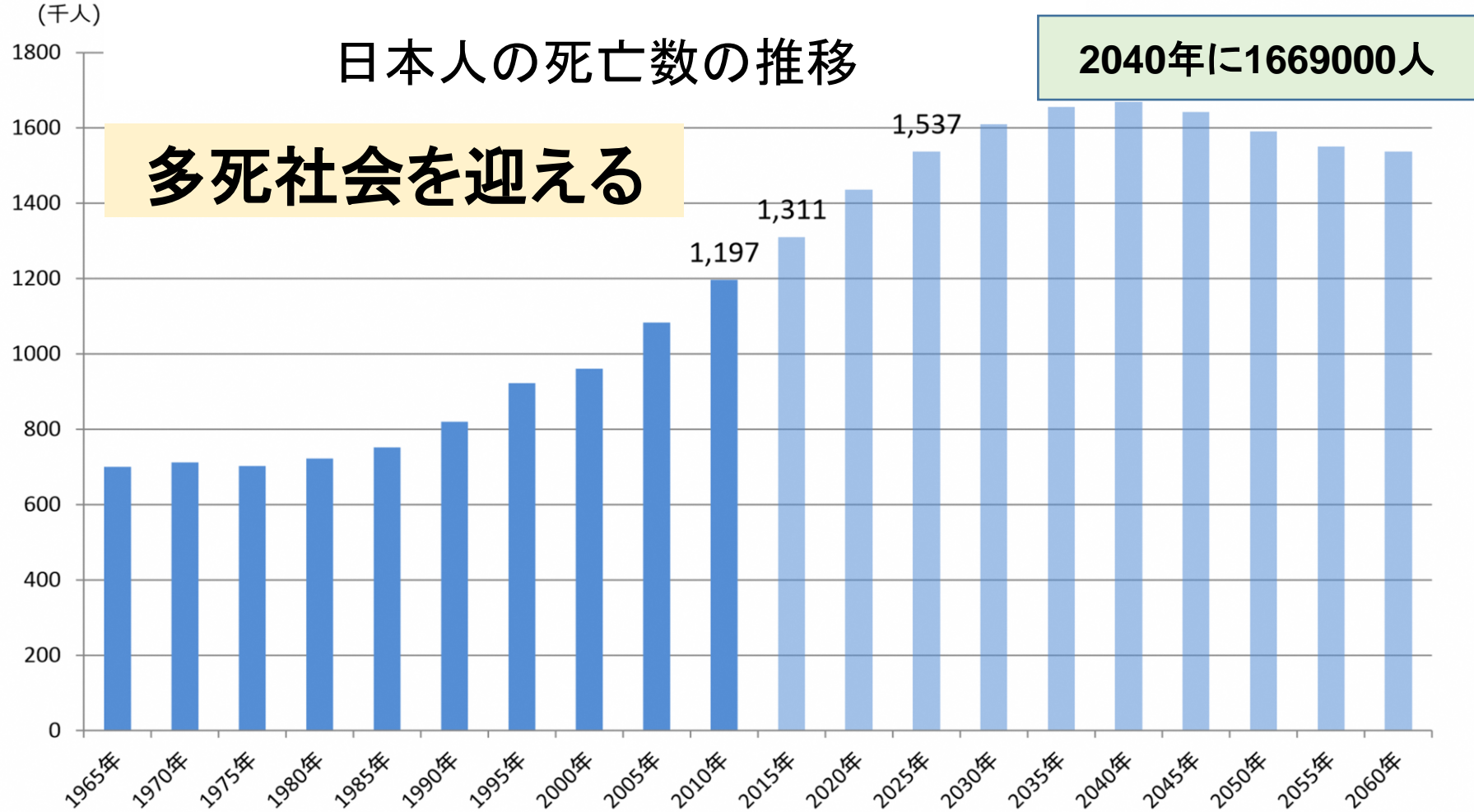
実績値 ←

→ 推計値

(%)



□75歳以上 □65~74歳 □15~64歳 □0~14歳 □不詳



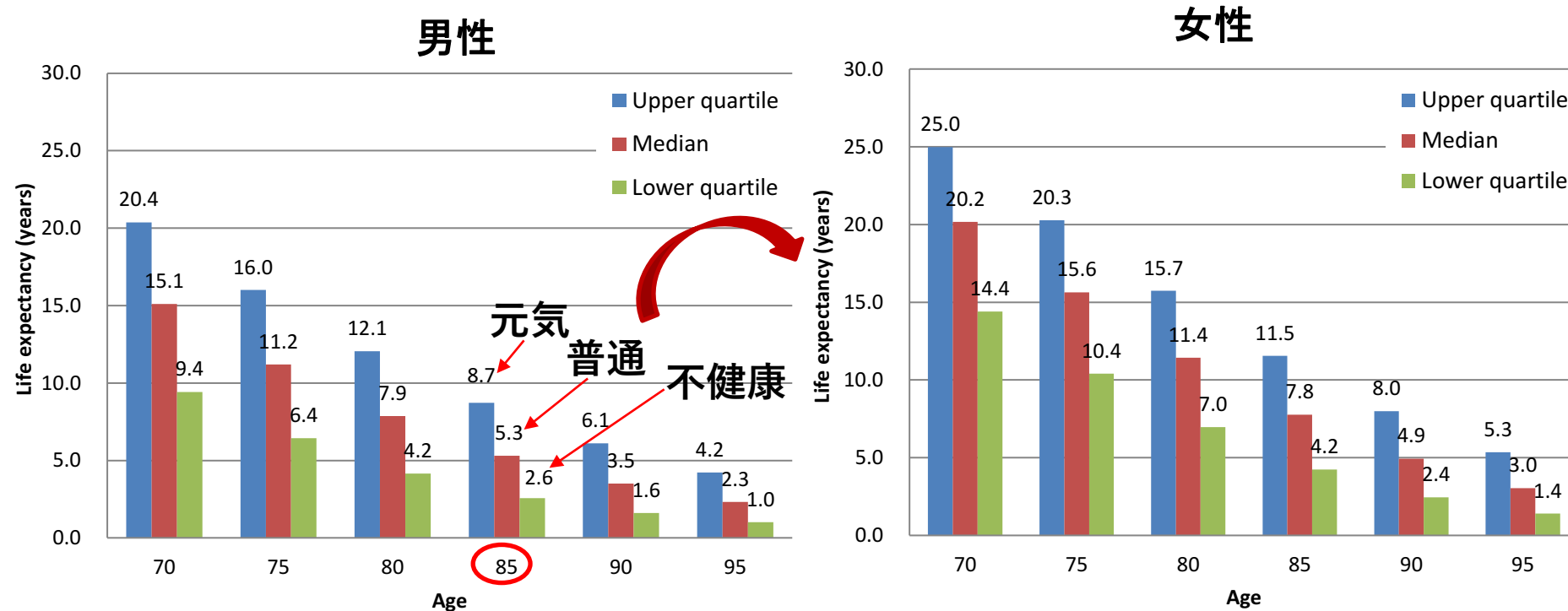
出典：2010年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数(いずれも日本人)  
2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果



# 日本人の死亡数・死亡率 2021年(厚生労働省)

|    |          | 死亡者数    | 10万対比 |
|----|----------|---------|-------|
| 1  | がん       | 391 497 | 310.7 |
| 2  | 心疾患      | 214 623 | 174.8 |
| 3  | 老衰       | 152 024 | 123.8 |
| 4  | 脳血管疾患    | 104 588 | 85.2  |
| 5  | 肺炎       | 73 190  | 59.6  |
| 6  | 誤嚥性肺炎    | 49 489  | 40.3  |
| 7  | 不慮の事故    | 38 296  | 31.2  |
| 8  | 腎不全      | 28 686  | 23.4  |
| 9  | アルツハイマー  | 22 960  | 18.7  |
| 10 | 認知症      | 22 343  | 18.2  |
| 11 | 間質性肺疾患   | 20 776  | 16.9  |
| 12 | 自殺       | 20 282  | 16.5  |
| 13 | 大動脈瘤及び解離 | 19 348  | 15.8  |
| 14 | 肝疾患      | 18 003  | 14.7  |
| 15 | 慢性閉塞性肺疾患 | 16 382  | 13.3  |

# 年齢・全身状態別余命データ



生命表の情報を基に上位4分の1、中央、下位4分の1をグラフにプロット  
それぞれが、  
「比較的健康的」な高齢者  
「平均的」な高齢者  
「状態の悪い」高齢者  
をおおよそあらかず、と見なして、治療適応の検討に用いることが可能

文献：Iwamoto, Nakamura, Higashi. Cancer Epidemiology 2014 Oct;38(5):511-4.

[http://ganjoho.jp/med\\_pro/med\\_info/life\\_expectancy.html](http://ganjoho.jp/med_pro/med_info/life_expectancy.html)



# よりよいエンド・オブ・ライフケアのために

- 終末期においては約70%の患者で意思決定が不可能

*Silveira MJ, NEJM 2011*

→ 事前に本人の意向を聞いておけばよいのではないか？

# The SUPPORT study

- 米国で行われた、9000名の患者を対象とし、事前指示書（アドバンスディレクティブ）を介入としたクラスターランダム化試験
- 介入：熟練した看護師が病状理解を確かめ、事前指示書を取得
- その情報を医師に伝えた
- ICU（集中治療室）の利用、DNR（蘇生治療を控える方針の決定）から死亡までの日数、疼痛、事前指示書の遵守、医療費、患者・家族満足度に差異は見られなかった

*The SUPPORT Investigators. JAMA 1995.*

**E-FIELD**

Education For Implementing End-of-Life Discussion

本人の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会資料

# 事前指示書が有効でなかった理由 として推定されているもの

*The SUPPORT study*

- 患者の要因
  - 将来の状況を予想すること自体が困難
- その他の要因
  - 代理決定者が事前指示書の作成に関与していない
  - 代理決定者が、患者がなぜその選択をしたか、その理由や背景、価値がわからない
  - 医療従事者や家族が考える患者にとっての最善と患者の意向が一致しない
  - 実際の状況が複雑なために、事前指示書の内容を医療・ケアの選択に活かせない

# 書類があっても役立たない？ 事前指示書からACPへ

*The SUPPORT study*

- 患者—代理決定者—医療者が、患者の意向や大切なことをあらかじめ話し合うプロセスが重要
- プロセスを共有することで、患者がどう考えているかについて深く理解することができる  
→ 複雑な状況に対応可能になる
- 価値感を理解し共有する

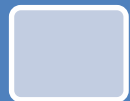
# 歴史的変遷

- いずれも、意思表示が難しい状態になっても患者の意向を尊重した医療を行うことを目的としている

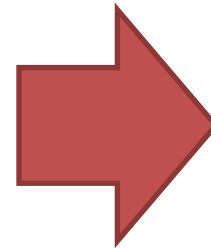
事前指示書  
(アドバンス・ディレクティブ)



代理決定者の決定



リビングウィル (生前遺言)



アドバンス・  
ケア・  
プランニング



# CONTENTS

## Part 1

人生の最終段階について

## Part 2

ガイドライン

## Part 3

意思決定

## Part 4

ACP

# 経緯 -1-

- 1987年：厚生労働省は「人生の最終段階における医療」に関する検討を行ってきた（始まりは末期医療に関するケアの在り方の検討会）。
- 1990年代：2つの生命維持治療の中止に関わる事件
  - 医師に対する執行猶予付き有罪判決  
（東海大学病院事件；1991年、川崎協同病院事件；1998年）
- 2006年：射水市民病院事件を契機に厚生労働省に「終末期医療の決定プロセスに関する検討会」設置。
- 2007年：人生の最終段階における医療に係る意思確認の方法や医療内容の決定手続きなどについて、広くコンセンサスを得られる点について、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」及び「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン解説編」を策定。



# 経緯 -2-

- 2015年：改訂版として「**人生の最終段階**における医療の決定プロセスに関するガイドラインの決定プロセスに関するガイドライン」及び「**人生の最終段階**における医療の決定プロセスに関するガイドライン解説編」が公表。
- 2018年：最終版として「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の決定プロセスに関するガイドライン」及び「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」が公表。
- ガイドラインの普及、人材育成、環境整備
  - ①意思決定支援教育プログラム（E-FIELD：Education For Implementing End-of-Life Discussion）
  - ②厚生労働省委託事業：本人の意向を尊重した意思決定のための研修会  
筑波大学：木澤義之先生



# 経緯 -3-

- 厚生労働省HP：「人生会議」してみませんか



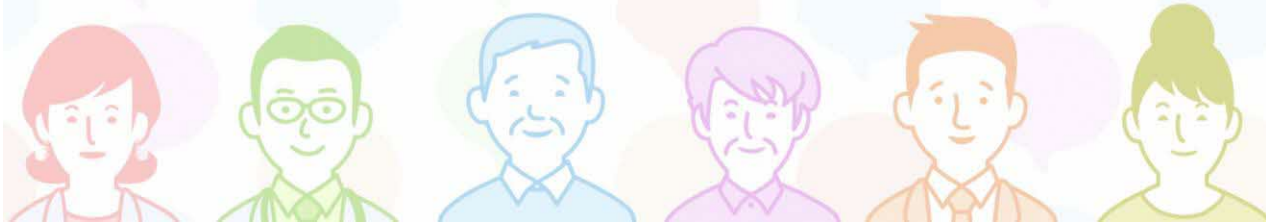
2018年：  
11月30日は人生会議の日  
(いい看取り)  
普及・啓発動画

ゼロからはじめる人生会議

## 「もしものとき」について話し合おう

「もしものこと」を考えたことがありますか？  
心の余裕のある時に、じっくりと考える時間を持ち、  
そして、あなたの考えを大切な人に伝えてみませんか？

115689



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？



～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～

11月30日 (いい看取り・看取られ) は人生会議の日

話し合いの進めかた (例)

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。

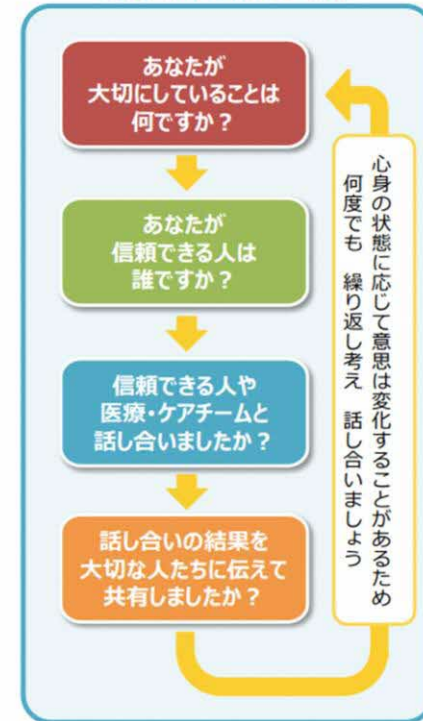
命の危険が迫った状態になると、  
約70%の方が、  
医療やケアなどを自分で決めたり  
望みを人に伝えたりすることが、  
できなくなると言われています。

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。



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  
「人生会議 (ACP: アドバンス・ケア・プランニング)」  
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。



# ガイドラインに含まれる項目

1. 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

2. 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

(1) 本人の意思の確認ができる場合

(2) 本人の意思の確認ができない場合

(3) 複数の専門家からなる話し合いの場の設置



# 2018 厚労省ガイドラインの改訂

- 要点は3点

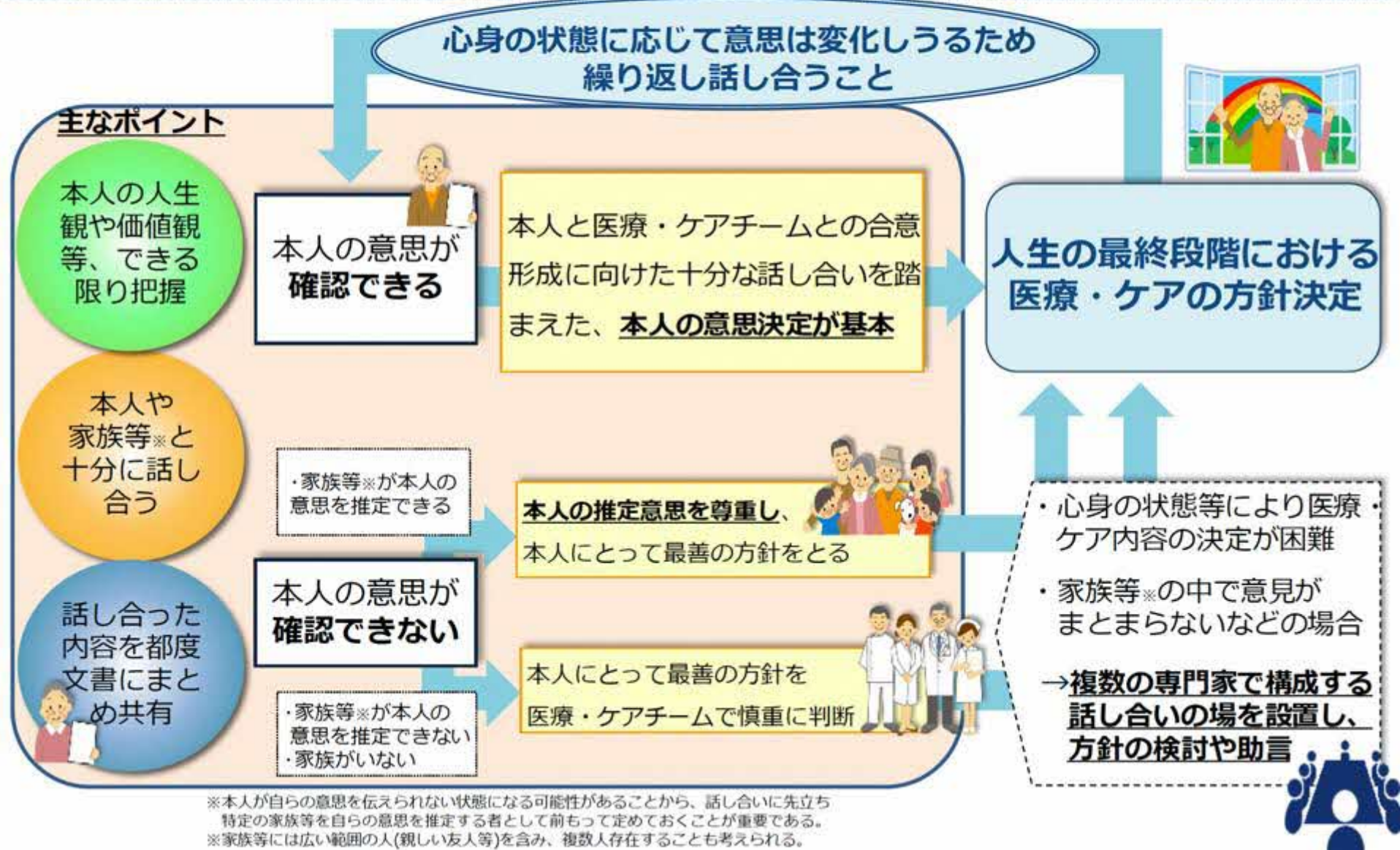
1. ACP: advance care planning(人生会議)の理解と実践
2. 病院のみでなく、介護施設・在宅の現場も想定
3. 意思を推定する者（信頼できる人、キーパーソン）が誰かを明らかにする

# ガイドラインの骨子

- 一人で決めない、一度に決めない
- 本人と医療・ケアチームとの十分な対話
- そのうえでの本人の意思を尊重
- 意思決定ができなくなったときに備えて、家族等を含め繰り返し話し合う事が必要
  - 話し合いの結果は都度文書にまとめ共有
- 本人の意思が確認できないときは
  - 家族等も含め本人の意思を推定しそれを尊重
  - 医療福祉従事者は多職種チームで関わる

# 「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」 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。



# CONTENTS

## Part 1

人生の最終段階について

## Part 2

ガイドライン

## Part 3

意思決定

## Part 4

ACP

# 意思決定する力を構成する4つの要素

病名、年齢、態度や様子、社会的背景だけからの憶測ではない

## 理解

意思決定のために必要な事項を理解している

## 論理的思考

決定内容は選択肢の比較や自分自身の価値判断に基づいている

## 認識

病気、治療、意思決定を自分自身の問題としてとらえている

## 表明

自分の考えや結論を伝える

患者との話し合いにおける情報提供や質問を通して、これらの4つの要素について注意深く観察し、評価する

(Grisso, et al. 1998)



# “理解”の評価

意思決定のために必要な事項を理解している

## 【質問の例】

- ✓ どのような説明を受けましたか？ 教えてください
- ✓ あなたの病名は何ですか？

## 【評価のポイント】

- 病気の内容（病名、病状、病期など）
- 提案された治療と代替案の内容
- それらの利益（効果など）と負担（副作用など）について、説明内容を述べるかどうか

(Grisso, et al. 1998)

# “認識”の評価

病気、治療、意思決定を自分自身の問題としてとらえている

## 【質問の例】

- ✓ 今回のご病気については、どのようなことでお困りですか？
- ✓ どのような治療をご希望ですか？ その理由も教えていただけますか？

## 【評価のポイント】

- 病気や症状の存在を自覚し、治療や意思決定の必要性を自分のこととしてとらえている
- 提案された治療方針が自分の健康に利益をもたらすことを理解している

(Grisso, et al. 1998)

# “論理的思考”の評価

決定内容は選択肢の比較や自分自身の価値判断に基づいている

## 【質問の例】

- ✓ 説明した治療の中ではどれが最もよいですか？  
その理由も教えていただけますか？
- ✓ あなたが選択した方針はあなたの生活にどのように影響すると思われるですか？

## 【評価のポイント】

- 選択肢が自分に与える利益と不利益をバランスをとりながら自己査定している
- 選択が日常生活に与える影響について述べる
- 選択の内容は一貫している
- 選択は患者自身の推論に基づいている

(Grisso, et al. 1998)

# “表明”の評価

## 自分の考えや結論を伝える

患者は口頭で返答する必要はなく、書面や他者を介した伝達でもよい

### 【評価のポイント】

- 提示された選択肢の中から特定のものを選んでいる
- あるいは、他者に選択を依頼している

(Grisso, et al. 1998)

# CONTENTS

## Part 1

人生の最終段階について

## Part 2

ガイドライン

## Part 3

意思決定

## Part 4

ACP

# ACPの効用

- ACPを行うと

- 患者の自己コントロール感が高まる

*Morrison, J Am Geriatr Soc. 2005*

- 代理決定者※-医師のコミュニケーションが改善

*Teno J. JAGS 2007*

※ガイドラインでは、「本人の意思を推定する者」とのコミュニケーションの改善が期待される

- 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

- 心の準備ができ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*
- 本人の希望を奪いたくない医師の考え
  - 話し合いを始めることが難しい
- 時間と手間がかかる

# 実際の進め方

国民全体  
(地域住民への普及啓発)

- ・ 本人の意思を推定する者を本人自身が選ぶ
- ・ 価値を話しあう

人生の最終段階を自分のこととして考える時期にある人  
(医療・ケアの現場での実践)

- ・ 準備状態を確かめた上で
- ・ 医療・ケアの目標や具体的な内容について話し合う

# 本人の意思を推定する者を決める

- あなたが信頼していて、あなたが意思を伝えられなくなった時に医療・ケアチームに治療などの希望を伝えてもらえるのはどなたになりますか？

－例えば、

- ・ 配偶者の方
- ・ 子ども
- ・ 兄弟
- ・ 知人、友人
- ・ 一人ではなく複数でも構いません

# 「本人の意思を推定する者」になって欲しい方に 意向を伝える

- あなたが意思を推定する者になってほしいと  
思っていることを、その方ご本人に直接伝えて  
いますか？
- もしまだ伝えていないならば理由を含め伝えて  
みましょう



# 大切なことはどんなことか

- もし生きることができている時間が限られているとしたらあなたにとって大切な事はどんなことですか？
  - 家族や友人
  - 仕事や社会的な役割
  - 身の回りのことが自分でできること
  - できる限りの治療が受けられること
  - 家族の負担にならないこと
  - 趣味
  - ひとりの時間が持てること
  - 経済的なこと
  - その他

# 欠かせない機能

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

– ご自由にお書き下さい

例を挙げると以下のようなものがあります

- 周りに自分の気持ちや考えを伝えられない
- 身の回りのことが自分でできない
- 食べたり飲んだりすることができない



# 実際の進め方

国民全体  
(地域住民への普及啓発)

- ・ 本人の意思を推定する者を本人自身が選ぶ
- ・ 価値を話しあう



人生の最終段階を自分のこととして考える時期にある人  
(医療・ケアの現場での実践)

- ・ 準備状態を確かめた上で
- ・ 医療・ケアの目標や具体的な内容について話し合う

# ACP（人生会議）の対象は？

人生の最終段階を自分のこととして考える時期を判断する

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**のなら  
緩和ケアを開始したほうがよい

緩和ケアを開始する = ACP（人生会議）を行うと考えてもよい

*Small N. Palliat Med 2010; Hamano J. Oncologist 2015.*

# 早くから、みんなにACP（人生会議）？

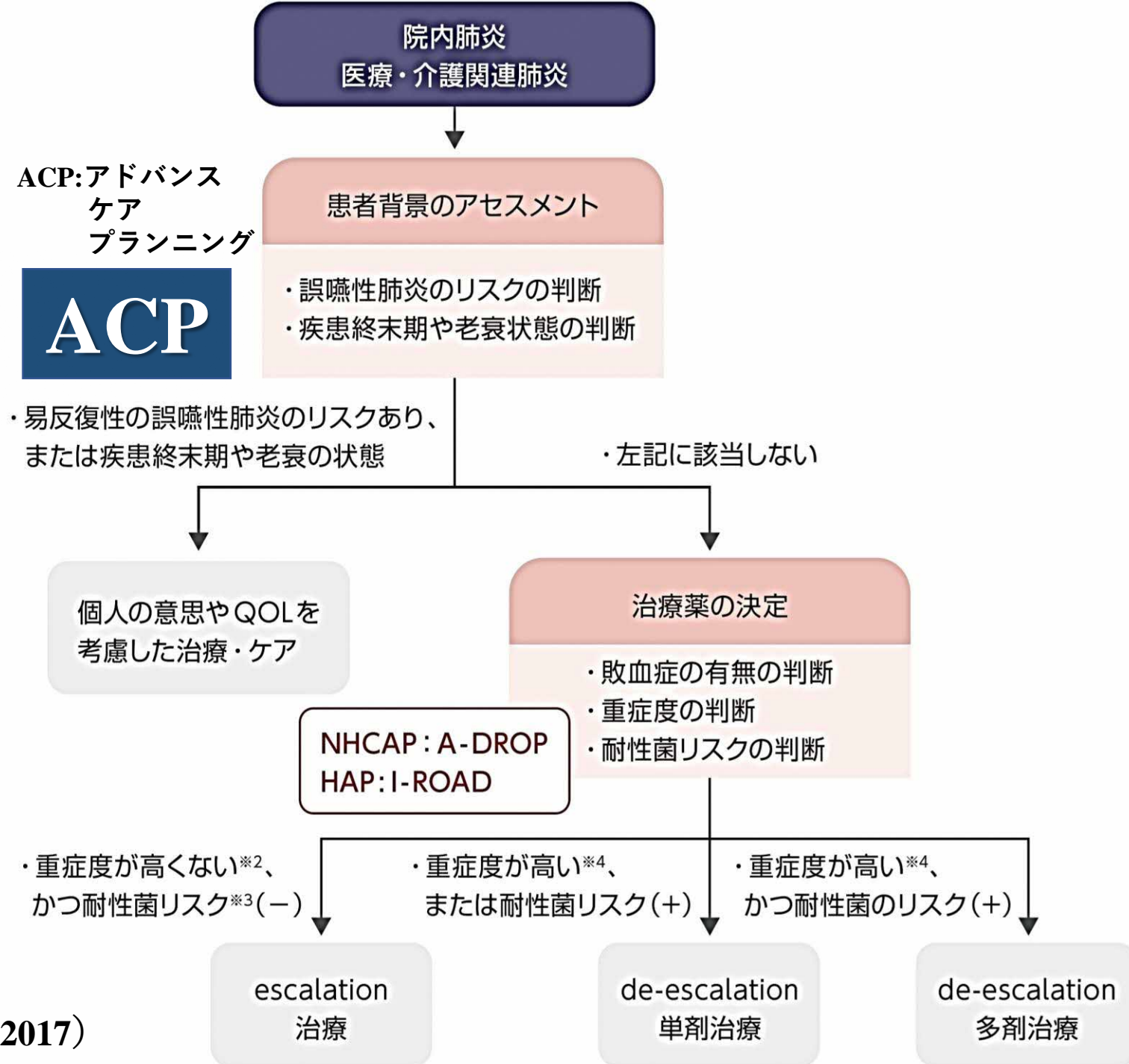
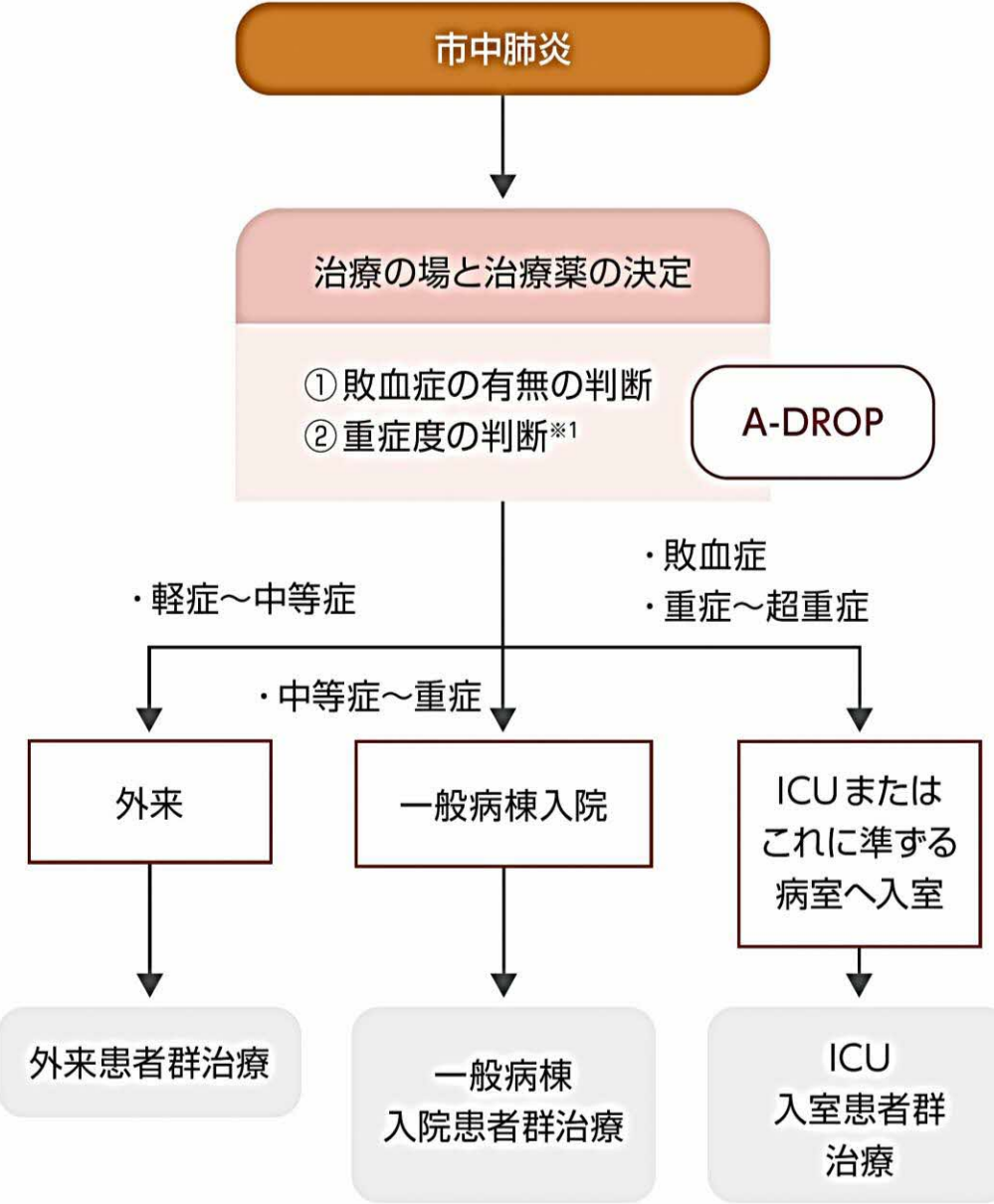
準備状態に応じて行うことが重要

- 病状の進行や身体機能の低下があった時
- 治療の変更時
- 早すぎると利益より害が多いことがある
- 複数に分け、適切な時期に適切な話題を
- まず準備状態を確かめる
  - 準備ができていれば、病状理解の確認と今後の経過の話し合いからはじめる
  - いきなり心肺蘇生や看取りについて話すのは控えたほうがよい

*Johnson S. Psycho-Oncology 2016*

# 誰がACP（人生会議）の話し合いをするのか

- 自分を最もよく知っている医師が話し合いを始めることが望ましい  
*Dow LA. J Clin Oncol. 2010.*
  - 病状や今後の経過の話が必須であり、それが良いきっかけとなるため
- その後の詳細な話し合いは職種を選ばない



# ACP：実地医療におけるポイント（私見）

- 最善を期待し、最悪に備えるが、希望と共感が重要
- 病状認識：本人、キーパーソン＝本人の意思を推定する者
- もしもの時のことを考えたことがあるか？
- 病状によっては、自分で決めることが難しくなることがある
- 病気や治療のことでわからないことや不安を共有
- 希望・大切にしていることを確認
- 命に関する本人の考え方を聞く：してほしくない事とその理由
- 皆が同じページ、土俵で、記録を残す



# 具体的な内容（私見）

- 積極的治療
  - ICUへの入室
- 疾患特異的な治療：抗がん剤
- 経管栄養、胃婁
- 輸液
- 輸血
- 抗菌薬
- 心肺停止時の心肺蘇生
- 気管挿管、人工呼吸

全てを決める必要は無い

希望は変更できる

どこで療養したいか？

わからない内容について  
繰り返し説明する

# 医学用語はわかりにくい

## 1) 心臓マッサージなどの心肺蘇生

心臓マッサージとは心臓が停止した際に、胸の上から心臓付近を強く圧迫して心臓を動かす手技です。この手技によって心臓が一時的に動き出すことがあります。

## 2) 気管挿管

呼吸ができなくなった時、口から気管に管（挿管チューブ）を入れて、肺に強制的に空気を送り込みます。その後人工呼吸を行うこともあります。

## 3) 人工呼吸器の装着

自分の力では呼吸することができなくなったとき、気管に挿入した管に人工呼吸器をつけると延命されることがあります。一方で、回復の見込みがない状態で人工呼吸器を装着すると、その後人工呼吸器を外すことは家族が要望されてもできません。なぜなら、外した医師は殺人罪に問われることがあるからです。

## 4) 気管切開

死が近づくと痰の量が増加し、窒息の危険性が高くなるために、のど仏の下の部分に手術で穴を開けて、直接気管に管を入れて痰を取ったり、軌道を確保したり、人工呼吸などをします。この処置を行うと声を出せなくなります。

## 5) 強力な抗菌薬の使用

感染症がある際に通常の抗菌薬を使用しても改善しない場合に、さらに強力な特殊な抗菌薬を使用することがあります。ただし、この種の強力な抗菌薬を長期間使用すると、薬が効かない耐性菌が出現して治療をかえって難しくすることもあります。用されないのが一般的です。

# 医学用語はわかりにくい

## 6) 鼻チューブによる栄養補給

鼻からチューブを胃まで入れて、流動物を流し込んで栄養補給をすることです。味はわかりません。栄養剤が肺に逆流して重症の肺炎を起こすこともあります。

## 7) 中心静脈による栄養補給

高カロリーの点滴だけで栄養補給することです。通常よりもやや太い管を血管の奥まで入れて、普通より濃度の濃い点滴をします。太い管を入れるために肺や血管を傷つけたり、感染を起こす危険があります。

## 8) 胃瘻（いろう）による栄養補給

内視鏡を使った小手術によって、腹壁から直接胃の中にチューブを留置して体の外から栄養剤を入れるものです。

## 9) 昇圧剤の使用

死が近づくと心臓の動きが悪くなり血圧が低下します。昇圧剤という薬を点滴（静脈注射）から入れると心臓に作用して血圧が上がることがあります。しかし回復の見込みがない状態では多くの場合効果は一時的なものになります。

## 10) 輸血・血液製剤の使用

死が近づくと消化管などからも出血しやすくなり、貧血や血圧低下をきたしやすくなります。輸血・血液製剤を点滴すると一時的に貧血や血圧が改善することがあります。血液製剤は献血者の善意の血液から製造されたものですから、回復の見込みがない状態では使用されないのが一般的です。

# 患者は自分の意向が尊重されることを必ずしも重要視しない

- 意向は病状によって変化しうるので、自分の意向は必ずしも尊重されなくてもよい
- 家族や医師が、事前意思に従うか否かを決めてもいい
- 信頼する医師ならば委任してもよいと考える
- むしろACPを自分の心理的、社会的、情緒的なことを伝えておく機会として考えている
- 一方で医療従事者は今後の患者の治療方針を示した絶対的なものとして扱う

*Johnson S. Psycho-Oncology 2016*

# まとめ

- 本人の意向を尊重した質の高いケアを実践するために、ACP（人生会議）は重要な手段である
- ACP（人生会議）の実践にあたって
  - プロセスを重視する。
  - 話し合いの結果は文書にして残すことが望ましい
  - 全ての人に実施しようと思わないこと
  - 本人の意思を推定する者とともに行うこと
  - 「人生の最終段階を自分のこととして考えられる時期にある人」  
「国民全体」とでその内容や方法を変えて実施する必要がある