



埼玉県医師会在宅医療塾(第2回)

看取りとAdvance care planning (ACP)の必要性について

鶴ヶ島在宅医療診療所

小川越史

2026. 7. 2



鶴ヶ島市について(概要)



人口 69,940人
 敷地面積 17.65 km²
 人口密度 3,967人/km²(全国市町村93位)



「ツ」「ル」を
かたどった市章



市のイメージマーク



イメージキャラ
「つるゴン」

ゆるキャラグラン
プリ2020 第三位！



知る人ぞ知る「竜神ビール」

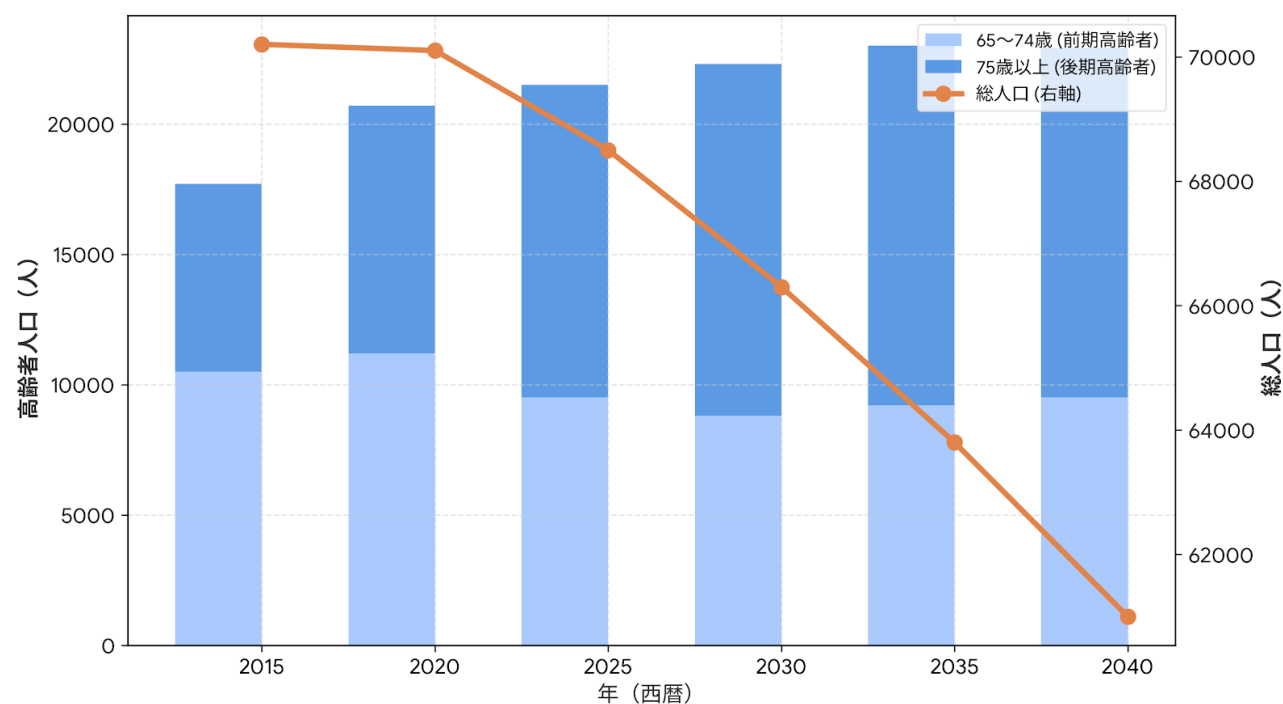


1600年頃から行っている
4年に一度の脚折雨乞行事



鶴ヶ島市の人口分布推移

鶴ヶ島市 人口推移と高齢者人口の内訳（将来推計値含む）



「75歳以上」から「85歳以上」へのシフト

グラフ上では「75歳以上(濃い青)」の総数は2030～2035年にかけて高止まるが、その内訳(中身)が劇的に変化する。

2035年には団塊の世代が85歳を超え、寝たきりや認知症の出現率が跳ね上がる「85歳以上」の人口がピークを迎える。



鶴ヶ島在宅医療診療所について

外来

内科 外科 睡眠時無呼吸 糖尿病 リハビリ 整形外科

入院 19床

急性肺炎 骨折後のリハビリ 老衰のお看取り 癌患者の緩和

訪問診療

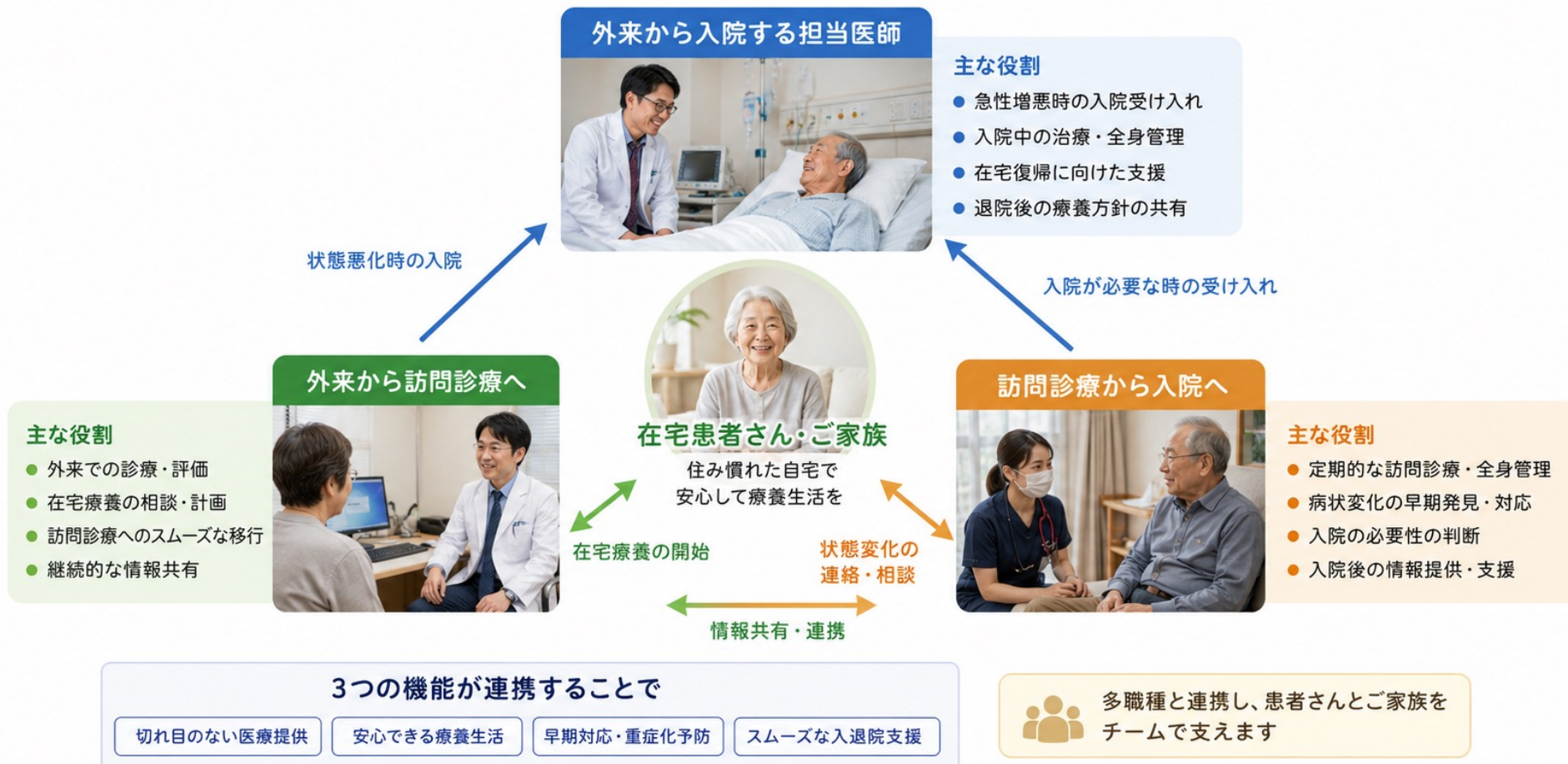
脳梗塞後遺症 神経難病 担癌 老衰





3つの機能で在宅患者さんを支えます

～外来・訪問診療・入院が連携し、切れ目のない医療を提供します～



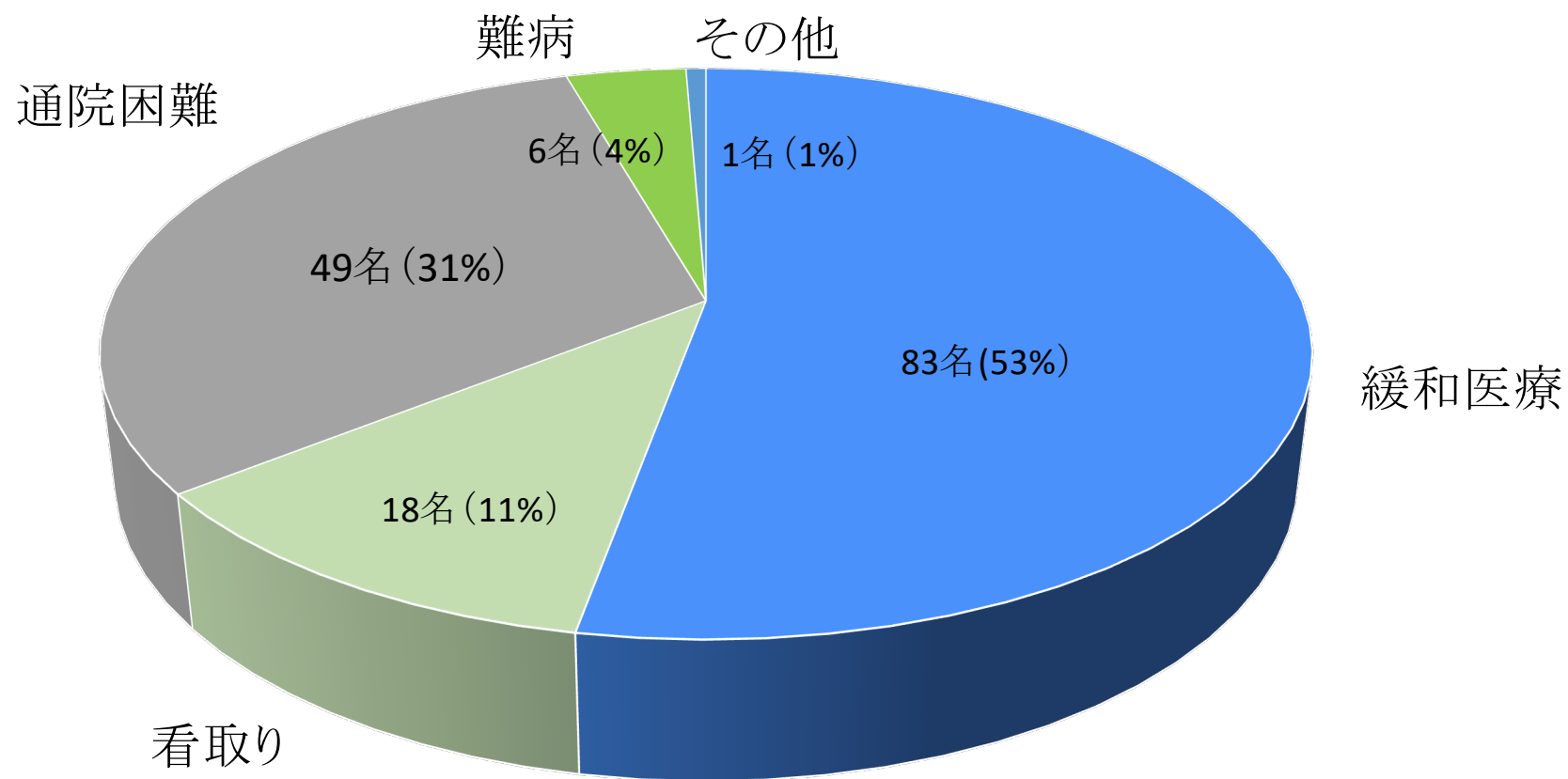


平成31年4月から令和2年3月までの1年間に関わった患者

項目	数値
年間総数	157名
自宅訪問者数	149名
施設訪問者数	8名
平均患者数(実人数)	63.2名
男女比	87:73
平均年齢	73.3歳



訪問診療の目的内訳





介護力と在宅看取りの関係

介護者	全体件数	看取り件数	在宅看取り件数	在宅完遂率 (%)
姉	1	0	0	0
弟	2	1	1	100
義妹	1	0	0	0
夫	12	5	1	20
妻	47	28	17	61
母	7	3	3	100
放置	1	0	0	0
子	44	23	13	57
2人以上の家族	27	20	17	85
嫁	5	3	3	100
施設	8	1	1	100
独居	2	1	0	0
合計	157	85	56	66



訪問診療の転帰

入院対応の内訳

	合計	看取り	看取り以外						
				施設	転院	レスパイト	在宅復帰	入院中	不明
当院	55	29	26	4	5	2	12	3	0
他院	7	2	5	1	0	0	3	0	1
合計	62	31	31	5	5	2	15	3	1

それ以外の内訳

在宅看取り	その他			
		通院対応	施設入所	他訪問診療移行
56	7	3	3	1



当院での看取り件数(在宅＋入院)は85件

お看取りした85件のうち、29件はバックベッドが必要だった(34%)



令和2年度に当院医師が行った お看取り件数

	診療所	特養A	特養B	老健	在宅	計
医師A	43	32	1	2	84	162
医師B	55	0	11	5	1	72
医師C	1	0	0	9	0	10
計	99	32	12	16	85	244



看取り困難事例（医師の心理的負担含む）

①本人と家族の意見が合致しない看取り

神経難病の延命治療の選択・麻薬等で鎮静の可否

②主導権をもたない命の行方

天涯孤独の認知症・認知夫婦

③家族のための延命

自己満足をみたすため・年金など経済的事情

遺族の納得が得られないと過剰要求等のハラスメントに移行する危険性がある

➡ 緩和・看取りは家族へのグリーフケア



症例紹介



症例 1

癌の末期 80代 女性
元看護師(大病院の元看護師長)

キーパーソン 50才前後 息子(未婚) 娘

麻薬による緩和・鎮静を希望

キーパーソンの息子も納得の上で
モルヒネによる鎮痛・鎮静を開始した



PCAポンプによる皮下持続注射



麻薬がきいてきて穏やかに眠る母親をみて、息子は母親との死別の恐怖に耐えきれず麻薬を中止することを希望した

本人との約束であったが麻薬を中止せざるを得なかった

幸い大きく苦痛を訴えることなく、子供たちの介護の元静かに息を引き取った



症例 2

筋萎縮性側索硬化症 61歳 女性

キーパーソン 娘2人

夫は関係性が悪く別居・関与なし

娘:延命治療を希望

呼吸器などを装着すればまだ生きられるのにそれをさせないのは自分か殺したかのように感じるといっていた（自責の念）

本人:延命治療を拒否

自由に動けないことがストレスでつらいので長生きしたくない

娘等には迷惑かけたくない



看取りの間際

酸素飽和度50%まで低下し意識は混濁しており、娘等は救急対応したいと言っていたが本人は拒否、その後意識消失した。

姑息的な対応としてアンビューマスクで強制換気を施行したところ意識が改善した。

本人に救急対応の確認したところ明確に拒否され、娘等も納得し救急搬送せず見守る方針となった。

2時間後、友人・家族らの見守る中息を引き取った。



症例 3

90才代 男性 認知症のため高齢施設入所中
キーパーソンは遠縁の親戚

入浴中に窒息しているところを発見され救急要請された

蘇生したが病院の4時間ルールのため病棟へ移動した

徐々に状態悪化し搬入より約10時間後に息を引き取った



症例 4

嚥下機能障害・誤嚥性肺炎後 90才後半 女性
キーパーソンは60代長男

基幹病院で加療後、在宅復帰困難となり当院へ転入となった
経口摂取はわずかに可能ではあるが全介助・ベッド上の生活
会話は可能であるが支離滅裂で意思決定は不可能



可能な範囲の経口摂取を行い緩やかに看取りを目指す自然死の説明を行った

息子は禁飲食でCVポート(高カロリー輸液)を希望された
できる限りのことをしてあげたい・でないと自分が後悔する

禁飲食でCVポート作成し24時間点滴となり療養型の病院へ転院となった



命の自己決定権

自分の命は家族にとっても人生の一部どころか大部分となっていることがある

自分が判断できなくなったときには家族の意見に従うしかない場合がある

自分の命を自分で決めるにはどうすればよいのか

ACPが普及され社会全体の死生観が整うことが必要

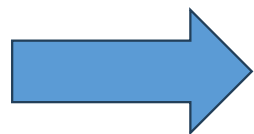


Advance care planning(ACP)について

有床診療所の訪問診療医として緩和・看取りについて自身の経験から検討した

その際に関わった多くの人が死別(自分や他人の区別なく)に対して未経験であり複雑に絡まる感情の整理に苦慮している(サポートの必要性多い)

一方で、経験者の中には死別後の生活に対して覚悟があり悲嘆にセルフケアができていることもある(サポートの必要性少ない)



少子高齢化・多死社会において、経済的にも労働力的にもセルフケアの必要性が高まっているが、ACPの普及がいずれにおいても効果があるだろうと感じている



ACPとは



ACPの歴史

ヒポクラテスの時代から1970年ごろまで パターナリズム(父権主義)
医師は患者の保護者として、最善の選択を医学的に判断し決定していた
患者に決定権はなし

1970年代 アメリカで自己決定権が確立

インフォームドコンセント:ic 十分に説明し患者が納得し同意すること

1976年 カルフォルニア州 事前指示や意思決定代理人制度 法的拘束力あり
(日本はなし)

事前にすべてを決めることは不可能 柔軟性に欠ける

本人と代理人の意見が違ふことが多い



ACPの歴史

1980年代から 本人と医療者の共同意思決定(shared decision-making:sdm)
情報共有－合意モデル 双方向での情報の共有し共同し意思決定をめざす

1990年ごろより ACPは本人に意思決定が困難になった場合に備えて推奨されている(アメリカ、カナダ、オーストラリア、西ヨーロッパ諸国)

適切なSDMの積み重ねがACPになる

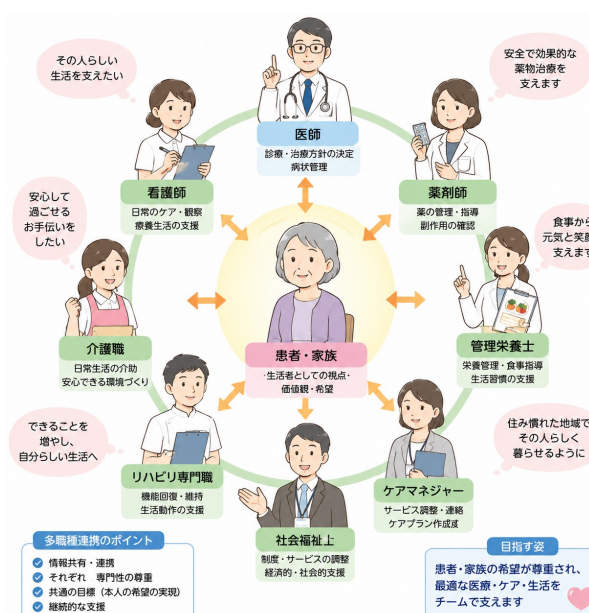
日本では厚生労働省が2018年に再改訂したガイドラインにおいてACPの実践が推奨された



【ACPの基本的な考え方とガイドライン】

ACPの基本的な考え方は「本人を真ん中に置いた意思決定支援」

患者本人・家族・介護医療従事者の話し合いを通じて 患者本人の価値観を明らかにし、これからの治療・ケアの目標や選択や欲求を 明確にするプロセスです





ACP

なんで・どうして
変化していく
嗜好・経験
第3者と共有するもの
繰り返し行う

決定事項

リビングウィル
代弁者の指定



4つのステップ

第一段階	意思形成	機械につながれるのは嫌かも
第二段階	意思表示	機械につながれるのはかつこ悪いからやだ
第三段階	意思決定	心肺蘇生は望まない
第四段階	意思実現	本人の意向に沿ってCPRせず穏やかな最後



ACPのタイミング

「サプライズ・クエスチョン (Surprise Question)」

「この患者さんが1年以内に亡くなったとして、私は驚くだろうか？」

当院では依頼目的・病状に関わらずほぼ全員に対して訪問診療開始時に行っている
SNS(メディカルケアステーション)に記載し訪問看護・ケアマネージャーなどと情報を共有

最も避けるべきは家族も希望しない救急対応となること

初対面では病気が悪化した場合を聞きづらい

「予想できず脳梗塞・心筋梗塞などで心肺停止・呼吸停止で発見された場合蘇生行為を希望するか。」

もし助かっても現在の状態よりも元気で帰ってくることはないこと

集中治療室での治療・リハビリは大変な苦痛を伴うこと

治療を受けるのは家族ではなく本人であること



ACPのときに気をつけていること

現在のACPの考え方では命はあくまでも本人のものであること

急変時についてキーパーソンに対してどうしたらよいですか？と聞いてしまう

「キーパーソンがどうしたいか」ではなく

「本人の意識があるとしたらなんと言うか代わりに答えてください。」ということ

代理人ではなく **代弁者**

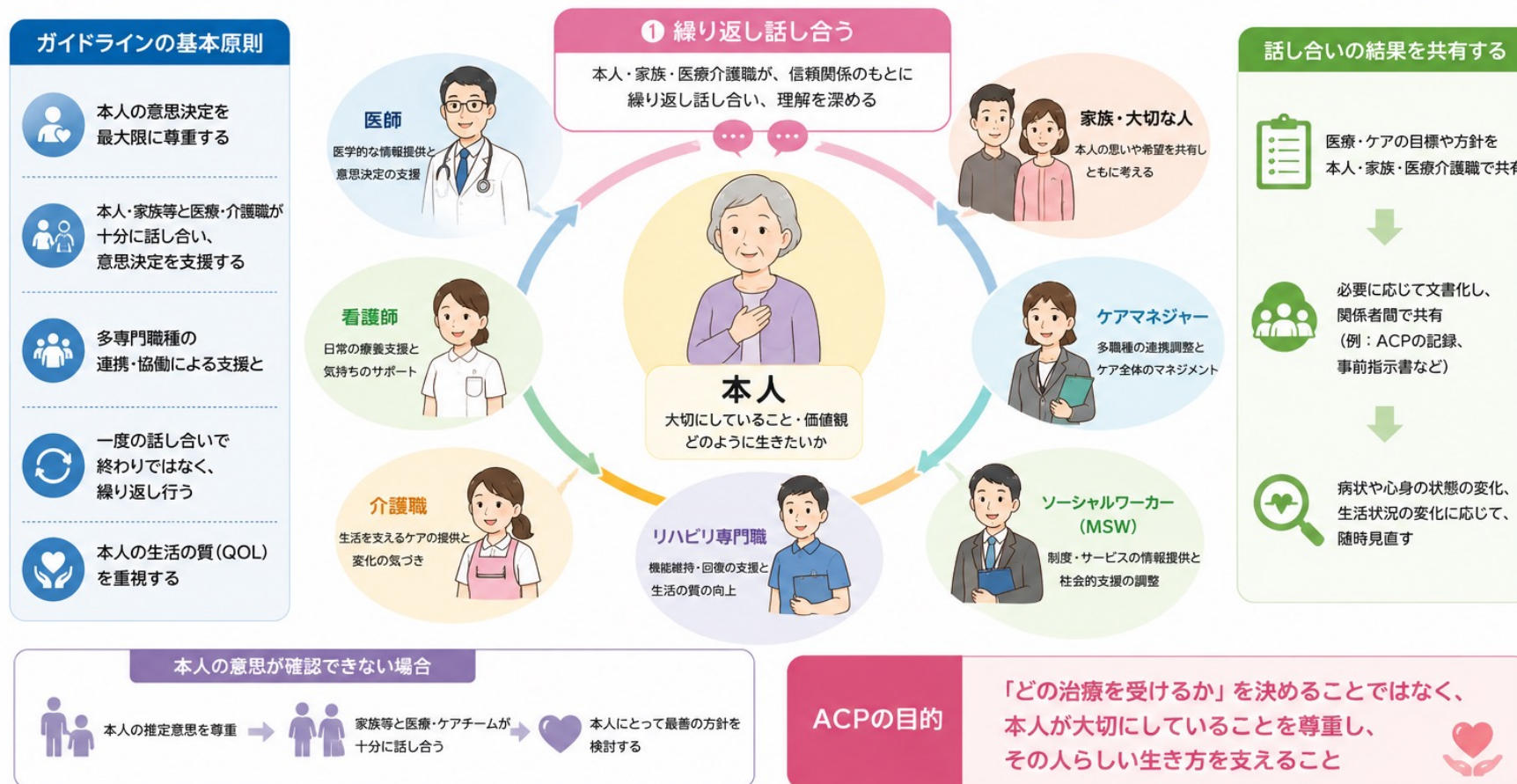
ただし、遺族のグリーフケアの一環でもあるので強く否定はしない



人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）の全体像

～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（2018年改訂版）」のポイント～

本人の意思を尊重した、本人中心の医療・ケアの実現を目指して



人生会議（ACP）は、特別なことではなく、すべての人に大切なプロセスです。今日から、できることから始めてみましょう。

ACPとはそもそも自分の死にざまを決めること



それには必要な情報が足りていない

在宅医療とはどんな感じ？

介護される生活とはどんな感じ？

施設での生活はどんな感じ？

家での最後はどんな感じ？

病院での最後はどんな感じ？

そのとき家族はどんな感じ？

すべてを知っている人は医療者でもない
それなのにどうしたいかを選択させなければならない



どういう風に死にたいか？
ということを他人に聞く前に・・・



自分自身が死ぬ時のことを考えてみた

いつ考え

どこで

死

誰の



まである程度

たい！

のため？

の子供たち

が困らないように



越史

死ん

鮫葬(Kindle版)

樋口めぐむ



形式：Kindle版

本の詳細

登録数 **3** 登録

ページ数 29 ページ

書店で詳細を見る

感想・レビュー 2

全て表示

ネタバレ



to_chan

フォロワーさんが読んでたのと（今は）無料だったのでさくっと読んだ。無料という偏見、プラス今どきの固有名詞が序盤で連発されるせいで素人っぽく感じちゃったけど、中盤以降は気にならず一気に読み。感想は・・・転職するのやっぱり慎重になろうって。いや、本当に。生きるというだけで大変だ。こんなに豊かな国のはずなのに。

★ ナイス

コメント(0) - 2013/11/11

コメントする



はると

主人公はゲイだけど、ゲイ小説とはちょっと違う感じ。ここに描かれている閉塞感とか生き辛さを感じている人は、セクシャリティに関係なく多くいるだろうから。ラストは哀しいけど、ある意味苦しみからの解放でもあるのかなと。とても短い物語だけど、深く印象に残る小説でした。

https://corpo-pasteur.fr/ ...

貨物輸送無料 シャーク 豪 直つ里 フォーマル - corpo-pasteur.fr

ここに入力して検索







ACPに答え・正解はない

本人の思いが伝わるかもしれない・代理人の考えも理解できるかもしれない

大事な話のついでに普段言えないことが言えるかもしれない

代理人が自分がいなくなったあとに上手に立ち直れる手助けになるかもしれない

プロセスが重要



ACPとはなにか

社会全体の
自分自身の
死生観を整えていくもの？



2040年に向けできること

急性期でも在宅でも

お看取りを見据えて

高齢者をどう支えていくのか



高齢化とは病気の
高齢者も増える

急性期
病院

あとはケアでしょ
とにかく早く帰しちゃえ

治療前からどうしたら
帰せるかを考える

介護施設でも
医療的需要が高まる

医療度が高いとみれないよ
無理でしょ

地域

在宅・施設など生活の場

どうしたら安全に
受け取れるかを考える



ご清聴ありがとうございました

Etsushi Ogawa



副院長
医学博士
小川 越 史



医療法人社団 満寿会
鶴ヶ島在宅医療診療所 往診部
〒350-2223 埼玉県鶴ヶ島市高倉772-1
TEL : 049-287-6519 FAX : 049-271-6184
E-mail : etsusy@manjyukai.or.jp

誠心誠意を地域に