

# いきかたノートの実践

利根中央病院 循環器内科

近藤 誠

発表内容に関連し、発表者に開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

# 医の倫理綱領

- 治療困難な人を支える医療、苦痛を和らげる緩和医療も包含する。
- 自らの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
- 医療を受ける人々の人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。

## 医の倫理綱領

医学および医療は、病める人の治療はもとより、  
人びとの健康の維持増進、さらには治療困難な人を支える医療、  
苦痛を和らげる緩和医療をも包含する。

医師は責任の重大性を認識し、  
人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
2. 医師は自らの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。

公益社団法人 日本医師会

# 臨床倫理 ジョンセンの 4分割法

標準化  
EBM  
ガイドライン

個別性

## 臨床倫理の検討のための4分割表(症例検討シート)

<p><b>■医学的適応 (Medical Indications)</b></p> <p>善行と無危害の原則</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 患者の医学的問題は何か？ 病歴は？ 診断は？ 予後は？</li> <li>2. 急性か、慢性か、重体か、救急か？可逆的か？</li> <li>3. 治療の目標は何か？</li> <li>4. 治療が成功する確率は？</li> <li>5. 治療が奏功しない場合の計画は何か？</li> <li>6. 要約すると、この患者が医学的および看護的ケアからどのくらい利益を得られるか？ また、どのように害を避けることができるか？</li> </ol>	<p><b>■患者の意向 (Patient Preferences)</b></p> <p>自律性尊重の原則</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 患者には精神的判断能力と法的対応能力があるか？ 能力がないという証拠はあるか？</li> <li>2. 対応能力がある場合、患者は治療への意向についてどう言っているか？</li> <li>3. 患者は利益とリスクについて知らされ、それを理解し、同意しているか？</li> <li>4. 対応能力がない場合、適切な代理人は誰か？ その代理人は意思決定に関して適切な基準を用いているか？</li> <li>5. 患者は以前に意向を示したことがあるか？ 事前指示はあるか？</li> <li>6. 患者は治療に非協力的か、また協力できない状態か？ その場合、なぜか？</li> <li>7. 要約すると、患者の選択権は倫理・法律上、最大限に尊重されているか？</li> </ol>
<p><b>■QOL (Quality of Life)</b></p> <p>善行と無危害と自律性尊重の原則</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 治療した場合、あるいは、しなかった場合に、通常の生活に復帰できる見込みはどの程度か？</li> <li>2. 治療が成功した場合、患者にとって身体的、精神的、社会的に失うものは何か？</li> <li>3. 医療者による患者のQOL 評価に偏見を抱かせる要因はあるか？</li> <li>4. 患者の現在の状態と予測される将来像は延命が望ましくないと判断されるかもしれない状態か？</li> <li>5. 治療をやめる計画はその理論的根拠はあるか？</li> <li>6. 緩和ケアの計画はあるか？</li> </ol>	<p><b>■周囲の状況 (Contextual Features)</b></p> <p>忠実義務／公正の原則</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 治療に関する決定に影響する家族の要因はあるか？</li> <li>2. 治療に関する決定に影響する医療者側(医師・看護師)の要因はあるか？</li> <li>3. 財政的・経済的要因はあるか？</li> <li>4. 宗教的・文化的要因はあるか？</li> <li>5. 守秘義務を制限する要因はあるか？</li> <li>6. 資源配分の問題はあるか？</li> <li>7. 治療に関する決定に法律はどのように影響するか？</li> <li>8. 臨床研究や教育は関係しているか？</li> <li>9. 医療者や施設側で利害対立はあるか？</li> </ol>

# 医療(命の戦い)は最終的には負け戦

大学病院  
高度医療機関

標準化医療

最新かつ高度の

- ・医療知識
- ・技術
- ・施設
- ・EBM
- ・ガイドライン

連戦、連勝、百戦錬磨の戦いが求められる。

またそれを追い求める必要がある。

地方病院  
介護療養施設  
診療所  
訪問診療  
家庭

標準化医療  
個別の医療

- ・病気との戦いに疲れた人
- ・様々な理由で戦うことができない人々

負け戦を戦い続ける必要がある。

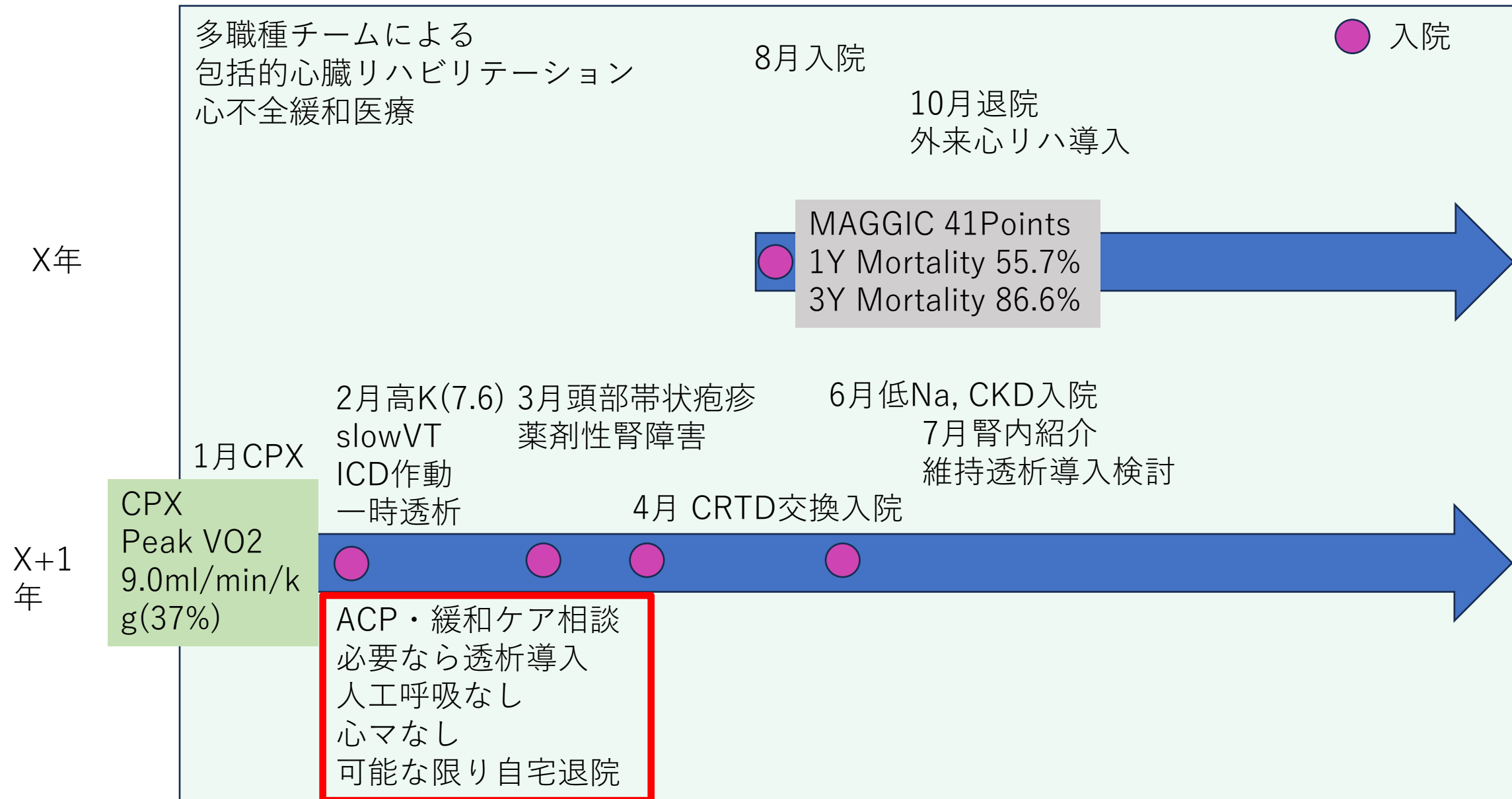
- ・ どう負けるかがポイント (QOL,患者の意向,周囲の状況)

人はいつか必ず命を失う。どこで、どんな形で、誰が看取るか。  
本人、家族は、何がしたくて、実際に何ができるのか。

# 循環器内科医として考えること

- 必要十分な治療が行われているので、このまま外来診療を継続
  - 変更可能な薬物治療があるかどうか検討
  - 増量すべき薬物があるかどうか検討
  - 追加すべき薬物があるかどうか検討
  - 運動療法としての心臓リハビリテーションを検討
- 
- 多職種チームによる包括的心臓リハビリテーション
  - 心不全緩和医療（ACPの実施を含む）

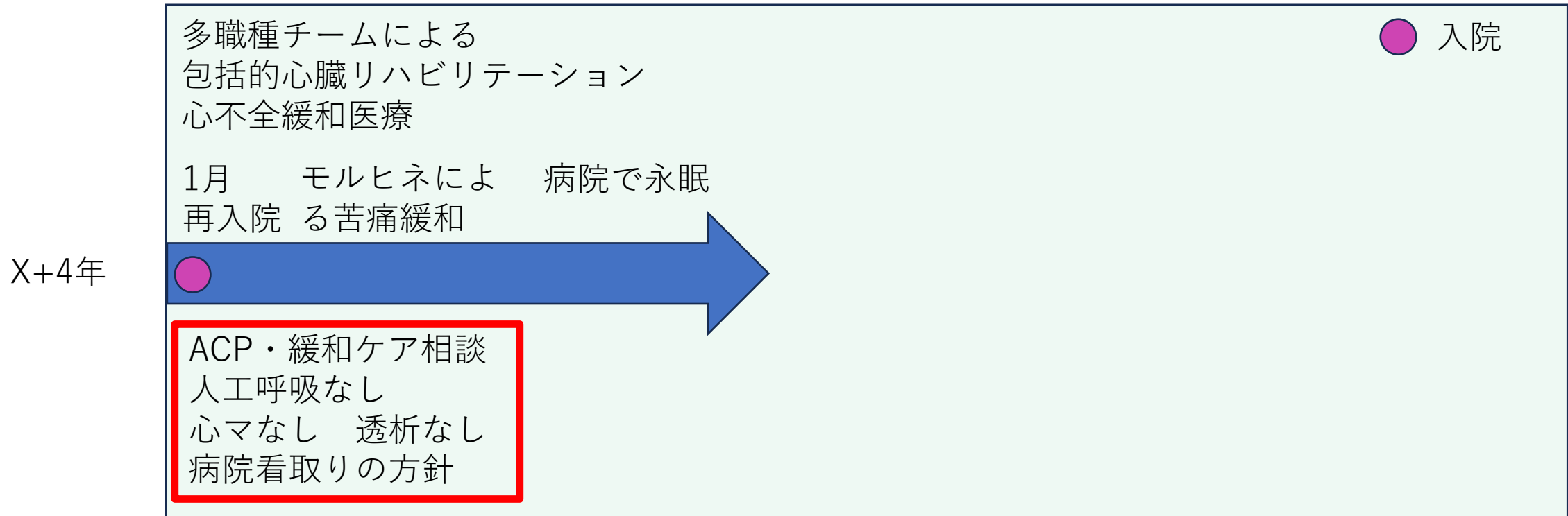
# 症例 経過



# 症例 経過



# 症例 経過



## この症例の個別的な検討事項

息子さんと二人暮らしで経済的な余裕がなく施設入所が難しい。

息子さんの介護負担が大きくなることで働くことができず、悪循環がある。

本人は息子に経済的な迷惑もかけたくないし、介護負担も申し訳ないと考えている。

本人は自宅の庭いじりが趣味でできるだけ続けていきたいが、それが過負荷になる心配もある。

どのような選択しても、100%正解ということはない。



# 心不全緩和ケアの必要性

- 心血管疾患は各種薬剤や医療機器の開発が進み、その有効性や安全性が数多くのエビデンスで検証されてきているものの、これらは生命予後改善を主な目的としたものであり、生活の質(QOL)を改善するという意味では十分な効果を発揮するに至っていない。
- また心不全患者数は高齢化とともに急増しているが、ありとあらゆるエビデンスに基づいた治療を行っても治癒させることができない予後不良な疾患であり、さらに年齢や体力、社会的背景、合併症などから、エビデンスに基づいた治療の適応にならないケースも多々ある。
- 2014年のWHOの報告によれば終末期に緩和ケアが必要とされる疾患の中で、心血管疾患は全体の38%を占め、悪性新生物の34%を超えて第一位とされている。
- 循環器医療における緩和医療導入の重要性は十分に理解されていながらも、患者、家族、医療従事者の認識の相違があって、現状としては緩和医療の導入はしばしば困難である。

# 緩和ケアの定義と必要な時期

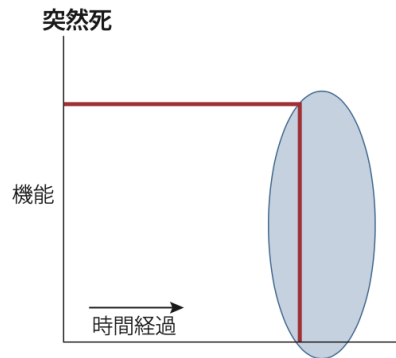
表1 緩和ケアの定義

緩和ケアとは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見だし、的確に評価し対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである。

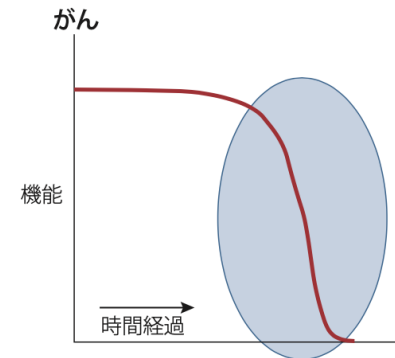
緩和ケアは、

- 痛みやその他のつらい症状を和らげる
- 生命を肯定し、死にゆくことを自然な過程ととらえる
- 死を早めようとしたり遅らせようとしたりするものではない
- 心理的およびスピリチュアルなケアを含む
- 患者が最期までできるかぎり能動的に生きられるように支援する体制を提供する
- 患者の病の間も死別後も、家族が対処していけるように支援する体制を提供する
- 患者と家族のニーズに応えるためにチームアプローチを活用し、必要に応じて死別後のカウンセリングも行う
- QOLを高め、さらに、病の経過にもよい影響を及ぼす可能性がある
- 病の早い時期から、化学療法や放射線療法などの生存期間の延長を意図して行われる治療と組み合わせて用いることができ、つらい合併症をよりよく理解し対処するための精査も含む

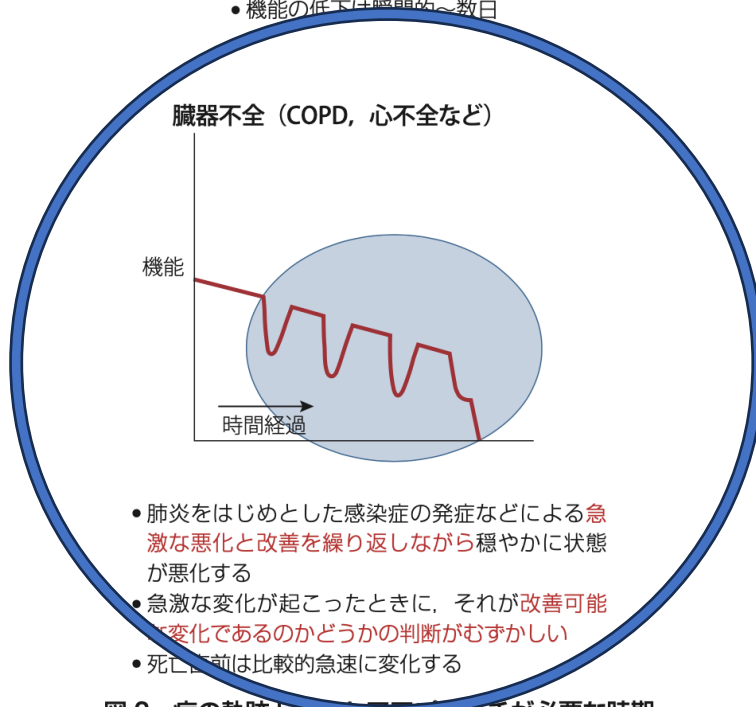
(WHO, 2002<sup>7)</sup> より)



- 急速な転帰
- 機能の低下は瞬間的～数日

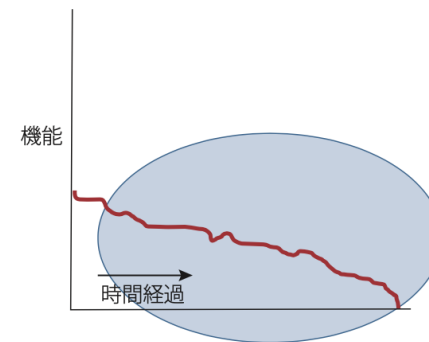


- 全身の機能は比較的良好に保たれた期間が続く
- 死亡前1～2ヵ月で、急速に状態が悪化する
- 予後の予測が比較的容易



- 肺炎をはじめとした感染症の発症などによる**急激な悪化と改善を繰り返しながら**穏やかに状態が悪化する
- 急激な変化が起こったときに、それが**改善可能な変化であるのかどうかの判断がむずかしい**
- 死亡前には比較的急速に変化する

フレイル・認知症など



- 全身の機能が低下した時間が長く続く
- 全体的にゆるやかな低下が続き、死亡まで機能が低下していく

○ : 緩和ケアが提供されるべき時期

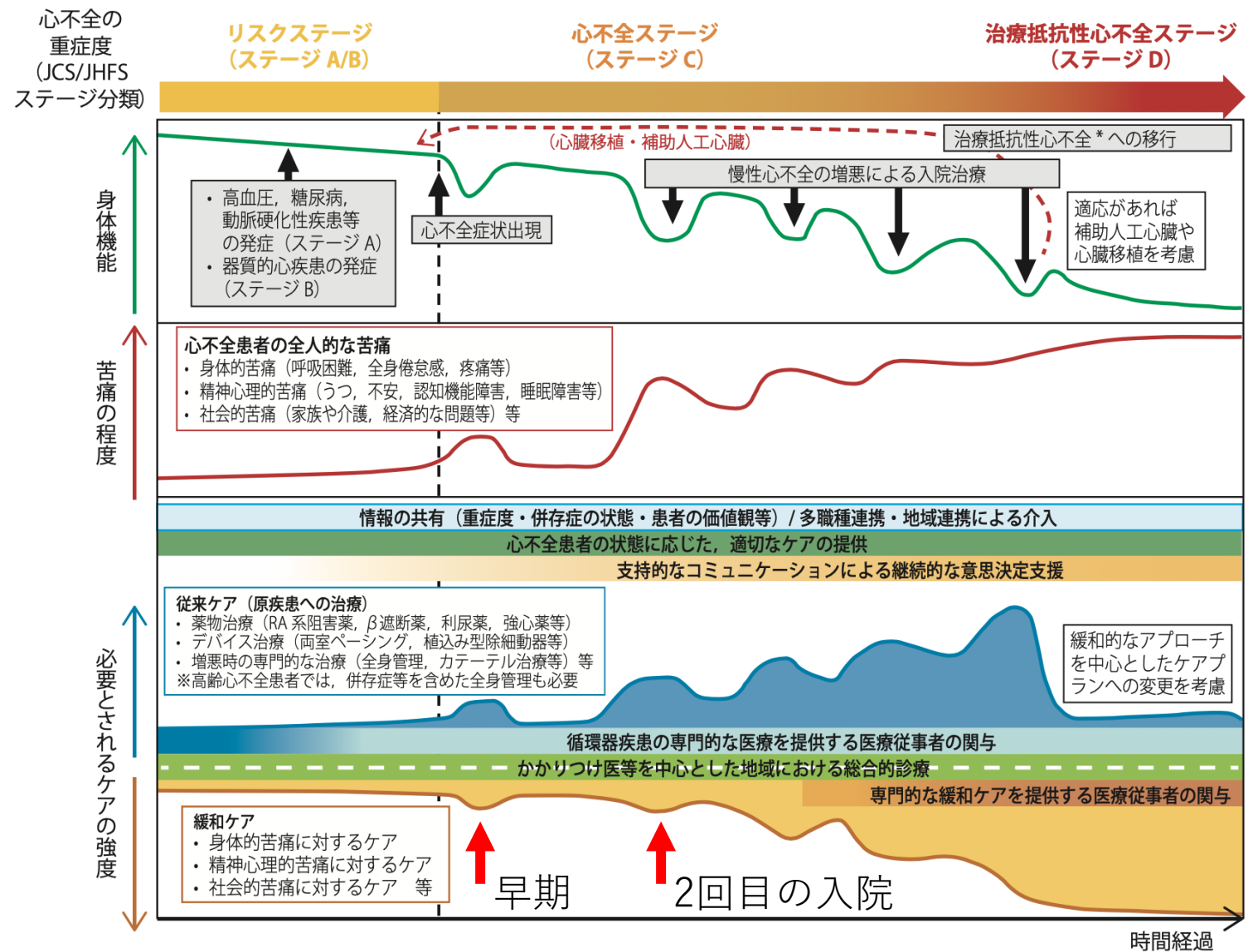
図2 病の軌跡と緩和ケアアプローチが必要な時期

(Lunney JR, et al. 2003<sup>11)</sup> を参考に作図)

日本循環器学会/日本心不全学会

「2021年改訂版 循環器疾患における緩和ケアについての提言」

# 心不全病期と必要とされる緩和ケアのイメージ



\* 治療抵抗性心不全：ガイドラインに沿った治療を最大限行っても、慢性的に著明な心不全症状を訴える状態。

図 18 心不全患者の臨床経過および提供されるケアのイメージ

JCS: 日本循環器学会, JHFS: 日本心不全学会  
(厚生労働省, 2018<sup>192)</sup> より)

# ACP(Advance Care Planning)

- アドバンスケアプランニング(ACP)は、終末期を含めた将来の状態の変化に備えるため、医療従事者が患者、家族と事前に話し合うプロセス。
- ACPは日本循環器学会/日本心不全学会の「急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版)」でクラスIとして推奨されているが、十分に普及しているとは言えない状況である。
- 特に高齢者の終末期医療においては苦痛を与える医療処置を行うのではなく、苦痛を緩和する医療処置を行うことも念頭に置く必要があり、多職種カンファレンスとACPの実施が重要である。

# ACPのポイント

- 終末期に至った際に、患者・家族が本来望まない侵襲的治療を避け、**死の質(quality of death)を高める**ためのもの。
- 本来の目的は、患者の価値観、人生観、死生観を、家族と医療従事者で**共有**すること。
- 終末期における**事前指示(AD: advance directive)**。

蘇生のための処置を試みない(DNAR)、終末期においてペースメーカー、植込み型除細動器(ICD)、心臓再同期療法(CRT)、植込み型左心補助装置(LVAD)を停止するかどうかに関してなどを、多職種チームにより意思決定支援を行い事前指示書を作成する。同時にその内容はその後も変更可能であることを伝える。

- 患者本人の意思決定ができなくなった場合の**意思決定代行者を指名**する。
- 事前指示がなく本人の意思が不明な場合や、治療の継続が患者の尊厳を損なう恐れがある場合には、多職種チームによる検討と家族との話し合いが必要。
- 表面的なDNAR(do not attempt resuscitation)指示の取得により、本来必要な救命処置が放棄されることがないようにすること。

# 心不全患者にACPを考慮すべき臨床経過

表 78 心不全患者に対し ACP の実施を考慮すべき臨床経過

- ・ 症状増悪やQOL低下
- ・ 運動耐容能の低下
- ・ 心不全入院, とくに再発
- ・ 利尿薬の漸増が続く
- ・ 症候性低血圧, 高窒素血症 (azotemia), ACE阻害薬や $\beta$ 遮断薬の減量や中止を必要とする不応性の体液貯留
- ・ 初回もしくは繰り返すICDショック作動
- ・ 静注強心薬の開始
- ・ 腎代替療法の考慮
- ・ 他の合併疾患, 新規発症の悪性腫瘍など
- ・ 配偶者の死亡などの主なライフイベント

(Allen LA, et al. 2012<sup>886</sup>) より抜粋)

日本循環器学会/日本心不全学会「急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版)」

利根中央病院では

- ・ 2回目の心不全入院
- ・ 十分な心不全治療がすでになされているにも関わらず入院が必要となった場合
- ・ 1年後に亡くなっても驚かないと考えられる場合
- ・ 諸事情で標準的な心不全治療を行うことができず、主治医が必要と判断した場合
- ・ ACPによって多面的に検討し、選択する治療方針によって予後が異なると考えられる場合はより早期に



# 心不全患者に対する緩和ケア提供体制

利根中央病院では

主治医、病棟看護師、心不全療養指導士、心リハ指導士、ソーシャルワーカーなど多職種によるカンファレンスで評価

「いきかたノート」を心不全療養指導士が聴取  
主治医が家族、本人と一緒に「意思決定支援シート」を作成

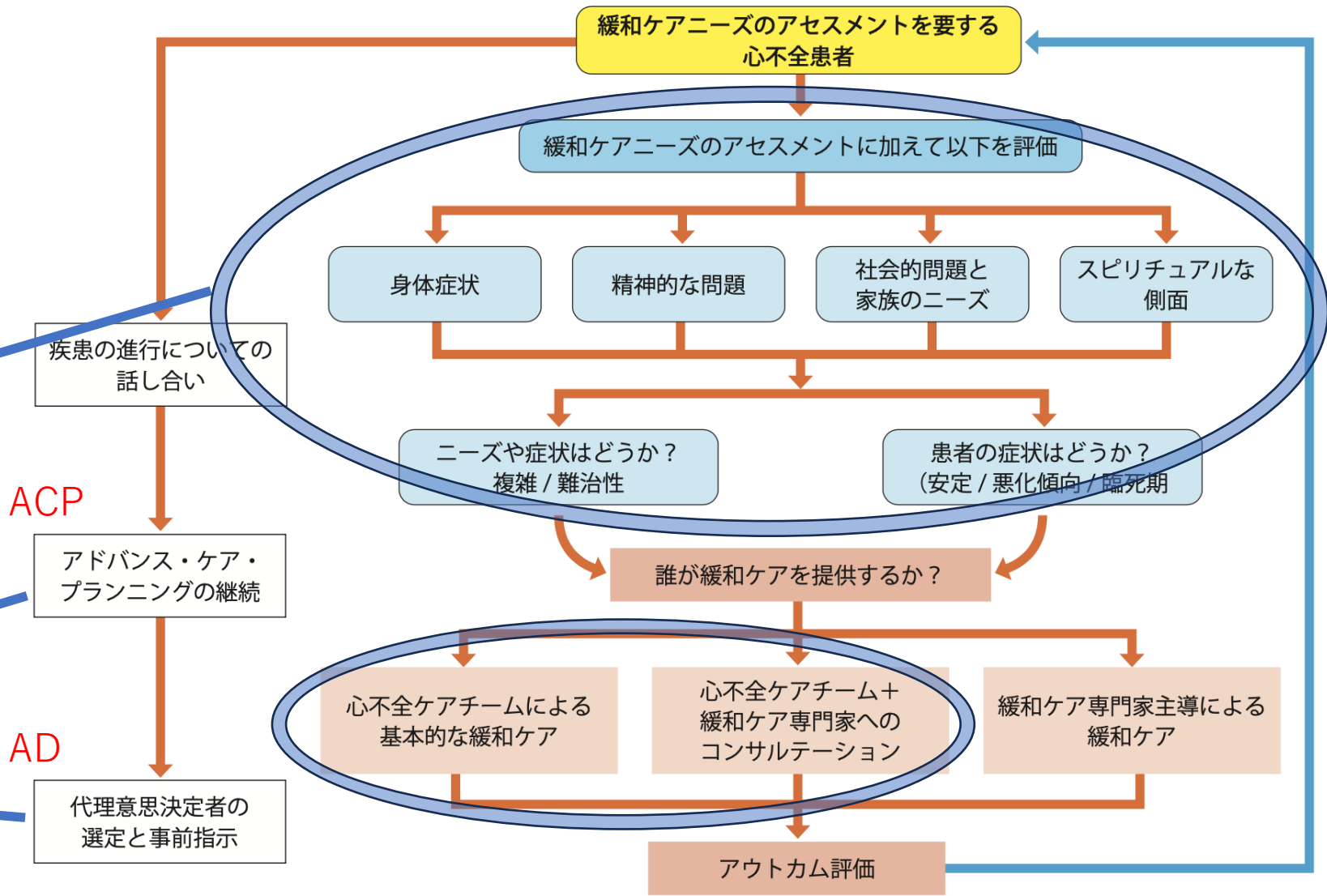


図4 心不全患者における緩和ケアの提供体制

(Sobanski PZ, et al. 2020<sup>30</sup> より)

Translated and modified/reprinted by permission of Oxford University Press on behalf of the European Society of Cardiology. OUP and the ESC are not responsible or in any way liable for the accuracy of the translation. The Licensee is solely responsible for the translation in this publication/reprint.

# 意思決定に影響を与える要素

## 臨床倫理の検討のための4分割表(症例検討シート)

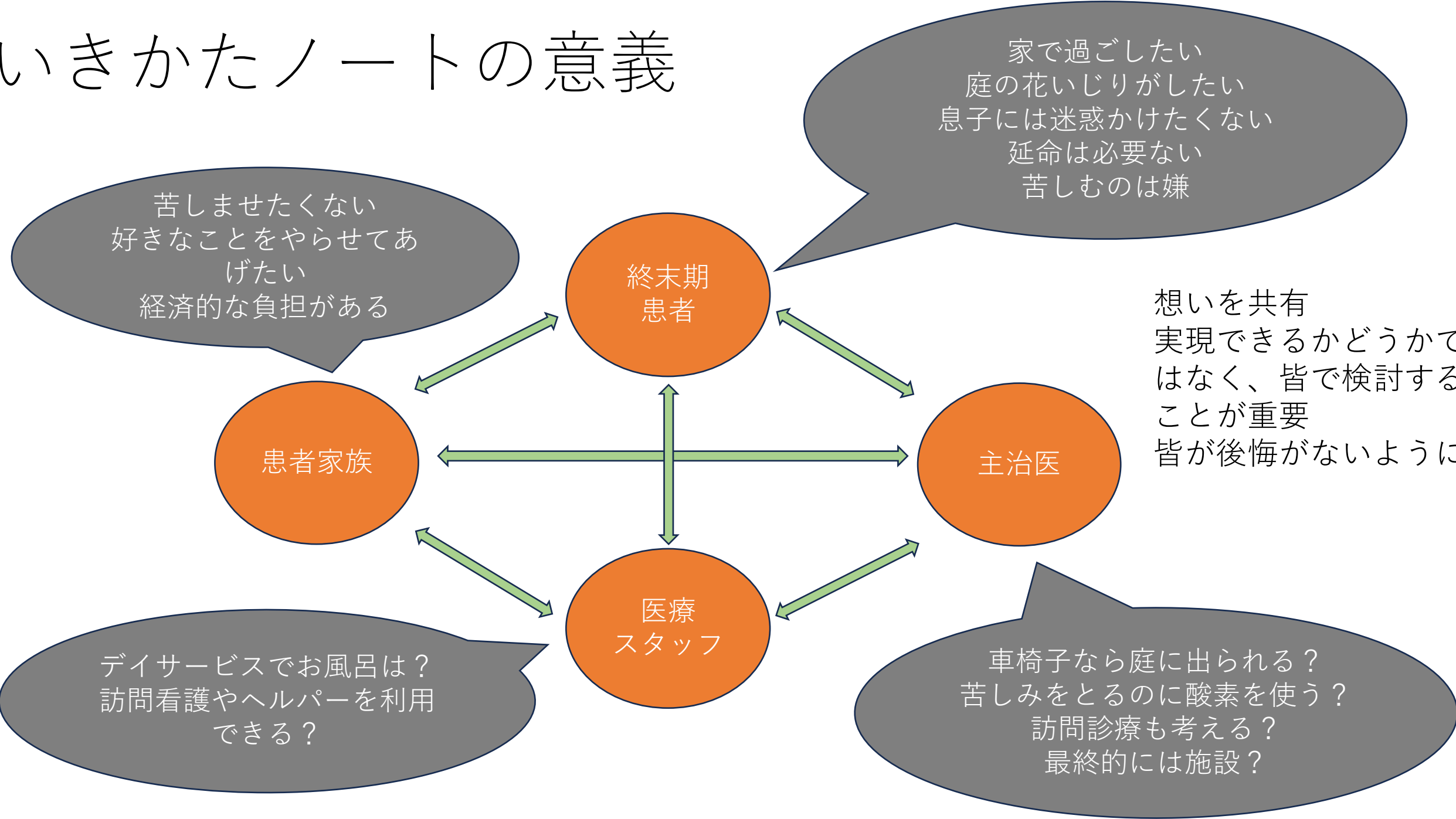
### • ジョンセンの 4分割法

緩和ケアを行うにあたり、ACPのプロセスを通じて4つの要素を聞き出し、チームで共有してケアの計画、実践を行う必要がある。

■医学的適応 (Medical Indications)	■患者の意向 (Patient Preferences)
<p>善行と無危害の原則</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 患者の医学的問題は何か？ 病歴は？ 診断は？ 予後は？</li> <li>2. 急性か、慢性か、重体か、救急か？可逆的か？</li> <li>3. 治療の目標は何か？</li> <li>4. 治療が成功する確率は？</li> <li>5. 治療が奏功しない場合の計画は何か？</li> <li>6. 要約すると、この患者が医学的および看護的ケアからどのくらい利益を得られるか？ また、どのように害を避けることができるか？</li> </ol>	<p>自律性尊重の原則</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 患者には精神的判断能力と法的対応能力があるか？ 能力がないという証拠はあるか？</li> <li>2. 対応能力がある場合、患者は治療への意向についてどう言っているか？</li> <li>3. 患者は利益とリスクについて知らされ、それを理解し、同意しているか？</li> <li>4. 対応能力がない場合、適切な代理人は誰か？ その代理人は意思決定に関して適切な基準を用いているか？</li> <li>5. 患者は以前に意向を示したことがあるか？ 事前指示はあるか？</li> <li>6. 患者は治療に非協力的か、また協力できない状態か？ その場合、なぜか？</li> <li>7. 要約すると、患者の選択権は倫理・法律上、最大限に尊重されているか？</li> </ol>
■QOL (Quality of Life)	■周囲の状況 (Contextual Features)
<p>善行と無危害と自律性尊重の原則</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 治療した場合、あるいは、しなかった場合に、通常の生活に復帰できる見込みはどの程度か？</li> <li>2. 治療が成功した場合、患者にとって身体的、精神的、社会的に失うものは何か？</li> <li>3. 医療者による患者のQOL評価に偏見を抱かせる要因はあるか？</li> <li>4. 患者の現在の状態と予測される将来像は延命が望ましくないと判断されるかもしれない状態か？</li> <li>5. 治療をやめる計画はその理論的根拠はあるか？</li> <li>6. 緩和ケアの計画はあるか？</li> </ol>	<p>忠実義務／公正の原則</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 治療に関する決定に影響する家族の要因はあるか？</li> <li>2. 治療に関する決定に影響する医療者側(医師・看護師)の要因はあるか？</li> <li>3. 財政的・経済的要因はあるか？</li> <li>4. 宗教的・文化的要因はあるか？</li> <li>5. 守秘義務を制限する要因はあるか？</li> <li>6. 資源配分の問題はあるか？</li> <li>7. 治療に関する決定に法律はどのように影響するか？</li> <li>8. 臨床研究や教育は関係しているか？</li> <li>9. 医療者や施設側で利害対立はあるか？</li> </ol>



# いきかたノートの意義



# いきかたノート

## いきかたノート

自分らしく生き 自分らしく逝くために

【アドバンス・ケア・プランニング】

利根保健生活協同組合 利根中央病院

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）とは、人生の最期の時に備えて受けたい医療やケアについてあなたの希望や想いを家族や大切な人、かかりつけ医をはじめとした医療者と話し合っておくことです。

最期まで自分らしく穏かに過ごすためにもしもの時のことを考えてみませんか。

- 気持ちが落ち着いているときに書きましょう。
- 一度に全部書く必要はありません。記入できるところから書いてみましょう。
- 一通り記入したら医療者や家族と共有しましょう。

まずは「あなた」について書いてみましょう

名前				
住まい				
生年月日	西暦 大正：昭和：平成	年 年	月	日 生まれ

# いきかたノート

アドバンス・ケア・プランニングには法的な意味合いや拘束力はありません。  
健康状態や生活環境の変化等によっていつでも書き直すことができます。

## ～回答のしかた～

- ①の列から使用しましょう。
  - 一度に全てのページの質問に回答する必要はありません。
  - 回答欄の当てはまる□に✓を入れてください。
  - ひとつのページの全ての質問に回答できたら記入日を記録してください。
- ①②③  
   楽しみがある…  
   身の周りのこ…  
   先々に起こる…  
   一日でも長く…  
   家族や大切な…  
   思いつかない  
   その他 (…~すること  
  // (…~すること  
 // (

- 全てのページの質問に回答できたら医療者に知らせてください。カルテに記録させていただきます。
  - 一か所でも回答を変えたいになったら②の列の□に✓を入れてください。①の時と考えが変わらない質問については②の列の同じ個所に✓を入れてください。記入日や医療者への連絡は①のと様にお願います。
- ①記入日: 2018年 1月 10日  
②記入日: 2019年 2月 20日  
③記入日: 2020年 3月 30日

あなたが大切だと思うことはなんですか？

- ① ② ③  
   楽しみがあること  
   身の周りのことが自分でできること  
   先々に起こることを詳しく知ること  
   一日でも長く生きること  
   家族や大切な人との時間を大切にすること  
   思いつかない  
  その他 ( )  
 // ( )  
 // ( )

もしも、病状や認知症が進み、意識が薄れた場合など、  
あなた自身が判断したり希望を伝えることができなくなった時、  
代わりの判断は誰にしてほしいと思いますか？

- ① ② ③  
   パートナー  
   子ども ( )  
   親戚 ( )  
   友人等 ( )  
   代理人 ( )  
   思いつかない  
   その他 ( )  
 // ( )  
 // ( )

①記入日: 年 月 日

②記入日: 年 月 日

③記入日: 年 月 日

あなたをめぐる生活の質の良し悪しや、命に係わる病気になった時の延命治療について、あなたの希望や思いを考えてみましょう。

日頃の生活の中でのあなたの判断基準を示すことになり、将来周りの人があなたに代わって判断するときに役立つでしょう。

# いきかたノート

①記入日: 年 月 日

②記入日: 年 月 日

③記入日: 年 月 日

歩けなくなったらどうしたいですか？

- ① ② ③
- 家でくらしたい
  - 施設でくらしたい
  - 今は決められない
  - その他 ( )
  - // ( )
  - // ( )

介護が必要になったらどうしたいですか？

- ① ② ③
- 家でくらしたい
  - 施設でくらしたい
  - 今は決められない
  - その他 ( )
  - // ( )
  - // ( )

口から食べられなくなったらどうしたいですか？  
(10ページの用語説明も参照してください)

- ① ② ③
- 人工的に栄養や水分を補うための医療を選びたい
  - 人工的な栄養、水分補給はせずに自然のまま
  - 今は決められない
  - その他 ( )
  - // ( )
  - // ( )

住み慣れた場所で最期まで過ごしたいとお考えの方へ

「延命治療を希望しない」「住み慣れた場所で最期を迎えたい」とあらかじめ意思表示されている場合においても、もし救急車を呼んだ場合には、救命処置を希望したものと判断されます。

その結果、本人が望んでいなかった心臓マッサージが始まることもあり、病院で最期を迎える可能性が高くなるだけでなく、状況によっては救急隊から警察に連絡が行き、検死が始まることもあります。

住み慣れた場所で静かに最期まで過ごしたいとお考えの場合には、救急車の要請を想定するような事態について、事前にかかりつけ医や訪問看護師、ケアマネージャー、介護スタッフらとよく相談しておくとういでしょう。またご家族にも「自分はどのような最期を迎えたいか」を伝えておきましょう。

①記入日: 年 月 日

②記入日: 年 月 日

③記入日: 年 月 日

人生の最期が近づいたらどうしたいですか？  
(11ページの用語説明も参照してください)

- ① ② ③
- 一日でも長く生きられるような治療を受け続けたい
  - とにかく病気が治ることを目的とした治療を受けたい
  - 期間を決めて治療を受けて、それから考えたい
  - 延命治療は希望しないが、できる限り苦痛をとってほしい
  - 自然にまかせ、何もしないでほしい。
  - 家族または代理人の判断に任せる。
  - 今はまだ決められない。
  - その他 ( )
  - // ( )
  - // ( )



# いきかたノート

## 点滴

水分や栄養を手足の静脈に入れます。血管が出にくい場合、皮膚（皮下）に入れる方法もあります。

## 経鼻経管栄養法

細いチューブを鼻から胃へ通し、そのチューブを通じて、流動食や水分、薬を入れる方法です。



## 中心静脈栄養法

鎖骨の下、首、足の付け根の深いところにある静脈にカテーテル（専用の柔らかい管）を入れることにより、点滴よりも高いカロリーが摂取できます。

## 胃ろう

胃カメラ、または手術でお腹に小さな穴をあけ、チューブを介して胃に直接流動食や水分、薬を入れる方法です。



## 人工的な栄養・水分補給は行わない場合

口から飲んだり食べたりできなくなっても、人工的な栄養補給行わないことで体に負担がかからず、脳内で苦痛を和らげる物質が分泌されることによって症状が楽になることもあると言われています。

## 人工透析

腎臓は血液中の不要物を尿として体の外に排出しています。この働きが極度に低下した際、機械に代行させる治療です。急な病気なら一時的な透析で済むこともあります。慢性的な病気で腎臓の働きが低下している場合は、1回3～4時間、週に3回以上の透析を継続する必要があります。



## 人工呼吸器による呼吸の補助

自身の力による呼吸が不十分になった際に、機械の力によって呼吸を補助する方法です。機械と体をつなぐ方法には、マスクを口にあてる方法、チューブを鼻や口から気管に入れる方法、喉に穴をあけてチューブを入れる方法があります。

## 心臓マッサージなどの心肺蘇生術

心肺蘇生術とは、心臓と呼吸が停止した際に心臓マッサージや人工呼吸、薬物の注射や点滴等によって回復を目指す医療行為です。

各医療行為について、もっと詳しく知りたい場合は、医師をはじめとした医療者に尋ねてみましょう。

## 職員使用欄

患者ID：

### ◎記入内容確認

初回記入後、追加記入後に医療者が記入日もれや記入日欄とチェック欄に組語がないか等確認する。確認者は右欄に署名する。

### ◎スキニング

初回記入後、追加記入後にスキニング実施する。製本を解き、3、5、7、9ページのみスキニング。スキニング実施者は右欄に署名する。

スキニング設定=バーコード無（まとめ）

文書タイトル=いきかたノート

文書日付=スキニング実施日

文書保存場所=その他の記録

### ◎情報共有

スキニングを実施した者は電子カルテ「患者基本」画面の「患者固有情報」ボタンから「患者固有情報登録」用ウィンドウを立ち上げ、項目名「いきかたノート」のドロップダウンリストより「スキニング済み」を選択し、「確定」ボタンで登録する。登録すると電子カルテ画面上部に「い」の字が表示される。

### ◎在庫管理

未使用のノートは各部署にて管理。補充分のノートの払い出しは各部署から総務課に依頼。

### ◎ノート製本手順

原紙をフルカラー A4サイズ 両面印刷で出力  
スライドパーファイルで綴じる

記入内容を確認した者

① \_\_\_\_\_

② \_\_\_\_\_

③ \_\_\_\_\_

スキニングを実施した者

① \_\_\_\_\_

② \_\_\_\_\_

③ \_\_\_\_\_

# いきかたノート運用方法

- 主に入院患者さんを対象。（外来での聴取も実施）
- ACPが必要と判断した場合に、主治医が看護師に依頼。
- 病棟師長、心不全療養指導士を持つ看護師を中心に、ACP聴取の訓練を受けた看護師が実施。
- 家族にもACPを行うことを伝えておく。
- 基本的に本人と看護師の1対1で聴取を行う。
- いきかたノートに記載された内容は、主治医をはじめ、介入を行うスタッフで共有する。
- 入院を繰り返した時、病状や環境に変化があった時には再聴取を行う。

# 意思決定支援シート (事前指示を含む)

看護師

リハビリ

## 循環器 意思決定支援シート

入院日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 入院日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 入院日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 入院日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ID \_\_\_\_\_ 名前 \_\_\_\_\_ 様

＜一般背景＞								
本人居住地								
同居者								
キーパーソン								
キーパーソン居住地/職業 /								
介護保険申請		あり	なし					
介護度		要支援1	要支援2	介護度1	介護度2	介護度3	介護度4	介護度5
入院前利用サービス		確認日	/					
主な介護者								
介護者情報		仕事 ( あり / なし )			協力 ( できる / できない )			
その他介護者情報・問題点								
HDS-R (長谷川式スケール)								
本人職業								
元職業								
経済的問題		あり	なし					
具体的経済的問題								
本人が大切にしていること								
代理意志決定者		①	②	③				
介護が必要になったらどうしたいか		自宅	施設	病院	その他 ( )			
経口摂取が出来なくなった時の (本人・家族) 希望		本人	CV	PEG	NG-T	末梢	何もしない	
急変時本人の希望		心マ	挿管	HD	DC	OPE	PMI	DNAR
急変時家族の希望		心マ	挿管	HD	DC	OPE	PMI	DNAR

＜リハビリ＞

リハビリ		できる事	
(何が出来て何が出来ないか)		できない事	
リハビリのゴール (目標)			

＜ACP聴取＞				
ACP実施	<input type="checkbox"/>	日付 ( / )	日付 ( / )	日付 ( / )
緩和ケア計画立案	<input type="checkbox"/>	日付 ( / )	日付 ( / )	日付 ( / )

＜慢性心不全stage判定＞				
	第1回	第2回	第3回	第4回
判定日時	/	/	/	/
stage	C/D	C/D	C/D	C/D
繰り返す入退院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十分な内服治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NYHA III 以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
カテコラミン持続点滴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCI、手術選択肢なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 医師

＜治療的観点＞								変更内容・日時	
治療を受ける場所	病院			施設		自宅			
カテコラミンの使用	あり	なし	制限	あり	なし	あり	なし		
酸素療法・HOT	あり	なし							
NPPV	あり	なし							
ASV	あり	なし		あり	なし	あり	なし		
挿管人工呼吸	あり	なし							
点滴 (維持液)	あり	なし							
点滴 (高カロリー)	あり	なし							
経管栄養	あり	なし		あり	なし				
胃瘻	あり	なし		あり	なし				
透析	あり	なし							
CHDF	あり	なし							
PMI	あり	なし							
電氣的除細動	あり	なし							
内服薬減量・中止	あり	なし		あり	なし	あり	なし		
麻薬使用	あり	なし							
心臓リハビリ	あり	なし				あり	なし		
急変時	DNAR	CPR		DNAR	CPR				
急変時搬送	あり	なし		あり	なし			あり	なし
訪問診療	あり	なし						あり	なし
訪問看護	あり	なし						あり	なし

## 薬剤師

＜薬剤管理＞		
内服薬の管理	できる	できない
服薬管理シート	必要	いらぬ
分包の必要性	あり	なし
他者の管理が必要か?	あり	なし

## 栄養士

＜食事の管理＞			
食事を作る人			
食材の買い物する人			
栄養管理アドヒアランス			
本人	良	不	
家族	良	不	
配食サービス	不要	可	不可

## ソーシャルワーカー

＜MSW＞	

# 意思決定支援シート運用方法

- いきかたノートの内容を確認した医師が、本人、家族（意思決定代行者を含む）、病棟看護師、ソーシャルワーカーなどの多職種同席の上で、現在の病状と予想される未来像を説明しながら、本人の希望をもとに、療養環境の選択や、そこで選択可能な治療内容についての選択をしていく。
- 事前指示として決定した内容は、いつでも見直し可能とする。
- 意思決定支援シートは、入院中は病棟に保管し、退院した後は日中は内科外来、夜間休日は救急外来に保管し、いつでも参照可能な状況としている。
- 関連する施設にはシートを共有し、内容についての学習会を行っている。



# いきかたノート実践のポイント(私見)

いきかたノートを聴取する人に求められること

## 必要なこと

- ・ コミュニケーション能力
- ・ 想像力
- ・ リスペクト
- ・ 謙虚さ

## あまり必要ないこと

- ・ エビデンス
- ・ ガイドライン
- ・ 積極的治療
- ・ 医療者の意見

- ・ ACPに取り組む = 人生の最後/人の死に向き合う覚悟が必要
- ・ 知識や技術よりも人間性やコミュニケーション能力が問われる

# 自分が終末期に近づいているとしたら？

## あまり必要ないこと

- ・エビデンス
- ・ガイドライン
- ・積極的治療
- ・医療者の意見

ちょっと待って、、、  
今聞きたいのは、、、

## 疑問/希望

- ・どのくらい元気でいられる？
- ・これから何ができる？
- ・あれがしたいんだけど
- ・あの人に会いたいんだけど
- ・こんな風にはなりたくない
- ・あの人には迷惑かけたくない

# 死の宣告を受けた時

エリザベス キューブラー ロス

## 受容の五段階

**否認 → 怒り → 取り引き → 抑鬱 → 受容**

その通りにはならない、受容したと思ったら翌日には否認。

家族はどのような精神状態に陥っている？

このような状態の本人、家族に対して

人生の最終段階についての話をして、本音を聞き出すべきACPを行うことを想像して下さい。

自分について考えてみてください

コミュニケーション能力

- 他人の本当の気持ちを聞き出すことができますか？

自分について考えてみてください

## 想像力

- 他人の人生や気持ちについて想像できますか？
- 他人の未来について想像できますか？

自分について考えてみてください

リスペクト

- 向き合った人（患者さん／患者さん家族）を尊敬していますか？

自分について考えてみてください

謙虚さ

- 自分の意見がいつも正しいと思っていま  
せんか？

# どうしたら人生の最後／人の死に向き合 う覚悟ができるか？

## 小説やドラマで感情移入する

- ドラマ 春になったら
- 小説 スピノザの診察室 夏川草介  
いのちの停車場 / いのちの十字路 南杏子  
ライオンのおやつ 小川糸  
最後の医者桜を見上げて君を想う 二宮敦人
- ノンフィクション エンド・オブ・ライフ 佐々涼子



# 課題

- ACPで聴取した内容が、医療提供体制上実現可能でない場合がある。
- 地域の施設への入所や、地域の療養病院への転院となる場合があり、地域の施設や療養病院と連携構築が必要。
- 地域の介護事業者との連携構築が必要。
- ACPならびに意思決定支援シートの作成には非常に多くの時間を要するため、本来必要な患者全てに行うことができない。
- 緩和医療を実践するチーム構築などの環境整備が必要。
- 緩和医療を行うスタッフ各々が、人生の最後/人の死に向き合う覚悟を高めることが必要。

# 結語

いきかたノートを実践することは、**医の倫理綱領の実践**である。

- 治療困難な人を支える医療、苦痛を和らげる緩和医療も包含する。
- 自らの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
- 医療を受ける人々の人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。