令和6年度 厚生労働省委託事業

在宅医療関連調査・講師人材養成事業 事前学習プログラム

人生の最終段階における医療・ケアのあり方

日本在宅ケアアライアンス　業務執行理事

蘆野吉和

人生の最終段階とは

20世紀における概念

“終末期”と表現

- 医療の視点からの言葉
- 治療しても治らない病態/病状を示す
- 次第に悪化し死に至る可能性を示唆
- 医師にとっては“お手上げ”
- 医療から見放される（患者の視点）

＝人生の終末

21世紀における概念

“エンドオブライフケア”とも表現

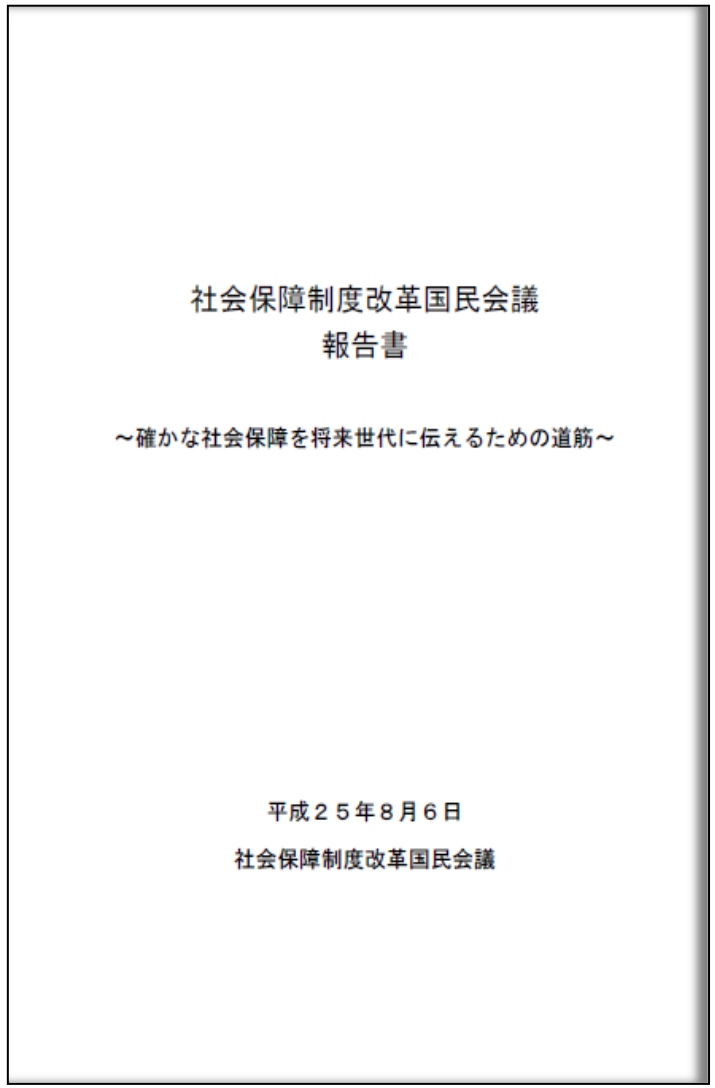
- 医療の視点も含むが、残された人生が少ないことを示唆する言葉

＊ただし、その期間に定義はない

- 治療しても治らない病態/病状も含む
- 医療は黒子として支える役割
- 主人公は本人

＝人生の最終章/人生の完成期

医療概念の大きな変化（「治す医療」から「治し支える医療」へ）


社会保障制度改革国民会議
報告書

～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～

平成２５年８月６日
社会保障制度改革国民会議

社会保障制度改革国民会議報告書
～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～

平成２５年８月６日　社会保障制度改革国民会議

・・医療の目的は、従来の「治す医療」からよりQOLを重視した「治し・支える医療」への転換が求められる。

・・医療はかつての「病院完結型」から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し支える「地域完結型」の医療、実のところ医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療に変わらざるを得ない。

医療概念の大きな変化（「治す医療」から「治し支える医療」へ）

	20世紀型医療	21世紀型医療
最終目的	生命の延長	生活/人生を支える
医療体制	病院完結型	地域完結型（地域連携）
	医療重視	医療介護連携重視
	医師中心	チームケア（多職種連携・協働）
治療の場	病院（外来・入院）	地域（入院・外来・在宅）
医療の主体	医師	利用者
医師の専門性	専門医	専門医・総合医・家庭医
重視されるQOL	生命の質	生活・人生の質
看取りの場	医療施設（病院等）	地域（居宅・施設等）

在宅医療（在宅ケア）とは

医療としては　「治す医療」→「治し支える医療」

人は必ず死を迎えることを前提としつつも、利用者のライフを地域の専門職および地域住民と協働して支える“社会的”仕組み

→病（やまい）・障がいを持ちながらも地域で暮らしつづける

→自分らしい生き方を最期まで（求め）続ける

在宅医療（在宅ケア）の最終目標

■その人らしい人生や生活を可能な限り最期（人生の最終段階を含めて）まで継続できるよう支援すること

QOL（クオリティ・オブ・ライフ）の最善化

人間としての尊厳を最期まで大切にすること

（自立を支える/自律を尊重する）

■介護する家族等が納得できる支援を提供すること

在宅医療（在宅ケア）の最終目標

■その人らしい人生や生活を可能な限り最期（人生の最終段階を含めて）まで継続できるよう支援すること

QOL（クオリティ・オブ・ライフ）の最善化

人間としての尊厳を最期まで大切にすること

（自立を支える/自律を尊重する）

■介護する家族等が納得できる支援を提供すること

在宅医療におけるQOL概念

三つのライフ

【人生の最終段階における重点項目】

ライフ（生命）：からだ（身体面）＋こころ（心理面）

【治癒＞延命＞からだのつらさが和らぐこと

＞こころのつらさが和らぐこと】

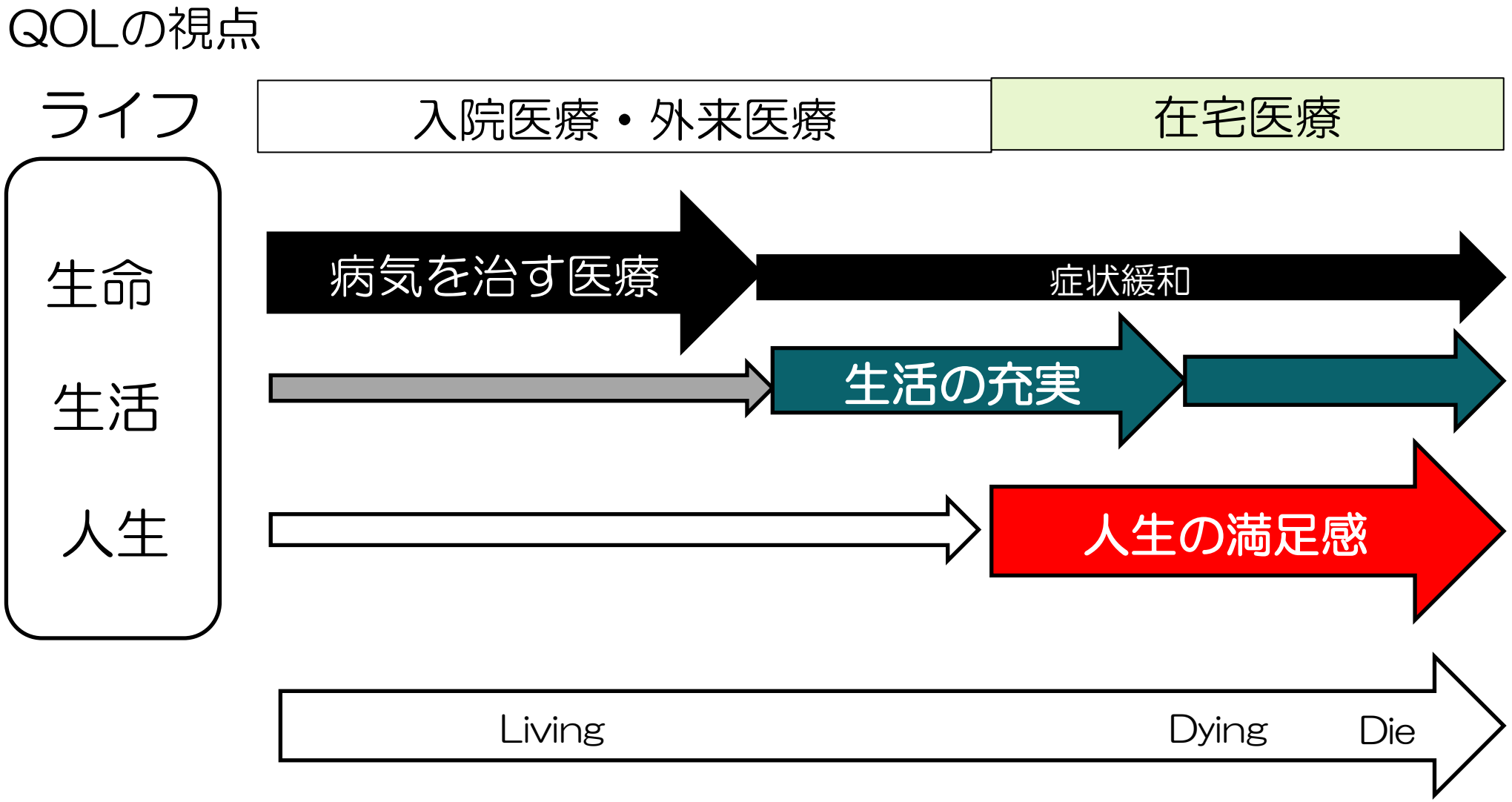
ライフ（**生活**）：**日々の暮らし**＋生命＋生きがい

【日々の暮らしの充実】

ライフ（**人生**）：生命＋生活＋**生きがい**

【人生の満足感】

QOLの最善化


QOLの視点
ライフ
入院医療・外来医療
在宅医療
生命
生活
人生
病気を治す医療
症状緩和
生活の充実
人生の満足感
Living
Dying
Die

QOLを最善化する

人生の最終段階でのネガティブな側面への対応

➡からだとこころのつらさへの対応

➡暮らしにくさへの対応

➡生きにくさへの対応

人生の最終段階でのポジティブな側面への対応

人生の最終段階＝人生の完成期・最終章

→生きがいをもって暮し続ける

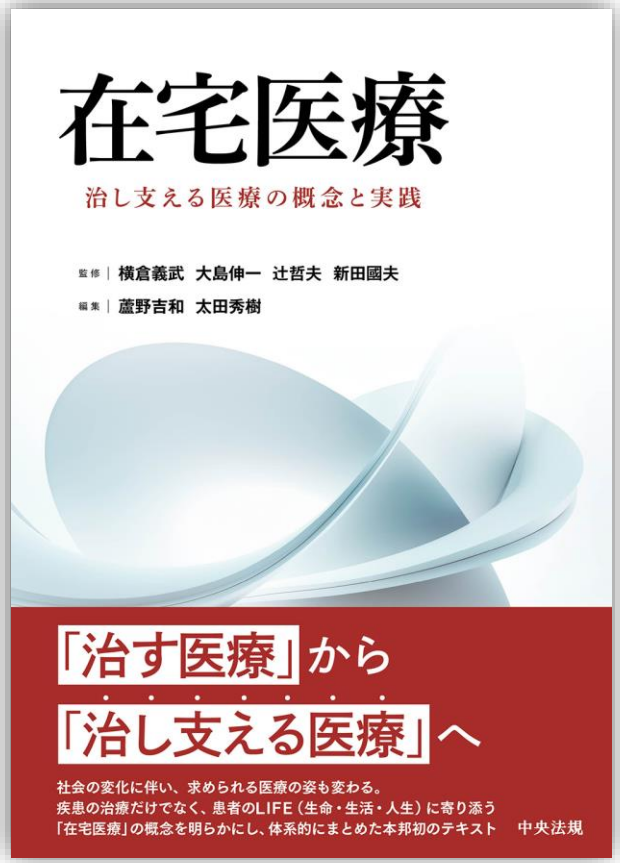
「・・・したい」を叶える

人生の最終段階におけるライフ（生命）を支える

基礎疾患に対する医療（薬物療法を含む）・ケア

疾患の進行に伴って出現する症状に対する緩和ケア

褥瘡や誤嚥性肺炎等の予防を念頭に置いたケア



人生の最終段階におけるライフ（生活）を支える

経済的な問題の解決

家族関係（親族を含む）の修復

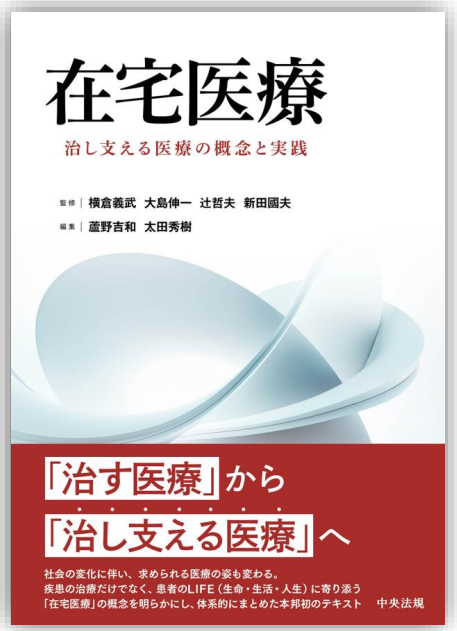
住まいの環境の整備

自立や自律を念頭に置いた介護支援

自立や重症化予防を念頭に置いた食支援

家族以外の他者（地域の人々を含む）との関係性の構築：孤立させない

その他



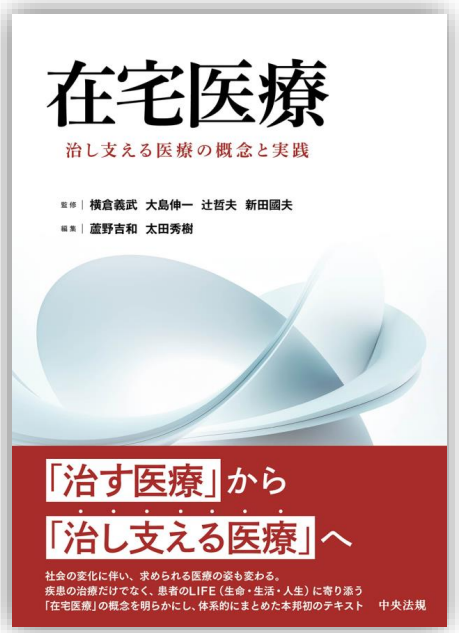
人生の最終段階におけるライフ（人生）を支える

「生きがい」支援

「つながり」を保つケア

「こだわり」を尊重するケア

「生きがい感」の再確認・探求を促すケア



「・・・したい」を支える、叶える

生きがい支援（「つながり」を保つケア）

周囲とのつながりを保つことであり、自宅等の住み慣れた家で暮らし続けることを可能とする在宅医療は最も効果的なケアである。これまで慣れ親しんだ人が来てくれる、生活の中で生まれるいつもの音が聞こえる、などいつもの暮らしが保たれることは基本的に重要であるが、支援者がそばにいて、現在および過去も含めて、どのような関係性を大事にしているのか、体調が悪くなる中で、そのつながりをどうしたいのかを聴き出し、出来る限り、その関係性を保つための支援が重要である。

療養の場による生きがいの状況

生きがい	病院	在宅
環境との関係性	断たれる	保持
他者/集団との関係性	希薄となる	保持
自己同一性	制限される	保持
自立	制限（安全性が優先）	保持
自律	多少制限	保持
人生の意味	多少希薄となる	継続
自分の楽しみ	制限される	継続
人生の充実感	希薄となる	継続
信仰	継続	継続

生きがい支援（「こだわり」を尊重するケア）

「こだわり」を尊重するための基本的態度は、その人の価値観を認める、同時に自分の価値観と違うことも認めることである。その上で、本人の人生のこだわりとしてどのようなことがあるのか、そのこだわりを今後も大切にしたいと思っているのかを聴き出し、大切にしたいこだわりを持ち続けられるように支援することが重要である。

生きがい支援（「生きがい感」を促すケア）

その人の人生の歩みに耳を傾け（積極的傾聴）、生きざまに共感する態度が必要不可欠である。その上で、その人がこれまでの人生で楽しみにしていたことは何か、今後もそれを楽しみにしていきたいと思っているのか、その人の生きる原動力となっているのは何か、頑張る力を与えるものは何かなど聴き、それらを継続できるように支援する。

支援を行う際の留意事項

あくまで患者あるいは家族のニーズに応じた支援を行う

希望しないことは行わない

あくまでも自立を尊重する

あくまでも自律を尊重する

患者および家族の価値観を尊重する

家族の風習、文化、宗教等に敬意払う

地域の様々な支援組織（リソース）に支援を呼びかける

在宅医療（在宅ケア）の最終目標

■その人らしい人生や生活を可能な限り最期（人生の最終段階を含めて）まで継続できるよう支援すること

QOL（クオリティ・オブ・ライフ）の最善化

人間としての尊厳を最期まで大切にすること

（自立を支える/自律を尊重する）

■介護する家族等が納得できる支援を提供すること

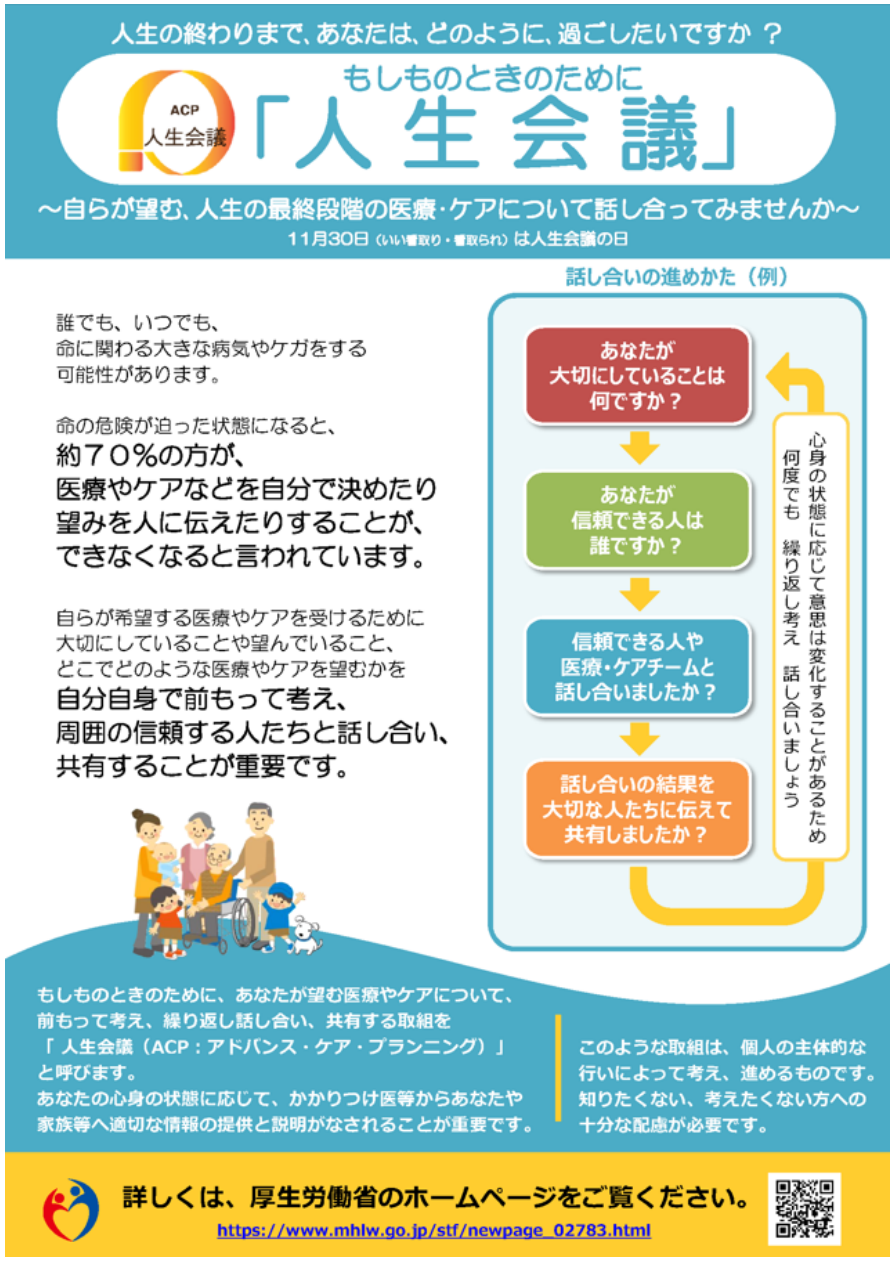
- 家族のケア（看取りのケアおよびグリーフケア）

QOD（死の質）を高める

三つのライフの最善化（利用者を取り巻く環境の整備）

元気な時からのACP（人生会議）の普及

「人生の最終段階における意思決定ガイドライン」に沿った対応



将来起こる可能性のある
「もしもの時」に備える

「もしもの時」
地球に大惑星が近づき、衝突が起こる？

「もしもの時」
- 急に発熱し、具合が悪くなる
- 体が衰えて介護が必要となる
- 死を迎える

他人事ではなく
自分事として
皆で考える

健康状態・病気のステージに応じたACPの類型

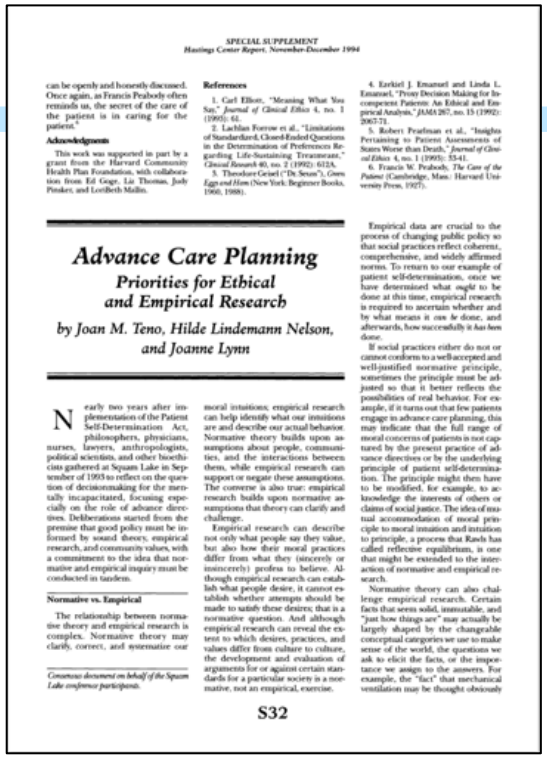
ACPの類型		主観的健康度	病状のステージ	対象年齢 健康状態 課題	相談員
第一段階	死生観教育・人間観・人生観・倫理観の育成などの生涯教育：教育としてのALP	健康である	Healthy (No Frailty) 自律的な社会生活	小学～大学生、若い母親・父親・壮年期 より豊かに生きる・ライフイベントを発達課題として対処する	市町村の行政職員 保健師 教育者 養護教諭 職場の役職者・管理者、産業保健の医師・保健師
第二段階	慢性疾患や高齢者を対象とした地域医療連携におけるALPとACP	まあまあ健康である	Frailty 慢性疾患を１つないしは複数有し、治療初期から中期の者	壮年期・高齢期 治療継続 生活機能はほぼ自立（要介護２） 生活機能維持のため予防的な健康支援を必要とする	保健所・保健センター、地域包括ケア支援センター、退院支援部門、病院外来、診療所・訪問看護ステーション等の医師・看護師、保健師、ケアマネージャー、MSWなど
第三段階	急性期病院・終末期医療におけるACP	あまり健康でない	症状悪化 身体機能低下・障害（要介護） 入院加療中 施設入所中	急性期など病状が深刻な患者 治療の選択、開始や変更、中止、差し控えなどの決断が必要となる	病院 救命救急、緩和ケア、特別養護老人施設の医師・看護師・MSWなど

行政　保健・福祉　地域医療

地域医療　保健・福祉　医療

ALP：Advance Life Planning　ACP ：Advance Care Planning

ACPの最終目標



SPECIAL SUPPLEMENT
Hastings Center Report, November-December 1994

Advance Care Planning
Priorities for Ethical and Empirical Research

by Joan M. Teno, Hilde Lindemann Nelson, and Joanne Lynn

S32

ACPを行うことが最終目標ではない

ACPはあくまでも最終目標を達成するための手段である

2.人々の人生のアウトカムを改善する

1）人々の幸福（well-being)を改善する。

a.過剰及び過小治療の頻度及び規模を縮小する

b.本人が自分のヘルスケアをコントロールできるようにする

2）家族や大切な人々に負担をかけてしまうという個人の概念を軽減する

Advance Care Planning Priorities for ethical and Empirical Research
Teno,JM,Nelson,HL,LynnJ. Hastings Center Report S32-S36,1994

「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。

心身の状態に応じて意思は変化しうるため繰り返し話し合うこと

主なポイント

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人や家族等※と十分に話し合う

話し合った内容を都度文書にまとめ共有

本人の意思が確認できる

本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた、**<u>本人の意思決定が基本</u>**

本人の意思が確認できない

・家族等※が本人の意思を推定できる

<u>本人の推定意思を尊重し</u>、本人にとって最善の方針をとる

・家族等※が本人の意思を推定できない
・家族がいない

本人にとって最善の方針を医療・ケアチームで慎重に判断

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定

・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難な場合

・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合等

→**<u>複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、方針の検討や助言</u>**

※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。

在宅医療（在宅ケア）の最終目標

■その人らしい人生や生活を可能な限り最期（人生の最終段階を含めて）まで継続できるよう支援すること

QOL（クオリティ・オブ・ライフ）の最善化

人間としての尊厳を最期まで大切にすること

（自立を支える/自律を尊重する）

■介護する家族等が納得できる支援を提供すること

- 家族のケア（看取りのケアおよびグリーフケア）

在宅医療における家族・介護者のケアの要点

１．家族・介護者は（患者）本人と同様に様々な苦悩を持つ

　家族・介護者はケアチームの一員であると同時にケアを受ける対象である

２．家族・介護者のもつ苦悩と多様なニーズに対応するため多職種による包括的評価とニーズに沿った対応が必要である

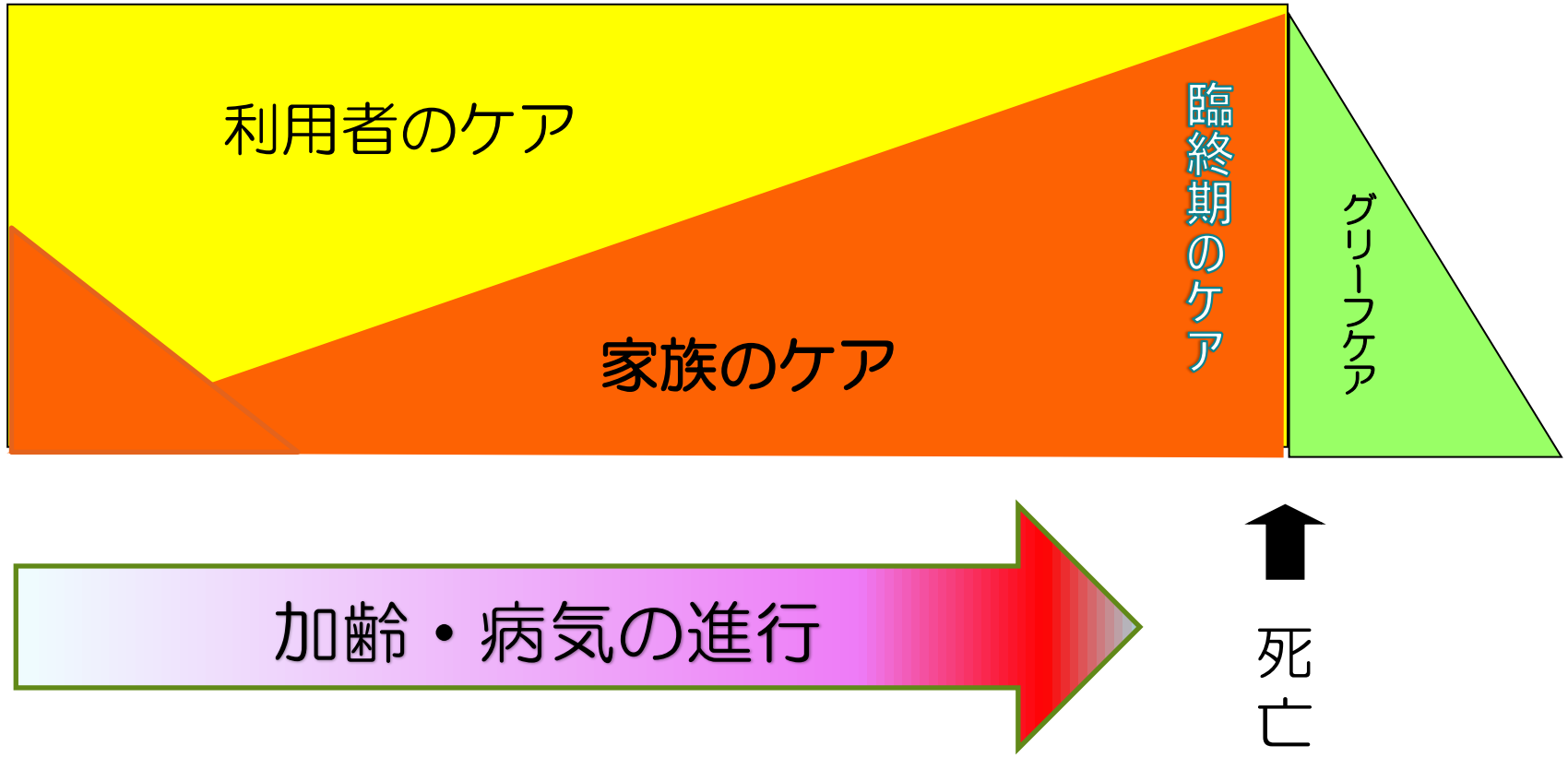
３．家族・介護者のケアとして重要な項目：情報共有、生活・介護支援、ニーズに沿った暮らしや生き方をささえる、意思決定支援、臨終期・看取りの支援等

４．臨終期・臨死期および死別におけるケアはグリーフケアの一環として重要なケアである

５．在宅医療は死別後のグリーフケアを含めた連続したケアである。

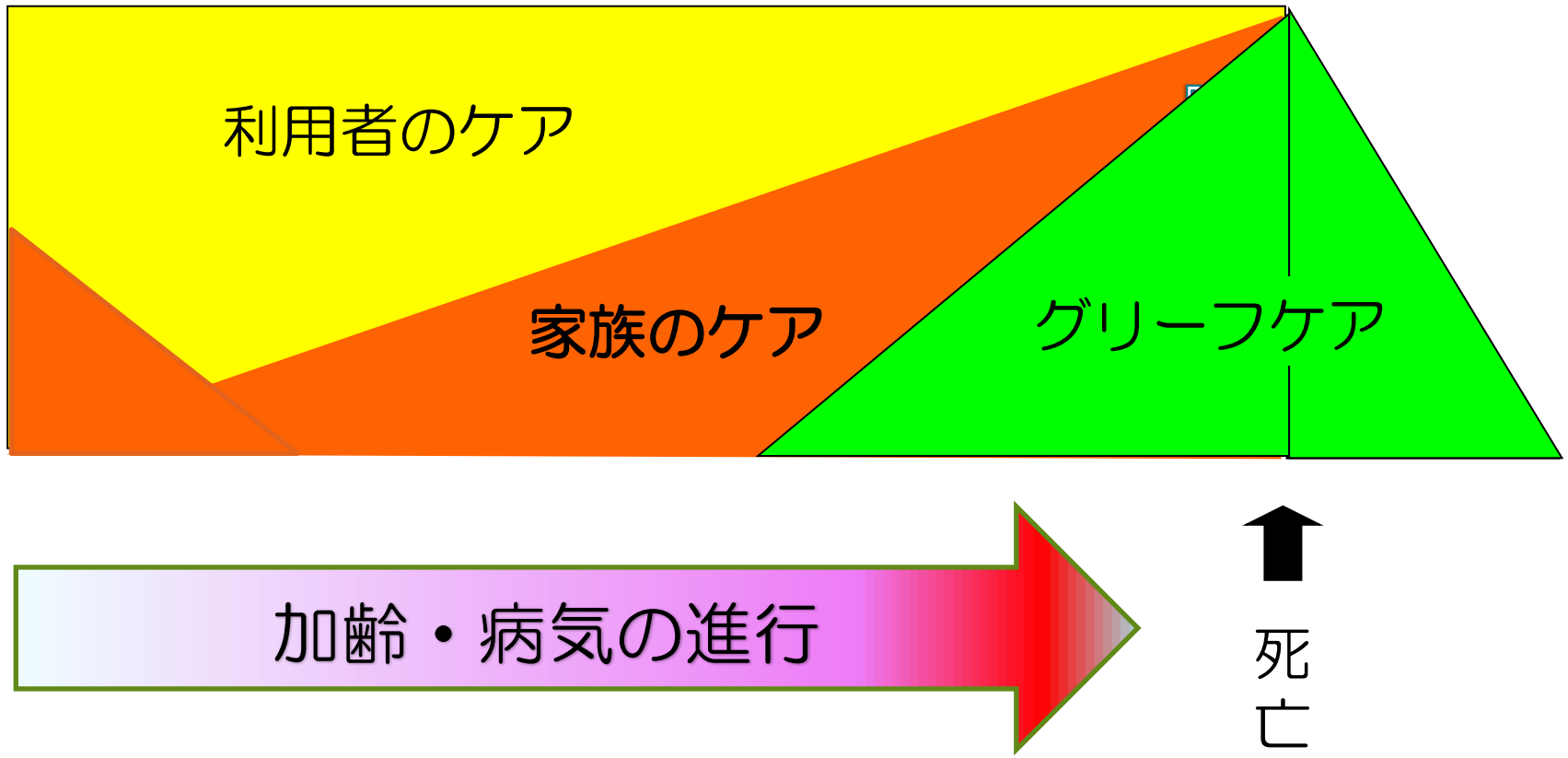
進行した病状における家族へのケアの配分

病状が悪くなればなるほど、家族ケアの必要度が高くなる



グリーフケアの開始時期

臨終期、臨死期のケア＝グリーフケア



家族の面接による包括的評価

- 本人の病状/治療の状況についての理解度の確認
- 家族関係を知る
  - それぞれの家族の結びつきの強さを知っておく
  - 遠方の家族／親族についても調査する
  - キーパーソンが誰であるかも確認しておく
- 家族それぞれの健康状態／これまでの近親者の死別体験の状況を把握する
  - 家族に身体的・精神的疾患が無いかを確認する
- 家族のそれぞれの思い、ニーズなどの確認

それぞれの家族の満足度を上げるような援助の仕方を模索することが望ましい

家族に声掛けをすることが大事

心配事はいろいろあると思いますが、何か知りたいこと、聞きたいことはありませんか

疲れてはいませんか

不安に思っていることはありませんか

よく眠れていますか

・・・・・・

コミュニケーションを保つ

積極的傾聴

在宅（施設を含む）での看取りに際し必要な知識/態度

１．介護者（家族を含め）ケア

２．看取り時の支援体制

３．看取りの指導

４．看取りに関わるスタッフのケア

看取り時の支援体制（２４時間の応需体制）

１．24時間応需の電話連絡網

■不安な時や病状が変化した時はいつでも連絡してもよいことを説明する

■24時間対応の訪問看護ステーションとの連携

■どのような状況の際にどこに連絡をすれば良いか、緊急時の連絡先（電話番号）が記されている紙を電話などの近くに説明し貼っておく

２．緊急時の訪問体制

■死亡確認のための医師・看護師の緊急訪問について打ち合わせておく

３．後方ベッドの確保（可能であれば）

■希望に応じていつでも入院できることを保証する

看取りの指導

■現在の病状（死が近いこと）に対する説明

■今後予測される病状と対応方法についての説明

■臨終期・臨死期の過ごし方についての説明

■救急車を呼ぶとどうなるかの説明

■死亡確認の方法についての説明（必要に応じて）

■死後の対応方法についての説明（必要に応じて）

＊苦痛緩和の保証を家族に与える。
＊最善を尽くす（最期まで見放さない）ことを家族に伝える。

看取りに関わるスタッフのケア

■看取りに関わるスタッフは、死に直面する人およびその家族との関わりの中で、情緒面も含めて様々な影響を受ける。

■スタッフそれぞれがセルフケア能力を伸ばすことは必要不可欠であるが、互いに注意を払い、必要に応じて振り返りを行うことも必要である。

振り返りとしてのデスカンファレンス等もケアとして有効である。