

第1回アドバンス・ケア・プランニング研究会

平成28年6月11日



Opening Remarks

国立長寿医療研究センター在宅連携医療部長 三浦久幸氏

日本版ACPの実践のありかたの検討、ACPの普及啓発を目指したACP研究会を設立

日本は現在、世界のどこも経験したことのない超高齢社会に突入しています。これまでの「治す医療」から「治し支える医療」への転換が求められている中で、住み慣れた地域や在宅で最期を迎えるなど、ご自身の療養についての希望を持つ人も増えていきます。この一方で、日常臨床においては、人の思いを引き出し、それを支える姿勢やそのスキルについて、国内ではほとんど蓄積がない状況といえます。

欧米などでは本人の意思尊重は現在、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の活動の中で守られています。ACPとは、意思決定能力低下に備えての対応プロセス全体を指します。この活動は1995年頃から始まり、今ではこの活動は患者・家族双方にとって有益であるというエビデンスも得られるほどに展開されています。それ以前には、リビング・ウィルや事前指示書により行われてきましたが、SUPPORT等の縦断研究により、文書(のみ)での限界、すなわち、これらは、明らかなQuality of Death(死の質)の向上には寄与しなかったという結果が得られました。この結果を受けて、人が人の思いを引き出し、支える、という、本人と医療者の関係性の中で、考えていくという、プロセスがより、重視されるようになり、このプロセス全体がACPと呼ばれるようになりました。

国内では2014年度から厚生労働省「人生の最終段階の医療にかかる医療体制整備事業」が始まりましたが、この研修では、ACPの要素が多く取り入れられました。この事業の評価機関として当センターが務めさせて頂いた経緯もあり、今回、これまで厚生労働省に参画した医療機関の方々を中心に、今後の日本版ACPの実践のありかたの検討をはじめ、日本全国へのACPの普及啓発をも目指したACP研究会を平成28年2月9日に設立いたしました。

この日本で、プロセス重視の活動として、本人の意思を医療・介護現場でどのように確認していくのか、地域全体でどのように思いを共有していくのか、そもそもACPの定義も海外と同様で良いのか等、国内で現場での経験・知見を積み重ね、独自に検討を加えて行く必要があります。

これから本研究会をより活性化し、国内のACP普及に貢献できればと思います。



国立長寿医療研究センター地域医療連携室長 西川満則氏

ACP先進病院の経験を共有し、ACP普及を促すべく、パネルディスカッションを企画

少子高齢化、認知症・フレイル、多死、ひつ迫した救急医療、いずれにおいても、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)は重要である。

しかし、どのようにACPを推進すべきか明らかにされていない。

第1回ACP研究会では、ACP先進病院の経験を共有し、ACP普及を促すべく、パネルディスカッションを企画した。国立循環器病センターの高田弥寿子氏は、慢性心不全の病みの軌跡が急性増悪を繰り返すが、最期には比較的急速な経過をとり、急性増悪期なのか終末期なのかの判断が困難である点をおさえ、最善を保証しながら最悪に備える、二項対立のACPアプローチを提案された。亀田総合病院の蔵元浩一氏は、ACPの興味やニーズが異なることを示し、差し迫った病状にない地域住民を対象に加え、ACPを「他人事」から「自分事」に深める試みを発表された。長良医療センターの下平悦子氏は、ソーシャルワーカーの視点で、自らは、患者が人生を振り返る際の「鏡の役割」を担い、患者が自分らしさに気づき、それが言葉に昇華される、ACPファシリテーターとしての心構えをお話された。西岡病院の澤田格氏は、医師が病状説明の際にACPを導入し、看護師やソーシャルワーカーがそれをフォローする、ACP導入のコツ、そして、ACPを地域で繋ぐ前提としての人人連携、「とよひらリンク」を紹介された。

疾患によるACP導入法の違い、ACP導入の時期や対象、ACPファシリテーターの心構え、院内外の連携におけるACP導入のコツ、ACP連携の前提にある人人連携等、ACPの多様な側面や、地域におけるACP普及の未来像を共有できるパネルディスカッションを経験した。

基調講演



「地域版 AHN ガイドライン」「HONSE」「HOTARU」を用いた意志決定支援の実際 ～地域での Advance Care Planning 実現を目指して

岩手県立二戸病院 副院長 高橋 浩氏

“本人の意向を尊重する” という “文化を創っていく、活動をする” が重要である

地方版人工栄養ガイドラインと導入ツールの使用は、本人の意向が確認できる場合の大部分は本人の意向通り、確認できない場合は家族の意向が苦渋し半数以上が人工栄養を選択している実態が判明した。本人の意志を「繋ぐ」ことが重要であると考える。事前指示書（以下「指し書」）を作成した。指し書は「HOTARU」と命名し、本書の特徴は公開範囲を①病院や施設②家族③公開しないの3段階に分けて、我々の指し書では「公開しない」という選択を加えておくことである。これにより記載する心のハードルを低くし、指示書の内容も重要であるが、住めないように考慮した。人が綺麗に川辺にしが使用しないように、指示書の内容も重要であるが、使用しないように、指示書の内容も重要である。と考える。多くの指し書は病院、研究機関、尊厳死協会などの各種団体、研究会や医師会、行政など地域で発行されている。病院が発行している場合は健康な人は対象となり、病気が発症し、研究機関や協会のものでは指し書を書く心、ハードルが高くなる傾向になり、書きにくい。我々のように地域発信の場合は指し書が身近にある反面、個々の温度差が大きいのが問題ではないかと考えている。

今回、支援した患者を時系列に前半と後半に分けて比較すると、AHNを選択する患者が減り、反対に導入せず看取る患者が増えた。これはTVやマスコミの報道はAHNに悪いイメージを与え、ものが多い、我々の活動においても一部の方にはAHNを否定しているかのように受け取られることがある原因の一つと考えられた。これからは、本人の意向を尊重する、という文化を創っていく、活動することが重要であると再認識した。

現在の日本は高齢化多死社会を迎える『過渡期』であり、リソースを増やし、選択肢を増やしていく支援も重要であるが、個々選択において個人の意思が尊重されることも重要で、これがひいてはAdvance Care Planningに繋がるのではないかと考えている。

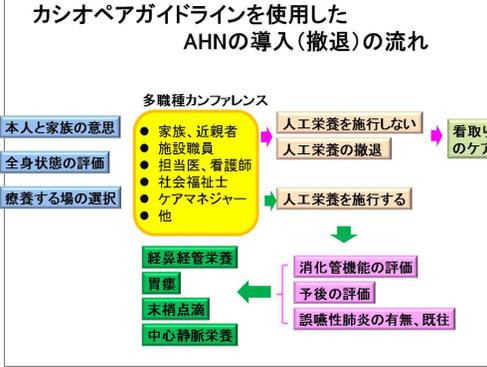
カシオペア地域医療福祉連携研究会

2010年4月発足

代表世話人：特別養護老人ホーム施設長
事務局：岩手県立二戸病院
参加施設：圏域すべての

地域包括センター：(4カ所)
訪問看護ステーション：(3事業所)
介護保険事業者：(68事業所)
県立病院 (3病院)

医師、歯科、薬剤師会、保健所、行政



経口摂取が困難な32名のAHNの選択

本人の希望	家族の希望	AHN	AHN施行率
本人がAHNを希望した2名	2	胃瘻 2	2/2
本人がAHNを希望しなかった11名	2	胃瘻 1 非導入 1	1/11
	9	非導入 9	
本人がAHNを希望が確認できなかった19名	11	胃瘻 8 経鼻 1 非導入 2	10/19
	8	非導入 7 経鼻 1	

自身の「思い」を記録し「繋ぐ」

カシオペア版事前指示書 『HOTARU』

厚生省平成26年度「人生の最終段階における医療体制整備事業」の関連事業

事前指示書 『HOTARU』

- ◎ 「HOTARU」はカシオペアで誕生した『地域版事前指示書』
- ◎ 「HOTARU」はとういうときに使うもの？
- ◎ 「HOTARU」に書いたことはすべて希望通りに行われるのか？
- ◎ 「HOTARU」と救急医療
- ◎ 気持ちに変化があったときは 何度でも書き換えましょう
- ◎ あなたの意思を確実に伝えるためには？



慢性心不全におけるアドバンス・ケア・プランニングの意義と留意点 —相談支援事業から見たこと—

国立循環器病研究センター 教育担当副看護師長 高田 弥寿子 氏

慢性心不全患者の ACP 実践の留意点と意義について考える。

私は、平成26年度の人生の最終段階における医療体制整備事業において慢性心不全患者40名に対してACPを実施させていただきました。ACP実施対象者は、60〜80歳の男性が多く、意思決定能力はほとんどの患者があり、相談回数については、罹患期間は1年以内、10年以上とばらつきがみられ、入院回数は初回〜3回と少ない対象が多く、DCM、弁膜症を罹患したNYHAⅡ〜Ⅲと比較的安定した患者が多い傾向でした。

慢性心不全の病みの軌跡は、急性増悪を繰り返しますが、最期は比較的急速であり、どの急性増悪期が本当の終末期であるかの判断は困難でありACPのタイミングが難しいことが特徴です。したがって、ACPに対する問題として、希望を失いがつて、ACPに対する問題として、希望を失い未来に絶望する、予後予測が困難なためACPが難しい、今回もまたよくなるのではないかと期待しているため、将来について現実的に考えられないなどがあり、アプローチは、希望を保証しながら、現実的に考えられるようにバランスをとることが推奨されています。

そのために、まず、病状の認識を尋ねることから始めること、最善の医療を行うことを保証しながら、最悪の事態に備える時期であるといった二項対立のアプローチをとりながら進めていきました。

以上の経験から、慢性心不全患者のACP実践の留意点と意義は、

1. 進行性の病気であることを理解してもらうことから始めることが大切である
2. 気がかりや苦痛を確認し対応してから進めていく必要がある
3. メンタルの落ち込みを最小限にするために、患者の心身の状況に応じたACPの時期の検討やコミュニケーション方略をとりながら進めていく必要がある
4. 患者の意向は多様である為、Shared Decision Makingに基づいた対話のプロセスを重視し継続的に進めていく必要がある
5. ACPはセルフマネジメントの強化や満足度に影響を与える因子となり得るため、今後検証が望まれることが考えられました。

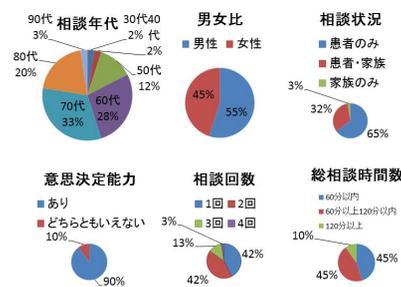
第1回 アドバンス・ケア・プランニング研究会 年次大会
平成28年6月11日(土)



慢性心不全におけるアドバンス・ケア・プランニングの意義と留意点 —相談支援事業から見たこと—

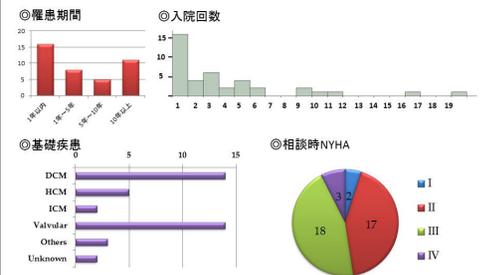
国立循環器病研究センター 看護部
高田 弥寿子

対象の属性と相談支援状況



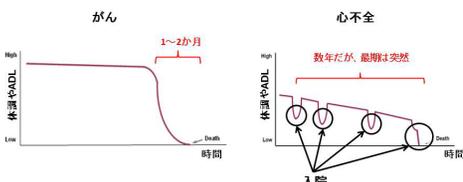
対象者の慢性心不全の状況

・40例全例が慢性心不全



慢性心不全の病みの軌跡

illness trajectory



心不全においては、急性増悪を繰り返すが、最期は比較的急速
急性増悪か本当の終末期なのかの判断は困難
ACPのタイミングが難しい

Lynn J. JAMA, 2001; 285: 925-932.

慢性心不全における ACPの問題とアプローチ

- ◆希望を失い未来に絶望する +
- ◆予後予測が困難なため、ACPが難しい
- ◆今回もまたよくなるのではないかと期待しているため、将来について現実的に考えられない
- ◆末期になると患者の認知機能が障害され意思決定が難しい

希望を保証しながら、現実的に考えられるようにバランスをとる！

まとめ

—慢性心不全患者のACP実践の留意点と意義—

- ・病気の経過の理解と病期の段階を理解してもらうことから始めることが大切である
- ・気がかりや苦痛を確認し対応してから進めていく必要がある
- ・Bad Newsに対するメンタルの落ち込みを最小限にするために、患者の心身の状況に応じたACPの時期の検討やコミュニケーション方略をとりながら進めていく必要がある
- ・患者の意向は多様である為、Shared Decision Makingに基づいた対話のプロセスを重視する必要がある
- ・延命治療の選択肢の具体的な項目は、ほとんどの人が選べないため、継続的に支援を行う必要がある
- ・ACPはセルフマネジメントの強化や満足度に影響を与える因子となり得るため、今後検証が望まれる



「平成26年度人生の最終段階における医療体制整備事業」に参加して

長良医療センター医療社会事業専門員 下平悦子氏

自己決定するプロセスを支援すること、共有することが
アドバンス・ケア・プランニングにつながる。

慢性呼吸器疾患は、進行性で死に至る疾患であり、慢性的な進行による人生の最終段階を迎える場合以外に、急性増悪による呼吸機能悪化をきたす場合がある。ただ患者、家族は予後不良の認識を持っていないことがあり、医療者も死に関連する話題を口にすることは、患者を悩ませると思われ、話し合うことに抵抗感を感じ先送りにし、家族と話し合い治療方針を決定する傾向にあった。「平成26年度人生の最終段階における医療体制整備事業」に参加することで、アドバンス・ケア・プランニングについて取組むことになった。

患者に関わる多職種が構成メンバーとして、患者・家族意思決定サポートチームをつくり、カンファレンスを行いながら、広報活動、相談体制の整備、患者の意思を尊重した相談支援の実施を行った。実際には、入院の1週間以内に案内チラシを配布し、考える機会とし、その後日常のケアの中から患者の状況把握をし、関わるタイミングを図り相談支援につなげた。患者の考え、気持ちの揺らぎ変化することもあり継続して支援が必要となってくる。

「患者と家族」「患者と医療者」「職種間」のコミュニケーションにより患者、家族、医療者が抱える課題、行動目標が明確になる。そのことから、相談体制が成熟し、患者と家族がこれからの人生を共有する機会となった。患者が人生の最終段階における医療について考えることは、否認から始まり、その後人生を振り返り、生き方や受けたい医療を考え、家族や近い人と話し合い、自身の考えを整理し、自分らしさを洞察する、自己決定するプロセスをたどる。このプロセスを支援すること、共有することがアドバンス・ケア・プランニングにつながる。またアドバンス・ケア・プランニングに取り組みこるとで医療者が患者自身「その人らしさ」を理解するきっかけとなり、疾患と共にその「人」に出会うことになる。

アドバンス・ケア・プランニングへの取り組み

「平成26年度人生の最終段階における医療体制整備事業」に参加して

独立行政法人 国立病院機構 長良医療センター

医療社会事業専門員 下平 悦子

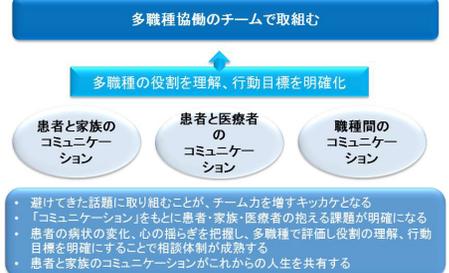


アドバンス・ケア・プランニング 取組みの考え方

- 平成26年度人生の最終段階における医療体制整備事業に参加する際、患者・家族意思決定サポートチームをつくる
- 患者・家族意思決定サポートチームを多職種で構成する
- リビング・ウィル宣言書を作成することより、そのプロセス（過程）を大切に

1. 過去の体験を振り返る機会にする
2. 考える機会にする
3. 近い人と話し合う機会にする
4. 自分自身の考えを整理する
5. 自己決定をする
6. 患者、家族そして医療者が考え方（患者意思）を共有する

アドバンス・ケア・プランニングに取り組み むには多職種協働のチームが必要



自己決定のプロセス



- 相談員は患者自身が人生を振り返るための鏡の役割を果たし、患者の漠然とした想いを引き出すことで、患者自身が自分らしさに気づくための一つの道具となる
- 「否認」「振り返る」「考える」「言語化する」「洞察」このプロセスに関わるのが重要

アドバンス・ケア・プランニングの進め方

- 患者と家族、患者と医療者、医療者間でのコミュニケーションが重要で、そこから取り組みがスタートする
- 患者自身が家族と共にいるいは支援者と共に人生を振り返り、近い人と話し合い、「自分らしさ」を確認する。この自己決定のプロセスを支援すること、共有することが患者が望む医療を尊重することにつながる
- 多職種協働の相談体制を構築することで、患者が抱える様々な苦痛、課題に対し支援することになる
- 退院後、地域で支援が継続する体制を整える

アドバンス・ケア・プランニングに 取り組むことで・・・

- 医療者が患者自身「その人らしさ」を理解するきっかけとなり、患者の望む医療を提供することにつながる
- 必要な支援を行う契機とし、患者の抱える様々な苦痛を取り除く支援につながる
- 多職種で関わることの必要性を実感し、チームの相談体制が成熟する

疾患と共にその「人」と出会う



思いをつなぐ意思決定支援を目指して ～とよひら・りんく活動と ACP 相談シート～

西岡病院 澤田格氏、岡村紀宏氏、五十嵐知文氏、
西岡 EOL ケアチーム (N-SELECT)

ACP の具体的内容、リビングウィル、自宅での看取り、
病院での看取り、の 4 種類の冊子を作成。

当院は平成 23、24 年度厚生労働省「在宅医療連携拠点事業」の受託を機に、札幌市豊平区西岡・福住地区在宅医療連携拠点事業推進協議会（とよひら・りんく）を設立し、活動を続けています。平成 26 年度の同省「人生の最終段階における医療体制整備事業」の受託を経て、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）に始まる意思決定支援の重要性を認識し、活動テーマの一つとして取り組んでいる。

意思決定支援は、ACP の紹介から、医療・延命治療の説明、看取り体制への橋渡しなど、内容は多岐に渡る。理解を助けるツールとして、ACP の具体的内容、リビングウィル、自宅での看取り、病院での看取り、の 4 種類の冊子を作成した。いずれも 10 ～ 20 ページの冊子で、内容は多職種で吟味し、イラストを用いてイメージがしやすいくなるよう工夫した。当院では、対象となりうる患者・家族に対し、医師が病状説明の際に ACP の導入部やリビングウィルの紹介を行ない、それに続いて看護師や MSW が細かくフォローすること、患者・家族に理解を深めてもらう体制作りを目指している。

また相談内容の記述法の統一やスタッフ間・施設間の情報共有を始めるために、「とよひら・りんく」の合同会議において、多施設・多職種から広く意見をもらい、「ACP 相談シート」を作成した。このシートは、意思決定支援以外にも、ケアミーティングでの記録用紙としての使用、入退院・入退所時の添書に加えた運用など、様々な場面での利用を想定している。院内では EOL ケアチーム「N-SELECT」のカンファレンスや、退院前カンファレンスなどに利用を始めている。各冊子や ACP 相談シートは「とよひら・りんく」ホームページに公開しており、患者・利用者の思いを繋ぐ医療介護連携のツールとして積極的に活用してもらいたい。

（この部分は上記の文章と重複するため、ここでは省略し、他のセクションの内容を整理します）

札幌市豊平区西岡・福住地区在宅医療連携拠点事業推進協議会

とよひら・りんく

平成 23 年度 在宅医療拠点事業
平成 24 年度 在宅医療拠点事業
平成 26 年度 人生の最終段階における医療体制整備事業

アドバンス・ケア・プランニング (ACP) の普及と標準化に向けて

ものものに リビング・ウィル 最終段階

ご自宅 病院

※10～20ページ程度の冊子 とよひら・りんくホームページからダウンロード可能

ACP相談シート

I. 登録シート 1枚目
ACPの考え方に沿って

- 1-6. 基本情報 氏名、年齢、性別など
7. 介護保険等の申請における身体状況 介護認定、身体障害者手帳
8. 主な疾患名
9. 『今後の医療・ケアに関する』意向
10. 全体的な医療の希望・考え方
 - 受けた医療 受けてくれない医療
 - 受けた医療行為のイメージ
11. 代理決定者について
12. 既存のアドバンス・ディレクティブ
13. 療養環境・社会的支援などの希望
14. その他
15. 臨床倫理委員会への諮問の必要性

II. アセスメントシート 2枚目
EOLの考え方に沿って
多職種カンファレンス、添書で使用

1. 身体面について
 - 痛み
 - 身体症状
 - 日常生活動作
 - 食事・薬剤
 - 食事形態、嚥下評価、薬剤管理
2. 精神面について
3. 社会的背景について
4. スピリチュアルな面について
5. 目標設定 短期、中期、長期
6. その他

とよひら・りんくホームページからダウンロード可能

ACP相談シート は日常会話のメモから

- ✓ 何気なく発した患者・利用者さんの言葉を書き留めて
- ✓ **話した箇所だけでも**メモし、気軽に使ってください
- ✓ 「気持ち」にアプローチする **ツール**
- ✓ 西岡病院「西岡EOLケアチーム」で使用開始
Nishioka Social and End of Life Care Team; "N-SELECT"
- ✓ ミーティング/カンファレンスの道しるべ
(退院前カンファレンス、部署内、多職種など)
- ✓ 入退院、入退所の際の添書に加えて運用を
- ✓ とよひら・りんくHPからダウンロード可能

患者背景、患者・家族の「思い」が明確に
情報共有 → 医療・ケアの方向性を確認
共同して記載すると**他の職種**の考え方が見える

思いがかよった 情報共有 を目指して

ACP普及活動
冊子の配布・設置、医療相談
地域講話（出張講座）
医療機関、介護福祉機関
町内会、老人クラブ
介護サービス利用者家族会
有料老人ホーム
サ高住

外東診療・訪問診療
介護保険サービス
入所・通所

「思い」
「ACP相談シート」

病院 診療所・介護施設等

必要な情報

- 診療情報提供書や添書
- 「とよひら・りんく」情報共有
- 病名、既往症、内服薬
- 入院/退院時の状況
- ADL、移動
- 食重（形態、介助法）
- トイレ（尿・排便）
- 入浴
- 家族（キーパーソン）の状況
- 介護サービス利用状況

ACP、私の進め方② ～施設から紹介の入院患者～

相談対象 : 最初から家族（本人は寝たきり、高度の認知症）
ACPの方法 : **2階建て方式** 紹介→意向のまとめ（1～2週間程度）
軽症なら : 入院時にACP、リビングウィルの紹介
→退院前までor次回入院時に一度結論
重症なら : リビングウィルまでしっかりと

「はじめまして」からスタート
脳梗塞後遺症 寝たきり状態 重度の認知症
誤嚥性肺炎で入院

施設との連携
施設への退院の可否
ACP相談 2回目
入院10～14日目くらい
嚥下機能検査
具体的な思いに踏み込んで
リビングウィルの表明
意向のまとめ
施設での看取りについて
MSWの面談

ACP相談 1回目
病状説明のとき
意向の聴取
冊子の手渡し・説明
リビングウィルの紹介
看取り体制について
MSWの面談