

平成 27 年度
人生の最終段階における医療体制整備事業
総括報告書

国立研究開発法人
国立長寿医療研究センター

内容

報告書概要	3
1. はじめに	4
2. 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 成果と課題を踏まえた、平成 27 年度事業のストラテジー	4
3. 事業の背景	5
4. 事業の目的	8
5. 事業の内容	8
6. 事業実施医療機関	11
7. 人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修会	12
8. 研修プログラム（E-FIELD プログラム）とその評価	14
9. 事業実施状況	19
a) 相談支援体制の組織化について	19
b) 相談内容シートについて	23
c) 患者の思いを繋ぐシートについて	29
d) 患者・家族の体験について	53
e) 相談員の体験について	60
f) 主治医の負担感等について	65
10. 相談ニーズ等の定量的な把握について	66
11. 各医療機関独自の取り組み（地域連携を含む）について	78
12. まとめ（事業で得られた知見）	82
13. 今後の課題と提言	84
14. おわりに	85
15. 参考文献	85
16. 添付資料	86
17. このプロジェクトにご協力いただいた方々	115

報告書概要

<人生の最終段階における医療体制整備事業の目的>

本事業の目的は、患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療・ケアを実現するため、医療機関において、「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(以下ガイドライン)」に則って、患者の人生の最終段階における医療ケアなどに関する相談に乗る体制を構築することにより、人生の最終段階における医療に係る適切な相談体制のあり方を検討し、その体制整備に資することである。

<成果>

平成 27 年度人生の最終段階における医療体制整備事業で以下のことが明らかになった。

(平成 26 年度には明らかでなく、平成 27 年度に得られた新しい知見のみを記す。)

- 1) 相談支援や倫理サポートチーム導入時のフローチャートを作成した。相談支援導入の仕組みの作り方を明らかにした。(P22)
- 2) 対象患者の約 11%に相談支援を開始、1回 1.5 時間×3 回の面談が実施され、これらの値は病院在宅間で大差はなかった。倫理支援チームへの依頼は、全体の 3-5%。相談員/医療・ケアチーム(倫理支援チームを含む)のニーズを明らかにした。(P28)
- 3) 少数例(22 例)の検討で、病院・在宅ともに、望んだ場所での最期、生命維持治療選択において、患者の思いが遂げられる割合、Quality of death(QOD)が高まる(在宅医療では、望んだ場所・生命維持治療ともに 100%の QOD)可能性が示唆された。相談員/医療・ケアチームが、患者・家族の QOD 向上に寄与する可能性が示唆された。(P48-49)
- 4) 病院における相談支援は、もともと「アンテナ」を持っている人材の「発掘」につながる。一方、在宅における相談支援は、今まで行ってきた日常的な相談支援と区別できなかった。病院において、相談員/医療・ケアチームの仕組みづくりは、適性のある相談員の発掘に寄与する可能性が示唆された。(P60)
- 5) 約 90%以上の主治医は、相談員/意思決定支援チームが、患者家族の意思決定支援に役立ち、自らの負担感が減じ、再度依頼したいと回答した。相談員/意思決定支援チームのかわりが、主治医の負担軽減になることを明らかにした。(P65)
- 6) Diagnosis Procedure Combination : DPC データ等から、「ADL」「高齢者」「肺炎」「生命維持治療選択」「療養場所選択」「相談員の介入の有無」をキーワードに、概念と計測指標を策定した。これらは、倫理サポートニーズの代替指標となりうる可能性が示唆された。また、生命維持治療や療養場所の選択に、相談員/医療・ケアチームがどのようなインパクトを与えたかは、今後の検討課題と考えられた。相談員/医療・ケアチームのニーズを明らかにする可能性のある指標を策定した。(P66-72)

<課題>

今後の課題は、1) 低侵襲のコミュニケーションの経験の蓄積、2) エビデンスの構築、3) アドバンス・ケア・プランニングの普及啓発、である。

1. はじめに

平成 27 年度人生の最終段階における医療体制整備事業を終了した。本事業の評価実施機関として、事業について報告する。

2. 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成果と課題を踏まえた、平成 27 年度事業のストラテジー

まず、平成 26 年度同事業の成果、課題について述べる。

<患者の思いを酌むための医療機関内の組織化に関する成果>

- 1) ①相談員、②医療ケアチーム（4 病院では特定の倫理判断支援チーム）、③臨床倫理委員会が設置され、3 段階の医療体制が組織化された。
- 2) ①患者スクリーニング、②主治医の了承と相談員参与の説明、③日程調整、④実際の相談支援、が明らかになった。4 段階の相談支援導入のための仕組みが作られた。
- 3) 継続的に長期間相談支援できる環境（寄与率 0.72）や、主治医面談への同席の回数（寄与率 0.84）等、相談支援導入の増加に寄与する要因が明らかになった。
- 4) 当該病棟に入院した患者の約 17%に相談支援が実施され、相談支援 1 件あたり 2.4 回、1 回あたり 1.0 時間の面談時間を要したこと等、相談員/医療・ケアチームの必要活動量が明らかになった。

<患者の思いを酌むための対話のプロセスにおけるコミュニケーションに関する成果>

- 5) 約 90%の患者が、人生の最終段階についての相談員/医療・ケアチームの支援を受けた後に、患者の希望がより尊重される実感を抱いたことが示され、相談員/医療・ケアチームの支援を受けた側の患者の気持ちが明らかになった。
- 6) 約 80%の相談員が、相談支援の有用性を実感しており、E-FIELD 研修プログラム前後で自信を深めた（ $p < 0.01$ ）。相談支援を行う側の相談員の自信が明らかになった。
- 7) 約 70%以上で、相談支援開始 1 ヶ月以内に、受けたくない医療行為、療養の場所の選択についての意思決定支援が行われた。一方、約 30%未満で、相談支援開始 1 ヶ月以内に、生命維持治療、最期の場所の選択についての意思決定支援が行われた。相談開始初期に話し合われる内容が明らかになった。

<平成 26 年度事業で残された課題>

以下の 1) 2) 3) 4) の課題が残された。

課題 1) 平成 26 年度事業では、患者の思いを酌む仕組みが確立されたが、患者の思いを繋ぐ仕組みを明らかにできなかった。医療機関から移行後に、表明された患者の思いを繋ぐ方法を明らかにする必要性が生じた。

課題2) 平成26年度事業でも、ある程度のコミュニケーションスキルについての知見を集めることができたが、さらなるエビデンスを構築する必要が生じた。会話記録を、データマイニングソフト等を用いて解析し、有用なコミュニケーションスキルや、その習得のために必要な研修のありかたについて明らかにする提案を行った。

課題3) 相談員を意思決定支援のためのファシリテーターに据えた仕組みの有用性に関するエビデンスを構築する必要が生じた。相談員/医療・ケアチームを介入群とするランダム化比較試験等により、質の高いエビデンスの有用性を示す提案を行った。

課題4) アドバンス・ケア・プランニングについて、医療介護福祉関係者等のヘルスケアプロフェッショナルや、地域住民への普及啓発の必要性が指摘された。

〈平成26年度各課題に対する、平成27年度の戦略〉

課題1) 平成27年度事業において、患者の思いを繋ぐ方法を明らかにすべく、「患者の思いを繋ぐシート」を作成し、事業の主要なミッションに位置づけた。

課題2) 平成27年度事業において、厚生労働省、事業要綱で定められたモニタリング委員会に、下記提案を行った。会話記録を、データマイニングソフト等を用いて解析し、有用なコミュニケーションスキルや、その習得のために必要な研修のありかたについて明らかにする提案を行った。コミュニケーションスキルを明らかにするために、有用な提案ではあるが、実施医療機関や患者等の負担を考慮して、実施が見送られた。

課題3) 課題2の実施も見送られており、事業の枠内での実施は困難であると判断した。

課題4) 事業の枠外での実施が妥当であると判断した。

〈事業期間内に追加された、平成27年度の戦略〉

追加課題1) 相談員/医療・ケアチームが関わった患者の主治医の負担感を明らかにすることにした。

追加課題2) 平成27年度の事業実施医療機関に、2つの在宅医療機関が採択されたことを受け、病院と在宅の相談員の体験の違いを明らかにすることにした。

追加課題3) 医療機関において、DPC(Diagnosis Procedure Combination)データやレセプトデータ等を用いた代替指標を用いて、倫理判断支援のニーズ、各種生命維持治療選択における相談員/医療・ケアチームの関与、療養場所選択に係る相談員/医療・ケアチームの関与に関する、取りまとめ指標を策定し、その評価を明らかにすることにした。

以上より、平成27年度事業では、平成26年度の事業に準じ、さらに、課題1)、追加課題1) 2) 3) を加え、事業を展開した。

3. 事業の背景

人生の最終段階の医療・ケアの重要な考え方にアドバンス・ケア・プランニング(ACP)やエンド・オブ・ライフ・ディスカッション(EOLD)がある。ACPは、「将来にむけ、あらかじめ早い段階から、意

思決定能力低下時も、患者が語ったり書いたりしたものにより、患者の意思が尊重され、患者や家族や医療スタッフが、患者にとっての最善の医療・ケアが選択されると思えるような対話のプロセス」、EOLD は、「現在、さし迫った病状にあり、患者が望む医療・ケアの目標や願いを明らかにするような対話のプロセス」と定義することもできる。

近年、欧米豪等で、意思決定支援のための人材である ACP ファシリテーター(ACPF) 中心の ACP の組織化、医療体制整備が展開されている。その結果、患者の意思を尊重した最期、クオリティオブデス(QOD)が達成され、患者家族の満足度が向上し、遺族の心の負担が和らぐことが示されている。

一方、日本では、平成 25 年 3 月の人生の最終段階における医療に関する意識調査結果において、人生の最終段階における医療について家族と全く話し合ったことがない一般国民の割合が 55.9%であった。

また、意思表示の書面をあらかじめ作成しておくことに賛成である割合が 69.7%にもかかわらず、そのうち実際に書面を作成している割合は 3.2%に過ぎなかった。そして、意思表示の書面に従った治療を行うことを法律で定めることに対して、「定めなくてもよい」「定めるべきではない」と回答した一般国民の割合は 53.2%であった。

さらに、職員に対する終末期医療に関する教育・研修を行っている病院は 28.4%、診療所にいたっては 7.3%であった。そして、「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(以下ガイドライン)」についても、それを参考にしてしている割合は高々 22.7%であった。

日本では、人生の最終段階における医療・ケアについて、家族と話し合うことが少なく、書面で意思表示することに賛成する割合は多いが、実際に書面を作成していない現状や、書面の法制化について国民世論が熟していない状況が明らかになっている。また、これらの教育・研修の実施率も低く、そのために有用なガイドラインも周知されていないことが明らかになっている。

諸外国の制度とモデル事業の比較

	教育体制	資格制度	職種	活動状況	効果
Respecting Choices プログラム(米国、豪州、ドイツ、スペイン、シンガポール等)	Respecting Choices プログラム	ACP ファシリテーター(ACPF) (※2)	主たる職種は、看護師、医療ソーシャルワーカー	トレーニングを受けた ACPF が、患者家族と複数回面談。病院から地域へ活動の場を広げている。(※4)	(※5)を参照
人生の最終段階における医療体制整備事業(日本)	E-FIELD プログラム (※1)	相談員 (※3)	主たる職種は、看護師、医療ソーシャルワーカー	本総括報告書記載	本総括報告書記載

※1 E-FIELD :Education For Implementing End-of-Life Discussion; 国立長寿医療研究センターが策定し著作権を有する ACP や EOLD に関する教育プログラムである。このプログラムは、厚生労働科学研究費 (H25-特別-指定-036)、長寿医療研究開発費 (25-9) のサポートにより策定され、愛知県知多半島地域の7つの医療機関の協力を得て実施された E-FIELD 研修会において、長寿医療研究開発費 (25-9) のサポートにより、エビデンスが実証された。また、このプログラムは、第5回 International Society of Advance Care Planning and End of Life Care Conference Sep 9-12, 2015, Munich, Germany において、3rd poster prize を獲得した。

Miura etc Benefits of the Japanese Version of the Advance Care Planning Facilitators Education Program Geriatrics & Gerontology International 2016, in press.
(国立長寿医療研究センターの三浦らにより、E-FIELD プログラムの短期効果が示された。)

※2 ACPF: 各国によって資格制度の詳細は異なる。政府が予算を計上し ACPF の人材育成を後押しする例もある。

※3 人生の最終段階における医療体制整備事業における相談員: E-FIELD 研修を受講した事業実施医療機関の医療者である。平成26年度人生の最終段階における医療体制整備事業の中心的な役割として位置付けられた。平成28年3月31日現在、相談員は特定の資格や制度ではない。

※4 ACPF は、自らの病院内の活動にはじまり、しだいに施設の壁を超え、地域の医療機関と連携するように変遷する。ACPF は、健康な地域住民にも ACP についての啓発活動を行う。

※5-1 米国全体では、意思表示の書面の記載率は30%前後だが、このプログラムを実践したラクロス群内で亡くなった400人を対象とした、2007年9月から2008年3月の調査では90%がこれらの書面を有しており、その99%が患者の医療記録の所定の場所にも保管されていた。

Hammes, BJ etc. "A Comparative, Retrospective, Observational Study of the Prevalence, Availability, and Specificity of Advance Care Plans in a County that Implemented an Advance Care Planning Microsystem." American Geriatrics Society 2010; 58:1249-1255.

※5-2 豪州では、ACPファシリテーターを介入群とするランダム化比較試験が実施され、ACPによって、人生の最終段階にある患者の願いが酌み取られ、その願いが尊重されることが明らかになった。

Karen D etc The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial BMJ 2010; 340

4. 事業の目的

本事業の目的は、患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療を実現するため、医療機関において、「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(以下ガイドライン)」に則って、患者の人生の最終段階における医療などに関する相談に乗り、必要に応じて関係者の調整を行う相談員を含む医療・ケアチームの配置や、困難事例の相談などを行うための複数の専門家からなる委員会の設置などを行うことによって、人生の最終段階における医療に係る適切な体制のあり方を検討し、その体制整備に資することである。

本事業は、欧米豪等でいうところの、相談員(ACPF)を中心とし、法律ではなくガイドラインに準拠し、医療機関職員への教育研修を実施し、相談員(ACPF)が周囲の医療ケアチームと協力し仕組みをつくりながら、患者家族との継続的な対話によって、患者の意思を尊重した最期、クオリティオブデス(QOD)を達成するための事業ともいえる。

5. 事業の内容

1) 事業評価機関(国立長寿医療研究センター)の事業内容

- ・平成 27 年 5 月 14 日
評価実施機関事業計画書提出(図 1)
- ・平成 27 年 5 月 27 日
事業に係る計画書を国立長寿医療研究センター倫理・利益相反委員会に提出(図 1)
- ・平成 27 年 7 月 2 日
ワーキンググループプログラム検討会開催(図 1)
ワーキンググループメンバーを招集し、研修プログラム(E-FIELD プログラム)改訂、事業評価方法、進捗管理の方法について検討した。今後の方向性を事務局案としてまとめ、モニタリング委員へ文書により照会を行った。
- ・平成 27 年 8 月 3 日
同倫理・利益相反委員会承認
- ・平成 27 年 8 月 12、13 日
人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修会
Education For Implementing End-of-Life Discussion(E-FIELD)を実施(図1)
相談員研修会の前後で、相談員の自信、困難感、知識、態度、研修の有用性についての質問紙調査を実施。可能な限り、日本語で信頼性と妥当性が確認されている質問紙を使用。
(図 2)
※ 平成 28 年 2 月 3 日の成果報告会直後(事業 6 ヶ月後)にも同調査を実施。
- ・平成 27 年 8 月
各事業実施医療機関における、E-FIELD の伝達講習のための教材として、E-ラーニング

(http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/eol/kensyu/2014leader01_doc.html)を紹介した。

- ・平成 27 年 10 月～平成 28 年 2 月 29 日

以下の、各医療機関の相談員/医療・ケアチームの活動を支援し、進捗管理した。

E-FIELD の伝達研修、臨床倫理委員会の設置を実施。

・適格基準や除外基準をもとに、各医療機関が独自に設定した特定病棟に入院中の患者家族、また、在宅医療機関が担当した患者家族に相談支援介入を開始。相談支援の開始は、平成 28 年 1 月 31 日までの約 4 ヶ月間で終了とした。介入開始後 4 週間まで相談内容シートの記載をフォローアップする介入計画であったため、平成 28 年 2 月 29 日まで相談支援は継続され終了した。

- ・平成 27 年 11 月 4 日

各事業実施医療機関の進捗状況を相互共有するため中間報告会を行った。

- ・平成 27 年 12 月から平成 28 年 2 月

国立長寿医療研究センター事務局から各医療機関を訪問し、現場環境についての考察も加えつつ、本事業についての意見交換を行った。(図 1)

- ・平成 28 年 2 月 3 日

成果報告会を開催した。午前中は、5 事業実施医療機関からの報告、午後は、相談員ならびに相談員を支えた医療ケアチームメンバーによる相談支援導入のフローチャート作成についてのグループワークを実施した。(図 1)

- ・平成 28 年 2 月 3 日

成果報告会后に、相談員の自信、困難感、知識、態度、研修の有用性についての質問紙調査を実施。可能な限り、日本語で信頼性と妥当性が確認されている質問紙を使用。(図 2)

※ 平成 27 年 8 月 12 日 13 日の、人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修会 (E-FIELD プログラム)の前後でも同調査を実施。

成果報告会后に、同意の得られた在宅医療機関の相談員に対してフォーカスグループによるインタビュー調査を実施した。(図 2)

- ・平成 28 年 3 月 24 日

5 医療機関の事業報告書提出、続いて評価実施機関である国立長寿医療研究センター事務局から総括事業報告書を提出した。

2) 事業実施機関の事業内容

- ・平成 27 年 8 月 12 日 13 日

人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修会

Education For Implementing End-of-Life Discussion(E-FIELD)に参加(図 1)

- ・平成 27 年 9 月～10 月

各事業実施医療機関の独自の方法や、国立長寿医療研究センター作成の E-ラーニング

(http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/eol/kensyu/2014leader01_doc.html)を用いた伝達講習

会、医療ケアチーム構築、医療機関によっては倫理判断支援機能を有した特定の医療ケアチームを構築、臨床倫理委員会の設置に取り組みながら、相談員は、周囲の医療ケアチームを巻き込み、組織化、医療体制整備を推進した。(図2)

・平成27年10月～平成28年2月29日

適格基準や除外基準をもとに、各医療機関が独自に設定した特定病棟に入院中の患者家族、また、在宅医療機関が担当した患者家族に相談支援介入を開始。相談支援の開始は、平成28年1月31日までの約4ヶ月間で終了とした。介入開始後4週間まで相談内容シートの記載をフォローアップする介入計画であったため、平成28年2月29日まで相談支援は継続され終了した。

・平成27年11月4日

中間報告会に参加し、各医療機関は事業の中間報告をした。

・平成28年2月3日

成果報告会に参加し、各医療機関は事業の成果を報告した。

・平成28年3月14日

各医療機関は、事業報告書提出。

人生の最終段階の医療体制整備事業（進捗管理）

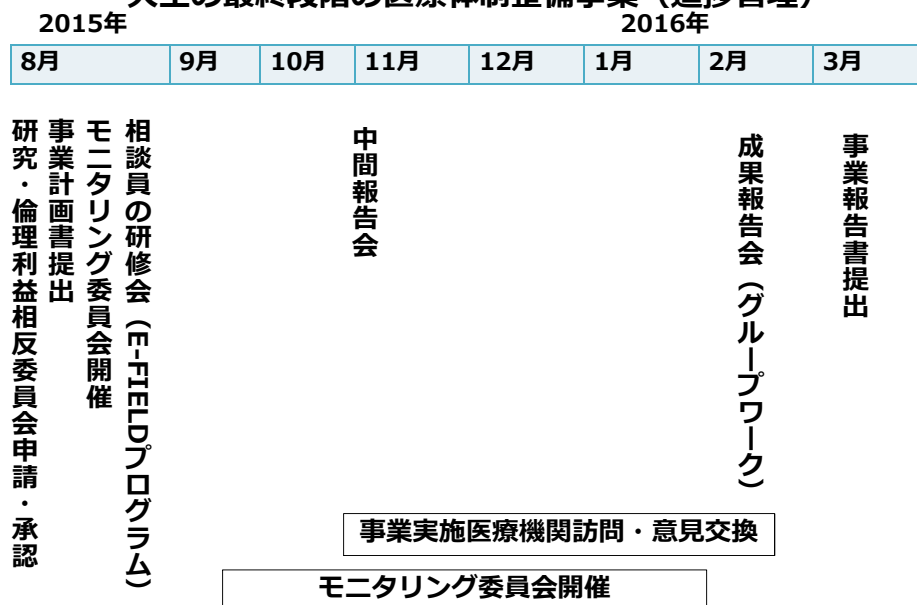


図1 事業進捗管理の経過表

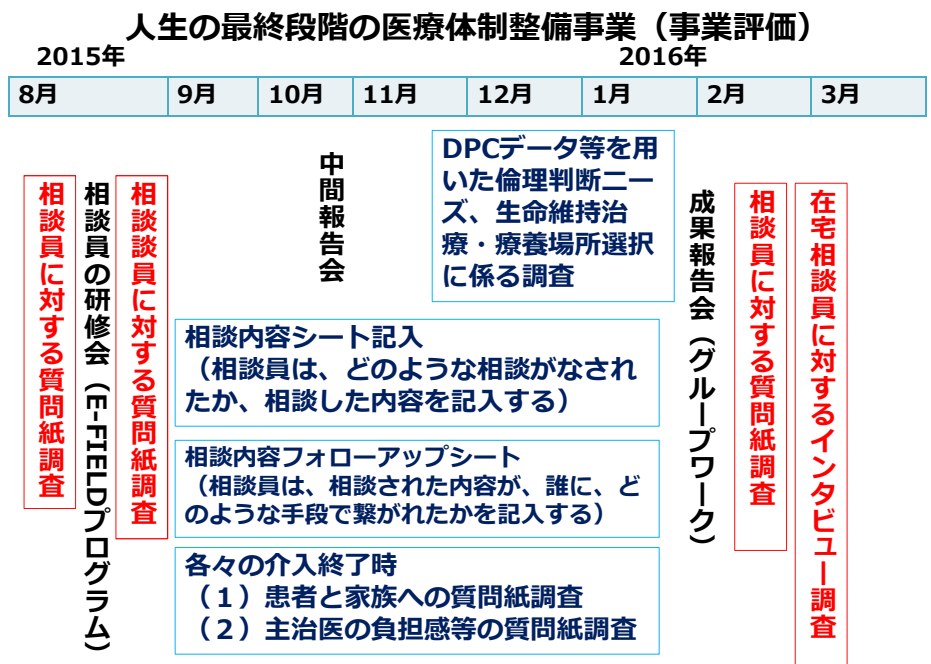


図2 事業評価の経過表

6. 事業実施医療機関

事業実施医療機関については、厚生労働省が公募し、医療機関が提出した事業計画書に基づき、5ヶ所の医療機関が選定された。

様々な背景の異なる医療機関が、本事業に参加した。(図3)

5ヶ所の医療機関における病棟種類については、本事業の対象病棟として7対1病棟を選定した3医療機関、在宅専門クリニック・在宅療養支援診療所の2医療機関に大別された。

病院名	主疾病	病床数	種類
静明館	がん・非がん(神経難病)	0	在宅療養支援診療所
オレンジ	がん・非がん	0	在宅療養支援診療所
東京医療	総合内科・呼吸器科	51	病院(7対1)
公立富岡	脳神経外科・泌尿器科・皮膚科	44	病院(7対1)
春日井	内科・呼吸器科・透析	50	病院(7対1)
	(病院平均)	48.3	

図3 5医療機関の病床種類や病床数や病床特徴

医療機関名称

- (静明館) = 医療法人財団老蘇会 静明館診療所
- (オレンジ) = オレンジホームケアクリニック
- (東京医療) = 独立行政法人国立病院機構 東京医療センター
- (公立富岡) = 公立富岡総合病院
- (春日井) = 春日井市民病院

7. 人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修会

平成 27 年 8 月 12 日 13 日に人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修会を実施した。

公募により選定された 5 医療機関における相談員を対象に開催した。

日時 平成 27 年 8 月 12 日(水)9:00～19:00、8 月 13 日(木)9:00～15:15

場所 東京大学 本郷キャンパス

(東京都文京区本郷7-3-1)

プログラム Education For Implementing End-of-Life Discussion(E-FIELD)プログラム実施

E-FIELD プログラム担当講師

(平成 27 年 8 月 12 日)

1) 事業の説明

厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室 在宅看護専門官 後藤 友美

2) アイスブレイキング

西岡病院 医療福祉課 課長 岡村 紀宏

3) 講義 1

意思決定に関連する法的な知識

東京大学大学院 法学政治学研究科 教授 樋口 範雄

4) 講義 2

臨床における倫理の基礎

東京大学大学院 人文社会系研究科 特任教授 清水 哲郎

5) 導入

倫理的な問題を含む事例検討の進め方

東京医療センター 臨床疫学研究室 室長 尾藤 誠司

6) 講義 3-a

合意形成を行う上での手順

意思決定プロセス 及び ガイドライン

東京大学大学院 人文社会系研究科 特任教授 清水 哲郎

7) 講義3-b

合意形成を行う上での手順

現場での実践

いきいき在宅クリニック 看護部長 横江 由理子

8) 講義4

ケアの目的と合意形成を行う上での根拠

東京医療センター臨床疫学研究室 室長 尾藤 誠司

9) ロールプレイ1

もしも、のときについて話し合いを始める

神戸大学大学院 医学研究科 特命教授 木澤 義之

10) ロールプレイ2

代理決定者を選定する

神戸大学大学院 医学研究科 特命教授 木澤 義之

11) 講義5

各論 a.総論 b.急変時の対応 c.人工呼吸器 d.人工栄養

東京医療センター 臨床疫学研究室 室長 尾藤 誠司

12) ロールプレイ3

療養生活での不安・疑問・大切なことを尋ねる

神戸大学大学院 医学研究科 特命教授 木澤 義之

13) ロールプレイ4

治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する

代理決定者の裁量権を尋ねる

神戸大学大学院 医学研究科 特命教授 木澤 義之

14) 講義6

意思を引き継ぐこと

希望をつなぐ連携

北里大学病院 トータルサポートセンターセンター長 小野沢 滋

(平成 27 年 8 月 13 日)

15) ロールプレイ5

代理決定者と、患者の治療の開始・差し控え・終了について話し合う

神戸大学大学院 医学研究科 特命教授 木澤 義之

16) ロールプレイ6

治療の開始・差し控え・終了について話し合う

神戸大学大学院 医学研究科 特命教授 木澤 義之

17) スモールグループディスカッション 1

医療者同士の価値観コミュニケーション

東京医療センター 臨床疫学研究室 室長 尾藤 誠司

18) 模擬実習

倫理カンファレンスの進め方

東京医療センター 臨床疫学研究室 室長 尾藤 誠司

19) スモールグループディスカッション 2

相談員自身の振り返り

常磐病院 社会支援課 課長 鈴木 幸一

E=FIELD 受講者

25 人

(医師 8 人、看護師 10 人、医療ソーシャルワーカー 4 人、社会福祉士 1 人、臨床心理士 2 人)

病院名	医師	看護師	医療ソーシャルワーカー	その他	その他の職種
静明館	2	1		1	社会福祉士
オレンジ	1		1		
東京医療	3	3	1	1	臨床心理士
公立富岡	1	2	2		
春日井	1	4		1	臨床心理士
合計(人)	8	10	4	3	25

8. 研修プログラム(E-FIELD プログラム)とその評価

E-FIELD プログラム作成の経緯

E-FIELD プログラムは、厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)(H25-特別指定-036)、長寿医療研究開発費(25-9)において、がん、非がん各々の領域で、高齢者医療、緩和ケアの専門家、医療教育の専門家、法律や倫理の専門家であって、看護師、医療ソーシャルワーカー、医師、哲学者、法律家と幅広い領域の専門家が一堂に会して作成され、ブラッシュアップを重ねた。

また、E-FIELD プログラムは、平成 26 年 6 月 28 日(土)、29 日(日)に、国立長寿医療研究センターにおいて、先行研修会を開催し、E-FIELD プログラムの履修前後で、FATCOD(Frommelt Attitude Toward Care Of Dying scale)Form B-J を測定した。

(FATCOD-Form B-J は、米国の Frommelt が開発した、死にゆく患者に対する医療者のケア態度を測定する尺度である。日本語版の信頼性と妥当性が証明されている尺度である。)

Factor Structure and Reliability of the Japanese Version of the Frommelt attitudes toward

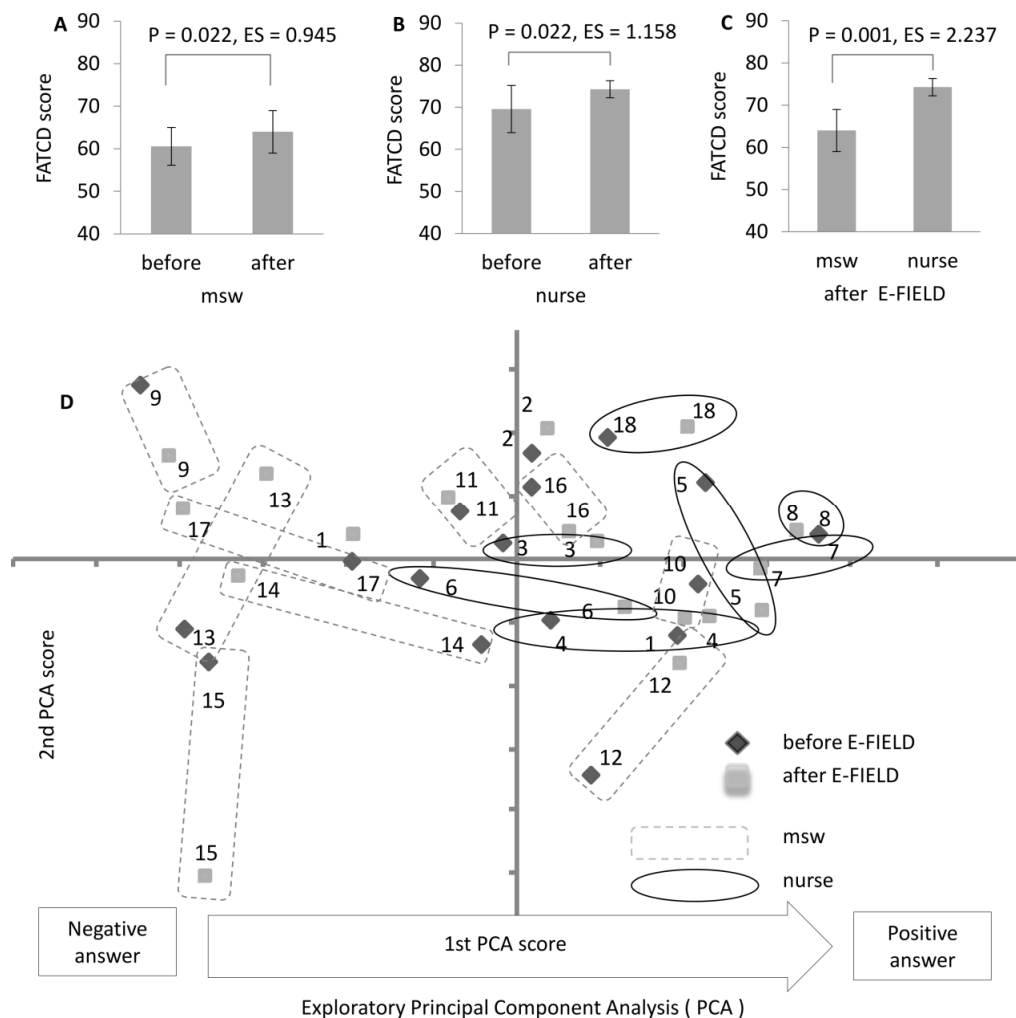
care of the dying scale(FATCOD-B-J) , Japanese Journal of Cancer Nursing. 2006; 11(6): 723-9. (in Japanese)

中井裕子, 宮下光令, 笹原朋代, 小山友里江, 清水陽一, 河正子. Frommelt のターミナルケア態度尺度 日本語版(FATCOD- B-J)の因子構造と信頼性の検討 — 尺度翻訳から一般病院での看護師調査、短縮版の作成まで—. がん看護. 2006; 11(6): 723-9.

E-FIELD プログラムは、MSW や看護師の、死にゆく患者のケアに対する積極的な態度により変化をもたらす短期的効果があることが明らかにされている。また、MSW 以上に看護師により親和的なプログラムであることも示されている。(図 PanelA、B、C、D 参照)

なお、E-FIELD プログラムは、第 5 回 International Society of Advance Care Planning and End of Life Care Conference Sep 9-12, 2015, Munich, Germany において、3rd poster prize を獲得した。

Miura etc Benefits of the Japanese Version of the Advance Care Planning Facilitators Education Program Geriatrics & Gerontology International 2016, in press.



E-FIELD プログラムの改訂

平成 28 年 2 月、本事業の終盤にさしかかった頃、相談員 25 人に対して、E-FIELD プログラムの修正意見を求めた。

相談員 25 人は、①E-FIELD プログラムを 2 日間の研修会で学んだ知識、②自らの施設で、他の医療者に伝達研修した経験、そして何より、③実際に、相談員自ら又は周囲の医療ケアチームと連携して、患者の人生の最終段階における医療ケアなどに関する相談に乗った経験を踏まえて、修正意見を提出した。

修正すべきポイントに関する記載のない肯定的な意見のみの記載を除き、以下に、プログラム順に、修正意見を、原文に忠実に掲載する。

1 日目	主旨、構成内容	修正意見
イントロダクション	意識調査等	・国民の7割が事前指示書について関心があることは、もう少し強調されるべきだと思う。
アイスブレイキング	アイスブレイキング	
講義 1	意思決定に関連する法的な知識	・横浜地裁判決について、もう少し、かいつまんで説明する必要があると感じる。 ・刑事事件にはならないことは理解できる。しかし、民事訴訟もやはり心配だ。民事訴訟にならない要件も知りたい。
講義 2	臨床における倫理の基礎	
導入	倫理的な問題を含む事例検討の進め方	・倫理相談チームがある医療機関が少なく、想像しにくい。 ・「医学的に正しいこと」を、「標準治療に書かれていること」とか、「ガイドラインに書かれていること」とか、「臨床研究で証明されたこと」とか、表現を工夫したほうがよい。 ・「医療の目的」については、別の考え方の人もいるので、出典を明示して欲しい。
講義 3-a	合意形成を行う上での手順 意思決定プロセス及びガイドライン	

講義 3-b	合意形成を行う上での手順現場での実践	・「今の気持ち」の下位概念が、すべて十分に意思確認ができない場合の設定になっている。意思確認できる場合も含めた設定になっていると汎用しやすい。
講義4	ケアの目的と合意形成を行う上での根拠	・呼吸困難感にモルヒネを使うと死期を早めるように受け取られかねない記載があるので訂正したほうがよい。
ロールプレイ 1	もしも、のときについて話し合いを始める	・医療従事者からケア提供者に表現をかえるとよい。
ロールプレイ 2	代理決定者を選定する	
講義 5	総論	
	急変時の対応	
	人工呼吸器	・論理構造として「治療を頑張りたい」×「辛い治療は嫌だ」の二律背反のみになっている。他にも「呼吸器つけて生きていくのは嫌」×「呼吸器を使わないで死んでしまうのは嫌」の二律背反とか将来についても含めたほうがよい。
	人工栄養	・胃瘻ではなく、胃瘻栄養とか胃瘻造設と表現を変えたほうがよい。 ・医療は目的ではなく、医療は手段である、ことを踏まえた表現に変えたほうがよい。
ロールプレイ 3	療養生活での不安・疑問・大切なことを尋ねる	
ロールプレイ 4	治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する 代理決定者の裁量権を尋ねる	

講義 6	意思を引き継ぐこと、希望をつなぐ連携	・申し送る内容に患者の人生が入ると良い。例えば、「佐藤さんはバス会社で 40 年間休みなく働いてきた、1 男 2 女を持つ方です。」とか「鈴木さんは独身のまま定年まで勤めてきた方で、ご近所の方を気遣いながら生活していた。」とか、の表現です。
2 日目	主旨、構成内容	修正意見
ロールプレイ 5	代理決定者と、患者の治療の開始・差し控え・終了について話し合う	
ロールプレイ 6	治療の開始・差し控え・終了について話し合う	
スモールグループ ディスカッション 1	医療者同士の価値観コミュニケーション	
模擬実習	倫理カンファレンスの進め方	・倫理カンファレンスをしていない施設にはピンとこないようだったので、倫理カンファレンスについてももう少し具体的な提示があるとよかった。
スモールグループ ディスカッション 2	相談員自身の振り返り	
全体		<ul style="list-style-type: none"> ・ロールプレイやグループワークにおいて、在宅の設定を含めたほうがよい。また、ロールプレイは、多施設の人と行ったほうがよかった。 ・医師向け、看護師向け、MSW 向け、ケアマネジャー向けの研修にしたほうがよい。 ・指導者研修と一般研修の 2 段階研修にするほうがよいだろう。

今後これらの意見を基に修正が必要である。特に、様々な設定を追加する必要がある。場の設定としては、在宅医療や施設の設定を含める必要がある。疾患に関する設定としては、慢性呼吸器疾患や慢性心不全の設定を含める必要がある。

9. 事業実施状況:

a) 相談支援体制の組織化について

1) 伝達研修の実施について

各医療機関において、講義、グループワーク、ロールプレイ、ワールドカフェ等に方法で、伝達研修が実施された。

2) 医療機関内の組織化、体制整備、特に相談支援の導入について

<病院: 公立富岡総合病院、春日井市民病院>

i) 2病院が、各々、あらかじめ指定した特定病棟に入院した患者に対して、相談支援を導入した。医療機関もしくは相談員主導で、相談員の周囲の医療者に理解を得ながら、相談支援導入のための医療体制を組織化した。また、臨床倫理委員会が組織されていない医療機関においては、困難事例への対応などを行うために、複数の専門家からなる臨床倫理委員会をあわせて組織した。

ii) 特定病棟の入院患者のうち、適格基準を満たし、除外基準を満たさない患者を選択した。

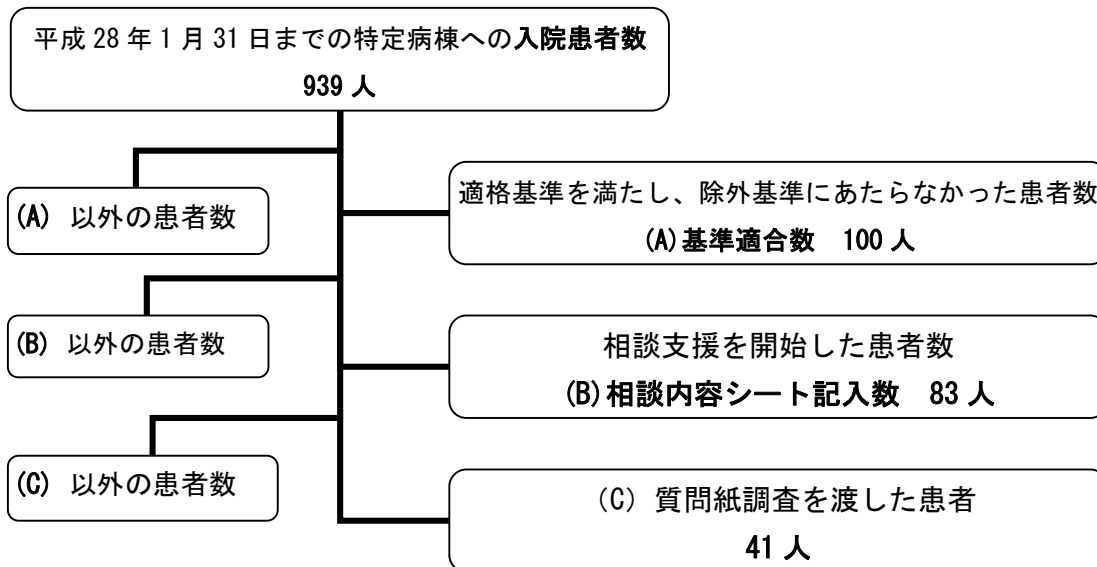
iii) 特定病棟において、リクルートした患者に、実際に相談支援を導入した。

<在宅療養支援診療所: 静明館診療所、オレンジホームケアクリニック>

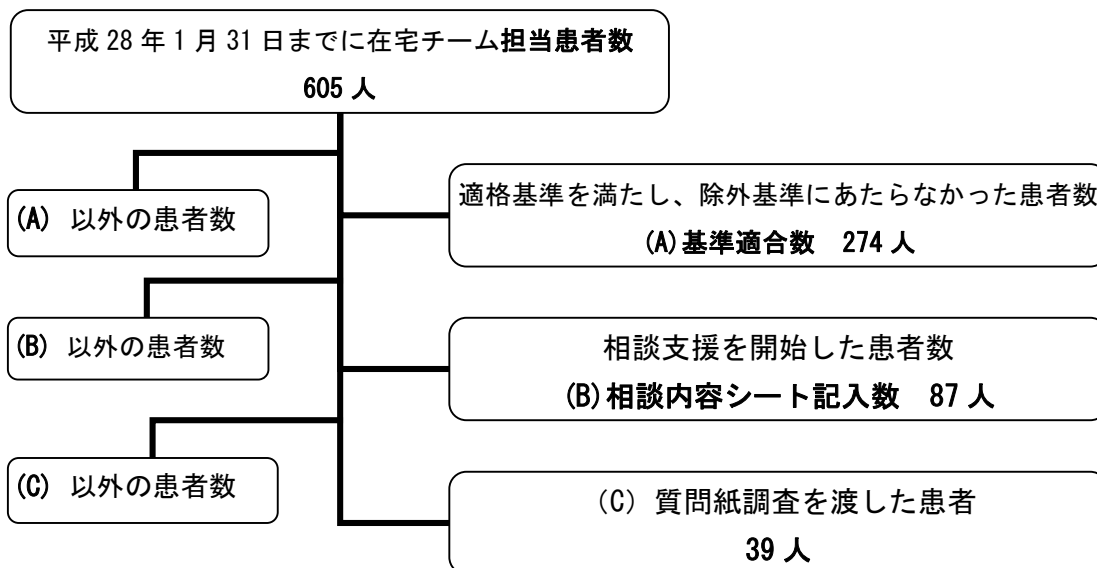
在宅療養支援診療所においては、担当した患者・家族に相談支援を導入した。

i) ii) iii)の結果、平成28年1月31日までに2つの病院の特定病棟に入院した患者・家族、2つの在宅療養支援診療所が担当した患者・家族は、4医療機関全体の实数では、入院患者数1544人、そのうち適格基準に適合し、除外基準にあたらなかった患者は、374人(24.2%)であった。そのうち、実際に相談支援を開始し、相談内容シートに記入した患者は、170人(45.5%)であった。
入院患者全体のうち11%の患者に相談支援が導入された。

<病院>



<在宅療養支援診療所>



上記のフローに記載された人数は、4 医療機関全体の実数

※ 尚、東京医療センターは、相談員の直接介入ではなく、倫理サポートチームの活動を主体に事業実施したため、上記のカウントには含めなかった。

下記に4医療機関毎の、違いの際立ったデータを記載し考察

病院名	病床数	在院日数	患者数	基準適合数	基準適合率	シート記入数	シート記入率
公立富岡	44	10.9	447	59	13.2	50	84.7
春日井	50	15.4	492	41	8.3	33	80.5
静明館	0	-	343	40	11.7	40	100.0
オレンジ	0	-	262	234	89.3	47	20.1

<用語の定義>

基準適合数は、モニタリング委員会の示した適格基準と除外基準に適合した人数

適格基準: 以下の全てを満たす患者とその代理決定者である家族

- ①生命の危機に直面する可能性のある疾患に罹患している・もしくは状態にある(認知症およびフレイルを含む)
- ②対象者が成人
- ③今後・現在の治療・ケア・生活についての相談が必要と医師が判断している
- ④主治医・担当医もしくは病棟看護師によって相談員の参与があることについて患者若しくは代理決定者である家族に説明がなされており、当該者に口頭で同意が得られている。

除外基準: 医療従事者が以下のように判断した場合

- ①患者の病状が身体的に重篤で相談することが難しい。
- ②相談が精神的に著しい負担となることが予想される。

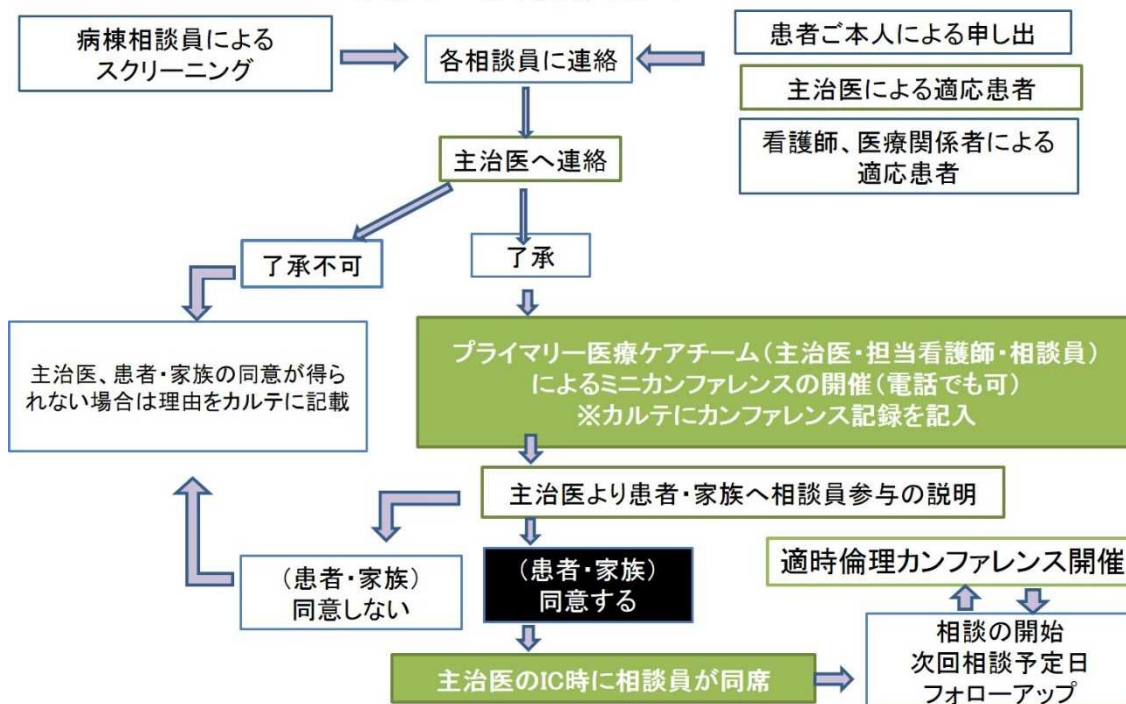
基準適合率＝基準適合数/全入院数×100

シート記入数は、最終的に患者家族に相談支援を開始し、シート記入を開始した数

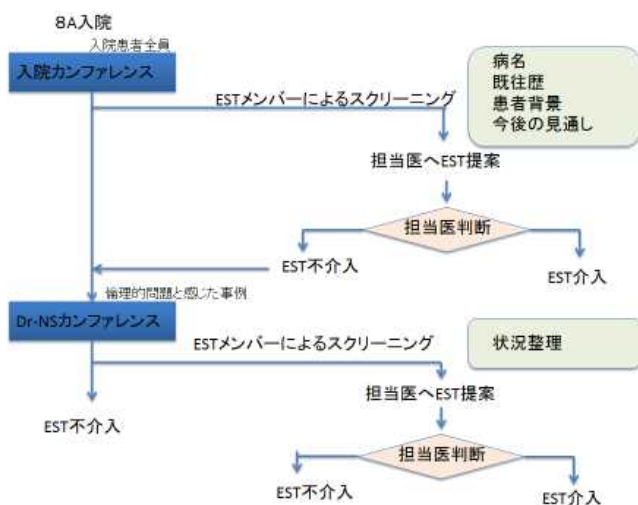
シート記入率＝シート記入数/基準適合数×100

相談支援を導入する流れ(例)

人生の最終段階における医療 思いを酌むフロー



倫理カンファレンスを導入する流れ(例)



① 入院患者数	1120 名
② 入院カンファレンススクリーニング数	80 名
③ ②後 EST 介入数	14 名
④ Dr.-NS カンファレンススクリーニング数	6 名
⑤ ④後 EST 介入数	0 名

(東京医療センター 倫理カンファレンス)

実施回数 **8回**

患者年齢平均 75.5 歳

男：女 3名：5名

患者背景（相談背景） くも膜下出血、誤嚥性肺炎、COPD 増悪、低栄養、肝機能障害、
脳梗塞、流産 COPD 増悪、統合失調症、敗血症、呼吸不全

(ACP 相談)

実施回数 **6回**

男：女 4名：2名

相談体制について

患者の思いを酌む：病院では、ある程度、対象患者家族のスクリーニング、主治医の了承を得るプロセスを経て、相談支援を導入し、相談員や病棟が困難を感じた時に倫理カンファレンスを利用できるような体制がよい。もちろん、患者家族から申し出があったケースでの相談支援の開始は当然である。一方、在宅においては、フローチャートや主治医了承を意識しすぎないほうがよい。

患者の思いを繋ぐ：ケアに携わる人々の間で垣根のないオープンな雰囲気づくりは全ての土台だが、患者の主観を、医療者の書き換え表現ではない患者の主観を、例えばお薬手帳等、患者と共に動く媒体に乗せて繋ぐほうがよい。繋ぐ内容については、病院では結果を繋ぎがちだが、プロセスを繋げばよい。在宅では、結果ではなくプロセスそのものを繋ぐ。

b)相談内容シートについて

平成 26 年度の事業において相談シートを書かれた、400 例について解析した。

1. 対象となった患者の背景

- 1) 性別：男性227名(56.8%)、女性172名(43.0%)であった。
- 2) 相談対象者：患者を含んだ相談が60.3 %を占めた。(表1参照)

表 1: 相談対象者

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	2	.5	.5	.5
患者のみ	106	26.5	26.5	27.0
家族のみ	157	39.3	39.3	66.3
患者・家族ともに	135	33.8	33.8	100.0
合計	400	100.0	100.0	

- 3) 相談依頼経路は医師からが63.7%、看護師からが14.5%、MSWからが11.5%、患者、家族からがそれぞれ2.5%、4.5%であった。
- 4) 患者の意思決定能力: 意思決定ありと判断されたものが225名(56.3%)、なしと判断されたものが114名(28.5%)、不明が13.8%であった。
- 5) 患者の背景疾患: 肺疾患が24.0%と最も多く、悪性腫瘍16.5%、心疾患13.3%、心疾患13.3%、脳血管障害12.0%、認知症4.5%と続いた。詳細を表2に示す。

表 2. 患者の背景疾患

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	6	1.5	1.5	1.5
脳血管障害	48	12.0	12.0	13.5
その他	80	20.0	20.0	33.5
神経筋疾患	6	1.5	1.5	35.0
認知症	18	4.5	4.5	39.5
心疾患	53	13.3	13.3	52.8
肺疾患	96	24.0	24.0	76.8
腎疾患	7	1.8	1.8	78.5
肝硬変	6	1.5	1.5	80.0
悪性腫瘍	66	16.5	16.5	96.5
フレイル	14	3.5	3.5	100.0
合計	400	100.0	100.0	

- 6) 既存のAdvance Directivesの表明: ありとされたものは42名(10.5%)であった。

2. 相談内容

- 1) 病状認識と治療目標の確認: 患者の病状認識、家族の病状認識を確認した例がそれぞれ54.5%、67.3%であった。また、患者と治療目標の確認、家族と治療目標の確認を行った例がそれぞれ41.3%、42.8%あった。

- 2) 病状説明に関すること: 病状説明に関する希望の探索を実施したものが47.5%、病状の補足説明に関する相談を行った例が35.3%、追加の病状説明に関する調整を行った例が17.5%あった。
- 3) 代理決定者に関すること: 代理決定者を選定するように促した例が41.3%、代理決定者とともに相談した例が33.0%、代理決定者の裁量権について相談された例が25.8%あった。
- 4) 困っていること、心配なこと、大切なこと、不安なこと: 患者の困っていること、心配なこと、大切なこと、不安なことについて相談した例は、それぞれ45.5%、40.3%、32.3%、39.3%であった。家族の困っていること、心配なこと、大切なこと、不安なことについて相談した例は、それぞれ39.3%、55.8%、30.3%、38.0%であった。
- 5) 希望する医療: 受けたくない医療行為について相談した例、受けたい医療行為について相談した例、いのちに対する考え方(どんな状態であっても出来る限りの延命治療を望むか、条件付きで望むか、全く望まないか、など)について相談した例はそれぞれ72.0%、56.8%、44.0%であった。
- 6) 特定の医療行為に関する相談: 人工呼吸器の使用、気管挿管、NPPVの使用について相談された例は、それぞれ8.8%、6.5%、5.3%だった。経管栄養の実施、経鼻胃管の挿入と使用、胃瘻造設と使用、末梢輸液、高カロリー輸液について相談された例はそれぞれ、6.8%、6.5%、10.3%、14.2%、6.8%であった。輸血、抗菌薬、心肺蘇生について相談された例は、6.0%、4.3%、10.0%であった。
- 7) 療養環境の調整: 望んでいる療養場所、どこで最後を迎えるかについて相談した例がそれぞれ80.0%、54.5%あった。利用できるサービスについてが35.5%、ソーシャルサポートの強化と家族関係の調整がそれぞれ25.8%、12.5%であった。
- 8) 倫理支援チームと倫理委員会: 倫理支援チームに相談された例が4.3%、倫理委員会に諮問された例は0.3%であった。

3. 相談シート記入中止理由と要した労力

- 1) 記載相談理由: 37.9%が相談から4週間を経過し相談シートの記載を終了。患者の死亡によって記載が中断された例が19.9%みられた。
- 2) 相談の回数、要した時間、カンファレンスの回数と時間、病状説明と時間を下記に示す。相談回数と相談総時間数の中央値はそれぞれ2回、1時間であった。

表 3.相談・カンファレンス・病状説明の回数／時間

	度数	最小値	最大値	平均値	中央値	最頻値	標準偏差
面接回数（回）	395	1	14	2.38	2	2	1.708
面接総時間数（時間）	392	0	105	2.46	1	1	8.381
カンファレンス回数（回）	269	0	22	1.84	1	1	2.098
カンファ総時間数（時間）	225	0	105	2.89	0.5	1	11.773
病状説明参加回数（回）	251	0	4	0.98	1	1	0.858
病状説明参加総時間数（時間）	206	0	30	0.63	0.5	1	2.099

考察: 研究の限界: 年齢が不詳、セレクションバイアスの存在、背景が多様で代表性も担保されていないため一般化できない。

- 1) 既存のADが10.5%で示されていた。
- 2) 50%以上で相談されていたのは、「病状認識と治療目標の確認」「困っていること、心配なこと、大切なこと、不安なことについて相談」、「希望する医療に関する相談」「希望する療養場所」「どこで最後を迎えるかの相談」であった。
- 3) 生命維持治療や栄養等に関する具体的な相談に至った例は比較的少数であった。医療行為に関する相談については、輸液、胃ろう、心肺蘇生に関する相談が多かった。
- 4) 今回の事業において人生の最終段階の相談に要した労力は回数として2回程度、総相談時間は1時間程度であった。

平成 27 年度の事業において相談シートを書かれた、161 例について解析した。

4. 対象となった患者の背景

- 1) 性別: 男性92名(57.1%)、女性69名(42.9%)であった。
- 2) 相談対象者: 患者を含んだ相談が73.9%を占めた。(表1参照)

表 1: 相談対象者

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	1	.6	.6	.6
患者のみ	22	13.7	13.7	14.3
家族のみ	39	24.2	24.2	38.5
患者・家族ともに	97	60.2	60.2	98.8
その他	2	1.2	1.2	100.0
合計	161	100.0	100.0	

- 3) 相談依頼経路は医師からが51.6%、看護師からが21.1%、MSWからが5.0%、患者、家族からがそれぞれ5.0%、8.1%であった。
- 4) 患者の意思決定能力:意思決定ありと判断されたものが88名(54.7%)、なしと判断されたものが31名(19.3%)、不明、どちらとも言えない、がそれぞれ21.7%、2.5%であった。
- 5) 患者の背景疾患:悪性腫瘍が36.6%と最も多く、肺疾患11.8%、認知症10.6%、腎疾患6.2%、神経筋疾患5.6%、フレイル5.6%、心疾患5%、脳血管障害5%と続いた。詳細を表2に示す。

表 2.患者の背景疾患

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	9	5.6	5.6	5.6
脳血管障害	8	5.0	5.0	10.6
その他	11	6.8	6.8	17.4
神経筋疾患	9	5.6	5.6	23.0
認知症	17	10.6	10.6	33.5
心疾患	8	5.0	5.0	38.5
肺疾患	19	11.8	11.8	50.3
腎疾患	10	6.2	6.2	56.5
肝硬変	2	1.2	1.2	57.8
悪性腫瘍	59	36.6	36.6	94.4
フレイル	9	5.6	5.6	100.0
合計	161	100.0	100.0	

- 6) 既存のAdvance Directivesの表明:ありとされたものは27名(16.8%)であった。

5. 相談内容

- 1) 病状認識と治療目標の確認:患者の病状認識、家族の病状認識を確認した例がそれぞれ64.6%、70.8%であった。また、患者と治療目標の確認、家族と治療目標の確認を行った例がそれぞれ42.9%、55.9%あった。
- 2) 病状説明に関すること:病状説明に関する希望の探索を実施したものが31.1%、病状の補足説明に関する相談を行った例が45.3%、追加の病状説明に関する調整を行った例が24.8%あった。
- 3) 代理決定者に関すること:代理決定者を選定するように促した例が18.6%、代理決定者とともに相談した例が58.4%、代理決定者の裁量権について相談された例が20.5%あった。
- 4) 困っていること、心配なこと、大切なこと、不安なこと:患者の困っていること、心配

なこと、大切なこと、不安なことについて相談した例は、それぞれ55.9%、52.8%、55.3%、42.9%であった。家族の困っていること、心配なこと、大切なこと、不安なことについて相談した例は、それぞれ60.9%、70.2%、55.9%、58.4%であった。

- 5) 希望する医療: 受けたくない医療行為について相談した例、受けたい医療行為について相談した例、いのちに対する考え方(どんな状態であっても出来る限りの延命治療を望むか、条件付きで望むか、全く望まないか、など)について相談した例はそれぞれ65.2%、46.0%、39.8%であった。
- 6) 特定の医療行為に関する相談: 人工呼吸器の使用、気管挿管、NPPVの使用について相談された例は、それぞれ12.4%、7.5%、5%だった。経管栄養の実施、経鼻胃管の挿入と使用、胃瘻造設と使用、末梢輸液、高カロリー輸液について相談された例はそれぞれ、4.3%、5.6%、12.4%、24.2%、7.5%であった。輸血、抗菌薬、心肺蘇生について相談された例は、6.2%、7.5%、9.3%であった。
- 7) 倫理支援チームと倫理委員会: 倫理支援チームに相談された例が3.1%、倫理委員会に諮問された例はなかった。

6. 相談シート記入中止理由と要した労力

- 1) 記載相談理由: 37.9%が相談から4週間を経過し相談シートの記載を終了。患者の死亡によって記載が中断された例が19.9%みられた。
- 2) 相談の回数、要した時間、カンファレンスの回数と時間、病状説明と時間を下記に示す。

相談回数と相談総時間数の中央値はそれぞれ3回、1.5時間であった。

表 3. 相談・カンファレンス・病状説明の回数／時間

項目	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
相談回数(回)	99	1	11	3.42	1.954
相談総時間数(時間)	93	0	205	4.10	21.088
カンファレンス回数(回)	65	0	5	1.36	.951
カンファ総時間数(時間)	58	0	5	1.04	.871
病状説明参加回数(時間)	64	0	7	1.28	1.175
病状説明参加総時間数(時間)	50	0	7	1.10	1.091

考察: 研究の限界: 年齢が不詳、セレクションバイアスの存在、背景が多様で代表性も担保されていないため一般化できない。

- 1) 既存のADが16.8%で示されていた。

- 2) 50%以上で相談されていたのは、「病状認識と治療目標の確認」「困っていること、心配なこと、大切なこと、不安なことについて相談」、「希望する医療に関する相談」であった。
- 3) 生命維持治療や栄養等に関する具体的な相談に至った例は比較的少数であった。医療行為に関する相談については、輸液、胃ろう、人工呼吸器に関する相談が多かった。
- 4) 今回の事業において人生の最終段階の相談に要した労力は回数として3回程度、総相談時間は1.5時間程度であった。

C) 患者の思いを繋ぐシートについて

<集計結果>

平成 27 年度は、患者の思いの実現に向けた医療機関の連携の実態を調査した。各事業参加施設には、相談を行った患者が当該施設から移行するとき、その後のフォローアップ時、これ以上フォローアップしないと判断した時に記録を依頼した。分析は、5 施設の事業参加施設のうち、病院と在宅診療所別に単純集計を行った。

以下、文中の「病院」とは、平成 27 年度事業に参加した病院施設、「在宅診療所」は、平成 27 年度事業に参加した在宅診療所を示す。

●患者の思いをつなぐ調査シート一覧

調査シートの種類	適用	調査内容
シート① (患者移行時)	相談を行った患者が当該施設(病棟)から他の場所に移行する際に記載	患者の移行先、患者の思いの伝達の有無と伝達内容、伝えた手段、患者の思いをつなげる工夫・配慮(自由記載)
シート② (フォローアップ時)	相談を行った患者を、何らかのフォローアップした際に記載	フォローアップの回数、フォローアップ時の患者の療養場所、フォローアップの手段、移行先での書類保管の有無と管理方法、フォローアップの内容・予定の有無・予定時期
シート③ (これ以上追えなくなった時)	相談を行った患者を、何らかの理由で(死亡を含む)これ以上フォローアップしないと判断した際に記載	患者を追えなくなった理由、追えなくなった療養場所、移行先での書類の保管の有無と管理方法、患者死亡の場合は患者の思いの実現(患者が望んでいた療養場所でなくなったか否か、生命維持治療に対する患者の希望が尊重されたか否か、患者の亡くなり方に家族が納得できていたか否か)

●結果(概要)

➤ シート回収、フォローアップ状況

- ・つなぐシートの回収は 122 件、内訳は病院 103 件、在宅診療所 19 件であった。
- ・患者死亡時までフォローできたのは 22 件であった。
- ・フォローアップは 1 回～5 回されていた。
- ・患者の望む場所、生命維持治療の尊重、患者の亡くなり方に家族が納得した死亡事例が 10 件あった。

➤ **患者の思いをつなぐ先**

- ・患者の思いをつなぐ先は、在宅診療所に比較し、病院では多様な施設や場所であった。
- ・在宅診療所から、病院につなぐ場合も 1 件あった。

➤ **患者の思いをつなぐ手段と内容**

- ・患者の思いをつなぐ手段は、患者移行時は紙媒体、電話が多かった。フォローアップ時は外来受診、訪問などの直接患者家族に対面する方法が多かった。
- ・伝えた思い・フォローアップ時の内容とも、病状と治療目標の認識、希望する療養場所・社会支援、苦痛・心配、不安、大切なこと、が多かった。
- ・患者の思いをつなぐ工夫は、情報共有・相談、他施設との連携確認、情報共有システムづくり、患者家族支援がなされていた。

➤ **思いを伝える書類について**

- ・病院では、移行先でも半数以上に書類が保管され、統一した場所に保管されていることが多かった。在宅診療所では保管はされていなかった。

➤ **死亡した患者の状況**

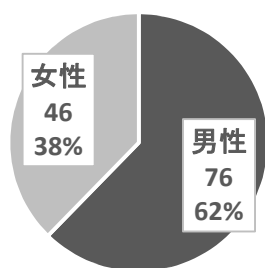
- ・患者が望む場所で死亡したのは、病院では 17 名中 6 名、在宅診療所では 5 名全員であった。患者が望む場所であったか不明であった 8 件のうち 7 件は一般病棟での死亡であった。
- ・生命維持療法の希望が尊重されたのは、病院では 17 名中 9 名、在宅診療所では 5 名全員であった。患者の生命維持療法の希望が尊重されたか不明の 5 件は、すべて一般病棟での死亡であった。
- ・患者の亡くなり方に家族が納得できていたのは、病院 17 名中 13 名、在宅診療所では 5 名中 4 名であった。家族の満足が不明であった病院の 2 件は、一般病棟、自宅死亡が各 1 件であった。同じく不明の在宅診療所での 1 件は、自宅死亡であった(家族調整の難航と次回フォロー前に死亡したことによる)。
- ・望む場所で生命維持治療の希望が尊重され患者の亡くなり方に家族が納得できた死亡事例 10 件のうち、継続的フォローアップがされていたのは 7 件(病院 4、在宅診療所 3)、患者の思いの書類保管がされていたのは 4 件(病院 4、在宅 0)であった。

●結果(詳細)

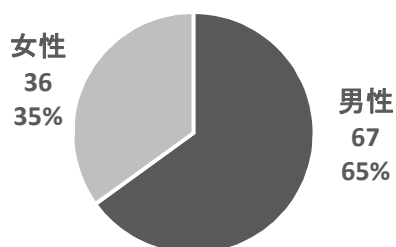
I. シート回収状況

平成 27 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た病院 3 施設、在宅診療所 5 施設において回収されたシートは 122 件であった。その内、病院は 103 件、在宅診療所は 19 件であった。シート別回収数は、シート①49 件、シート②44 件、シート③29 件であった。

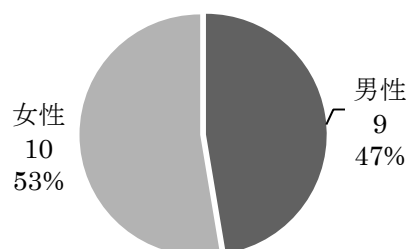
対象患者性別(Total)n=122

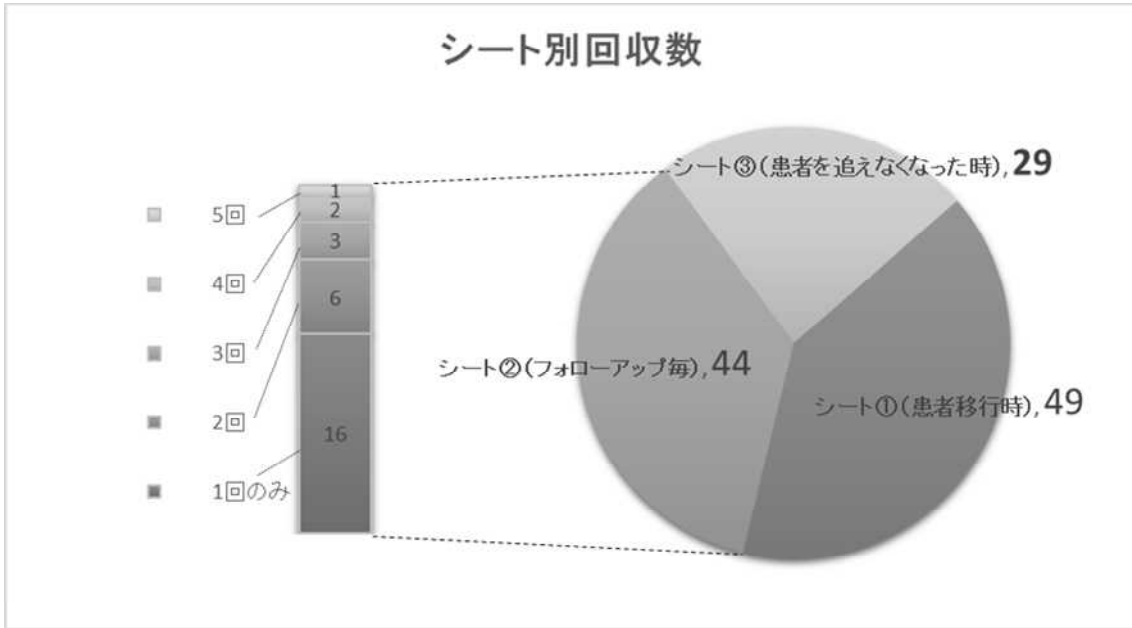


対象患者性別(病院)n=103



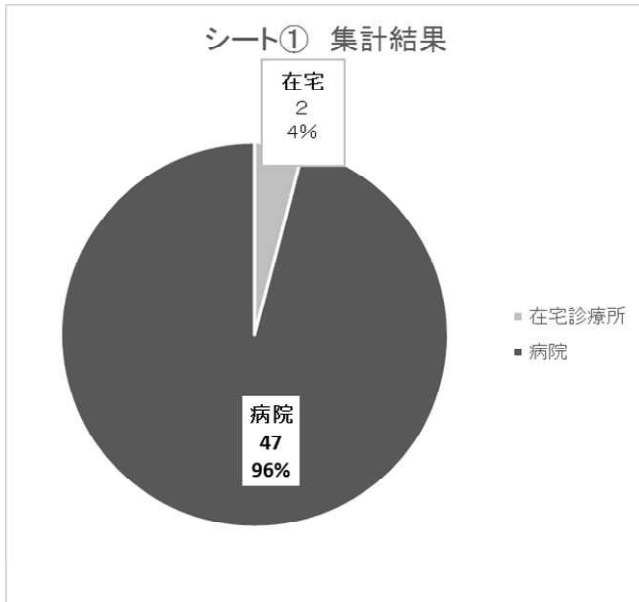
対象患者性別(在宅診療所n=19)





Ⅱ. シート①(患者移行時)集計結果

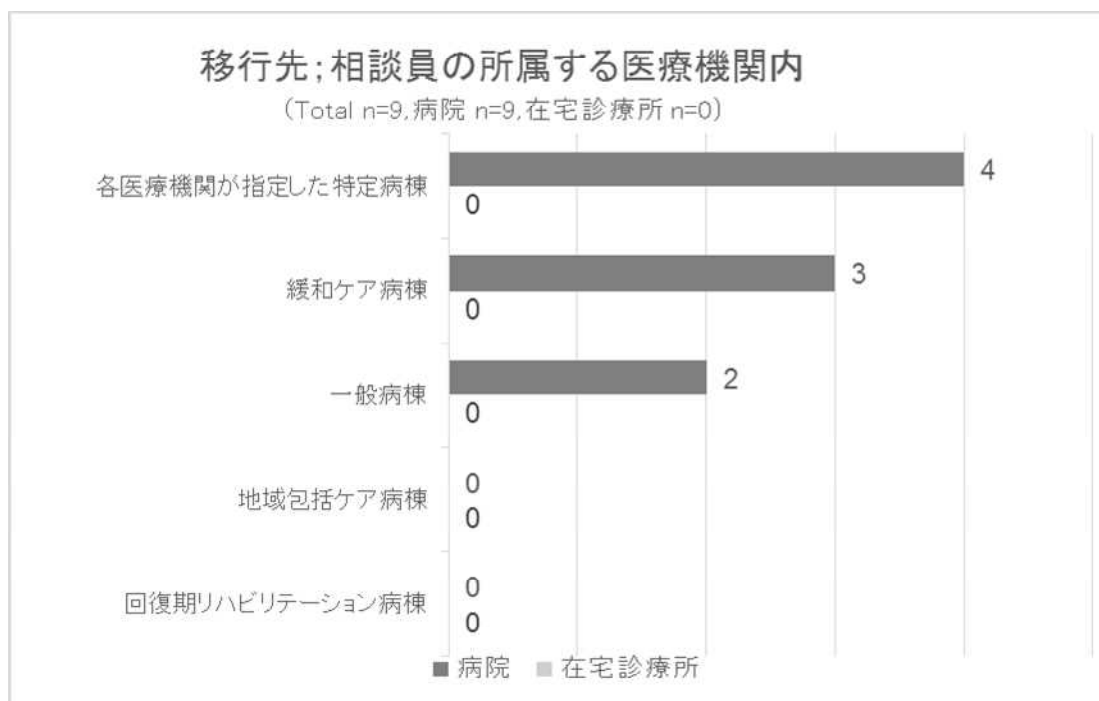
全回収数は、49 件(病院 47、在宅診療所 2)であった。



1. 患者の移行先

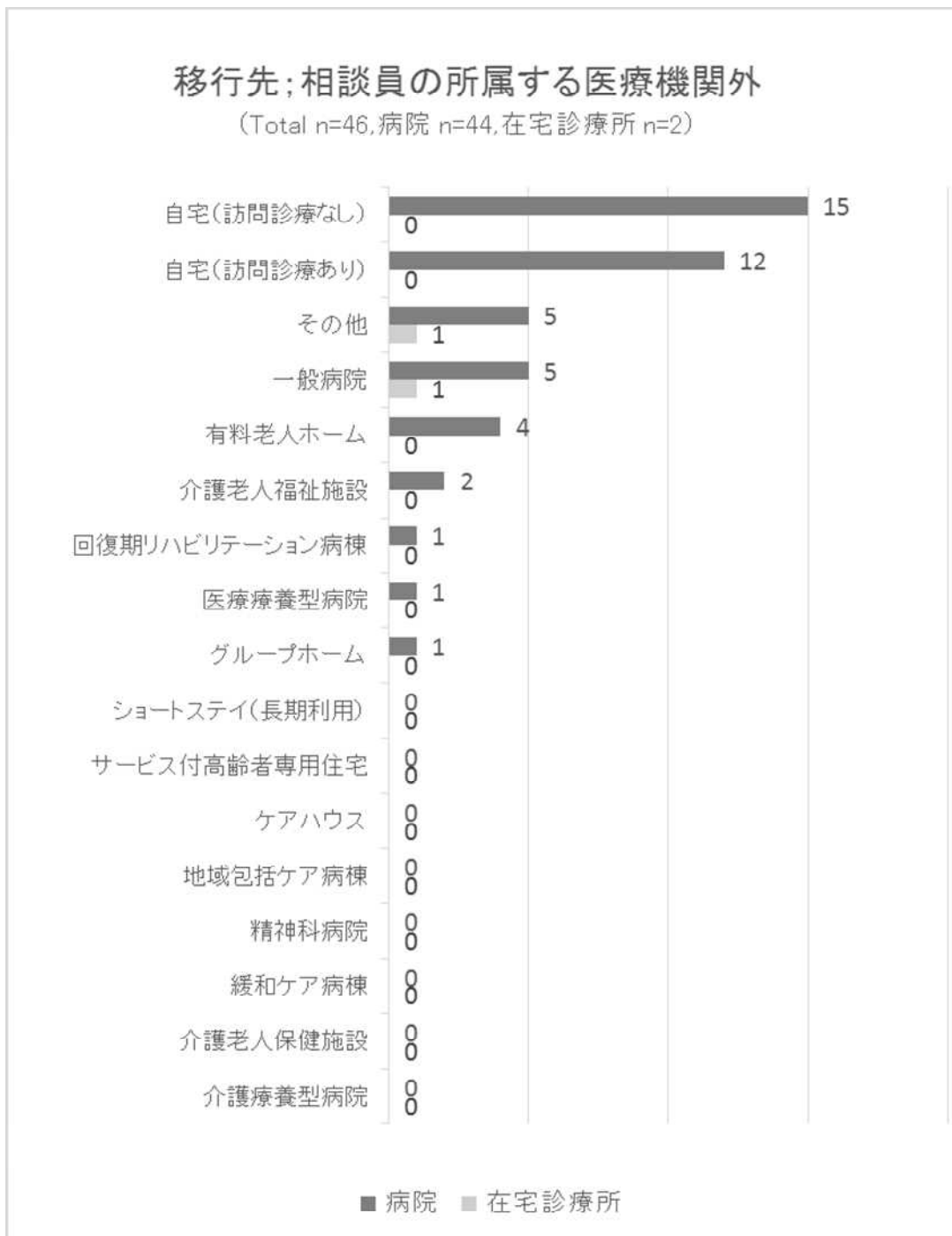
1) 相談員の所属する医療機関内への移行

相談員の所属する医療機関内への移行は、9件(病院9件、在宅診療所0)であった。意向先は、本事業の施設が指定した特定病棟が多かった。



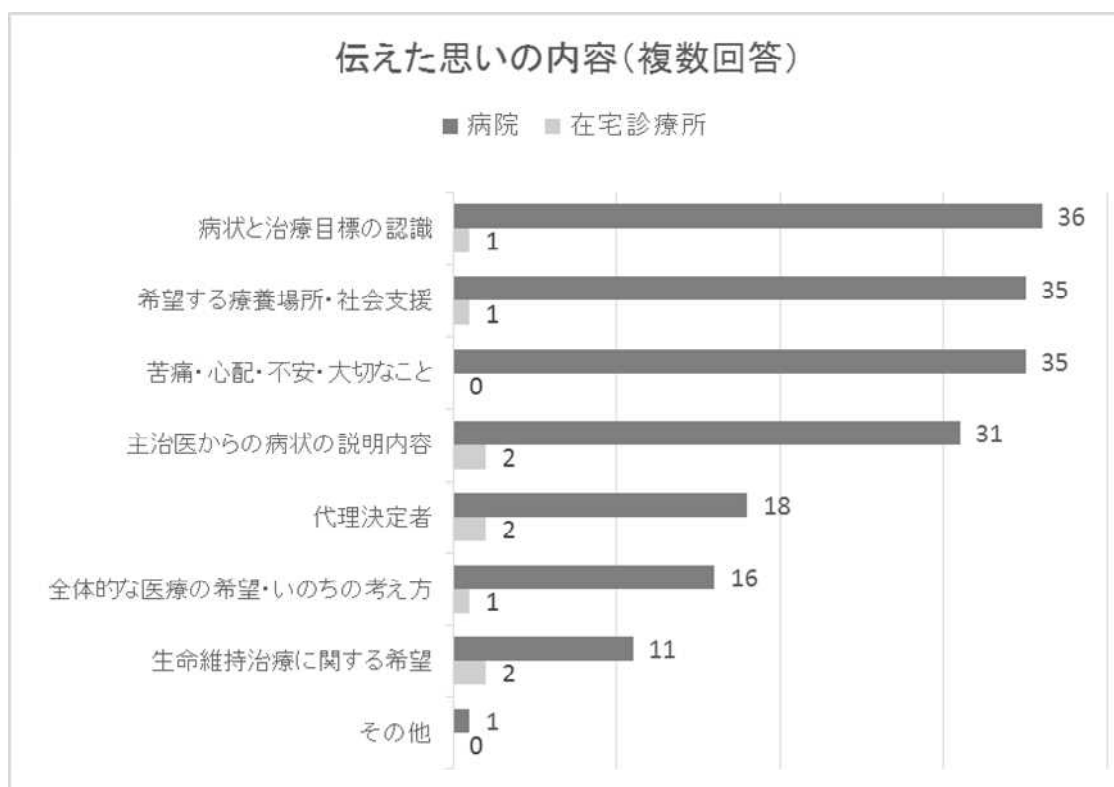
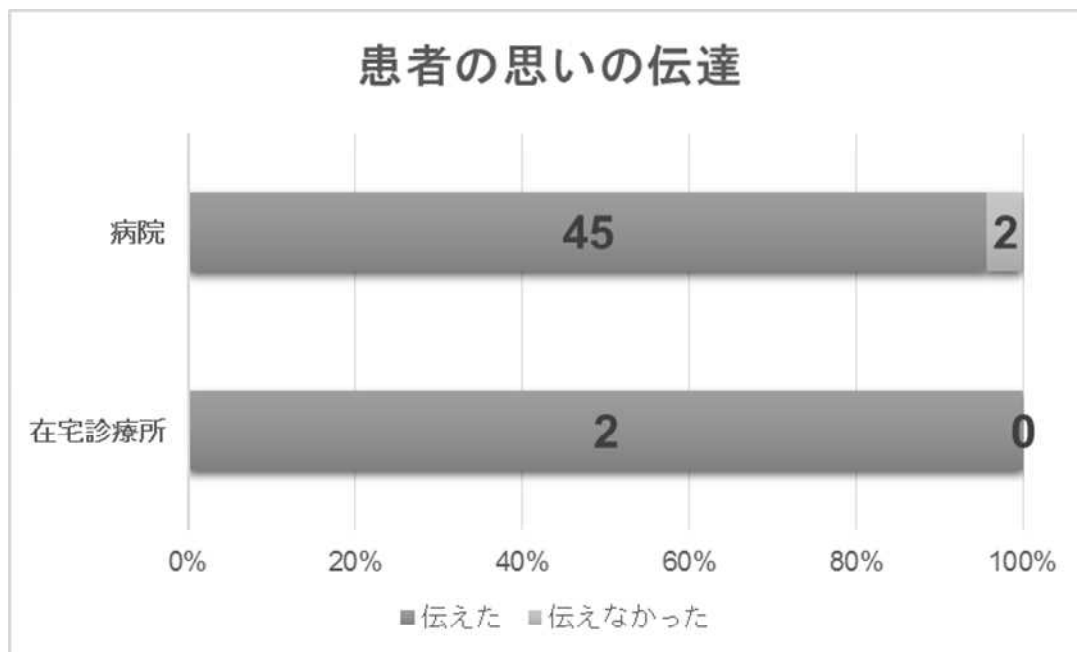
2) 相談員の所属する医療機関外への移行

相談員の所属する医療機関外への移行は、46 件(病院 44、在宅診療所 2)であった。移行先は、訪問診療なしの自宅が多かった。



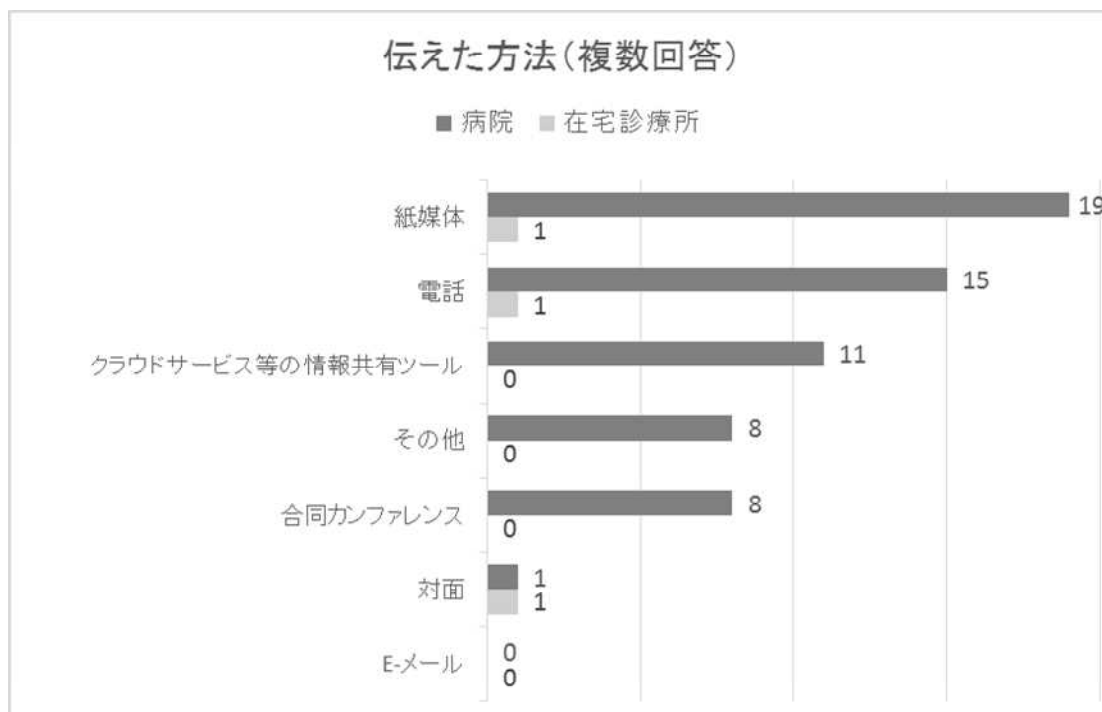
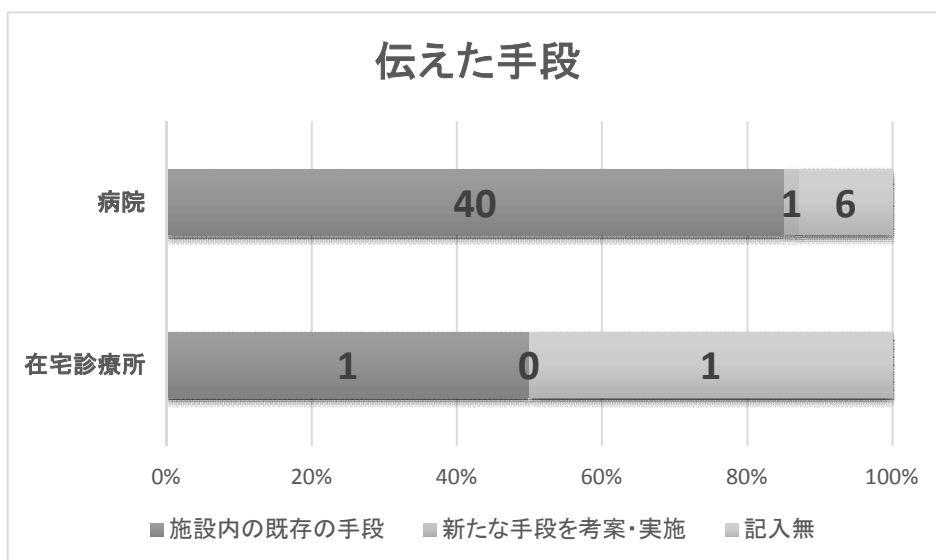
2. 患者の思いの伝達

患者の思いの伝達は、病院、在宅診療所もほぼ行っていた。その内容は、病状と治療目標の認識、希望する療養場所・社会支援、苦痛・心配・不安・大切なことが多かった。



3. 患者の思いを伝えた手段

患者の思いを伝えた手段は、病院では施設内の既存の手段を用いたものが多かった。伝える方法は、紙媒体に次いで、電話が多かった。



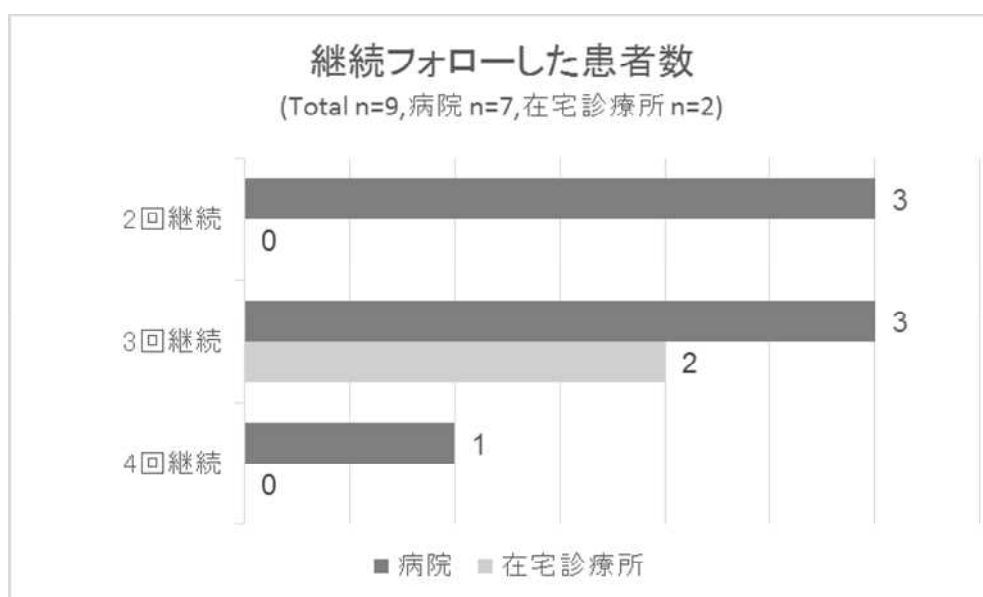
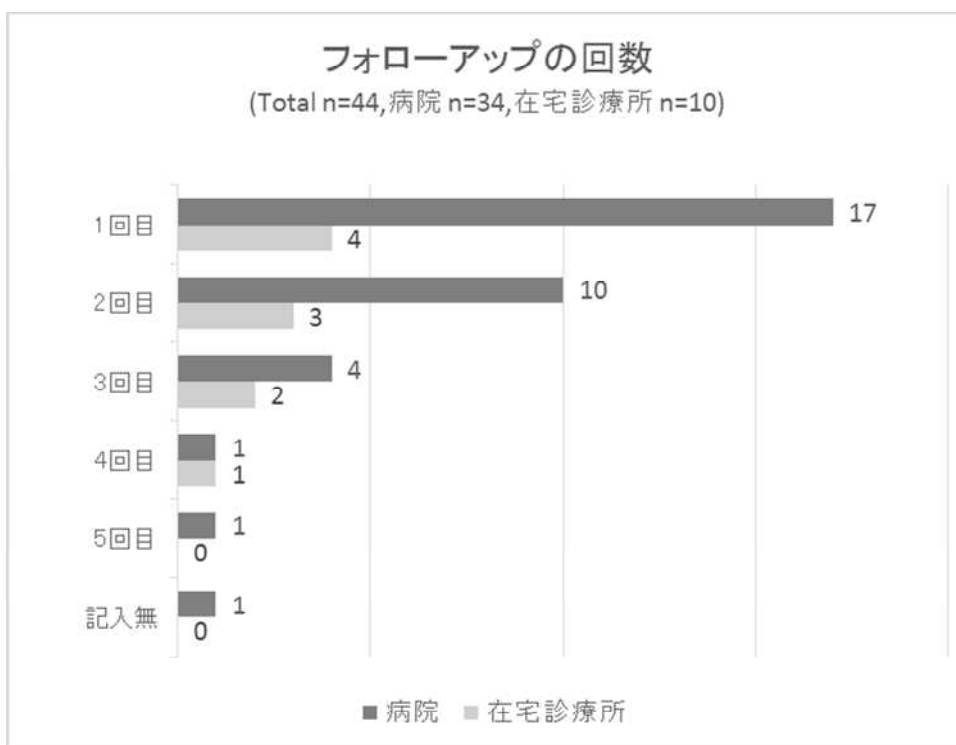
4. 患者の思いをつなげる工夫・配慮

患者の思いをつなげる工夫と配慮について、記載された内容を、類似する内容別にカテゴリー化した。()内は自由記載の件数

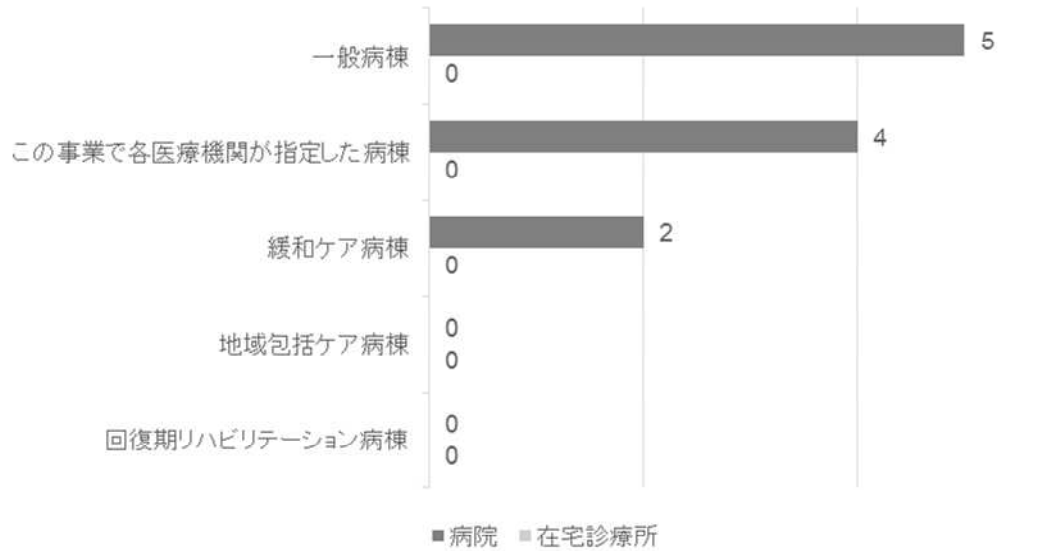
病院	在宅診療所
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 情報共有・相談 <ul style="list-style-type: none"> ・他施設、多職種に情報提供、相談、依頼(5) ・患者家族との話し合いのプロセスを伝達(3) カンファレンスに患者家族も同席(3) ➤ 他施設との連携確認 <ul style="list-style-type: none"> ・退院前に連携機関の役割をカンファレンスで再確認(2) ・体調変化時の連携施設に連携確認の連絡(2) ➤ 情報共有システムづくり <ul style="list-style-type: none"> ・情報シートの作成、送付、閲覧可能とする工夫(3) ➤ 患者家族支援 <ul style="list-style-type: none"> ・患者家族の安心を、試験外泊、訪問して確認(2) ・患者の思いの傾聴、その都度の思いの確認(3) 家族が考える時間を十分確保(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 情報共有・相談 <ul style="list-style-type: none"> ・他施設、多職種に情報提供、相談、依頼(1) ➤ 患者家族支援 <ul style="list-style-type: none"> ・患者の思いの傾聴、その都度の思いの確認(1)

Ⅲ. シート②(患者のフォローアップ時)集計結果

1. 患者のフォローアップの回数は、1回～5回なされており、総計44回(病院34、在宅診療所10)のフォローアップがされていた。そのうち、継続的にフォローアップがされていた患者数は、9名(病院7、在宅2)であった。フォローアップ時の患者の療養場所は、相談員の所属する医療機関内が11件、相談員の所属する医療機関外は39件であった。

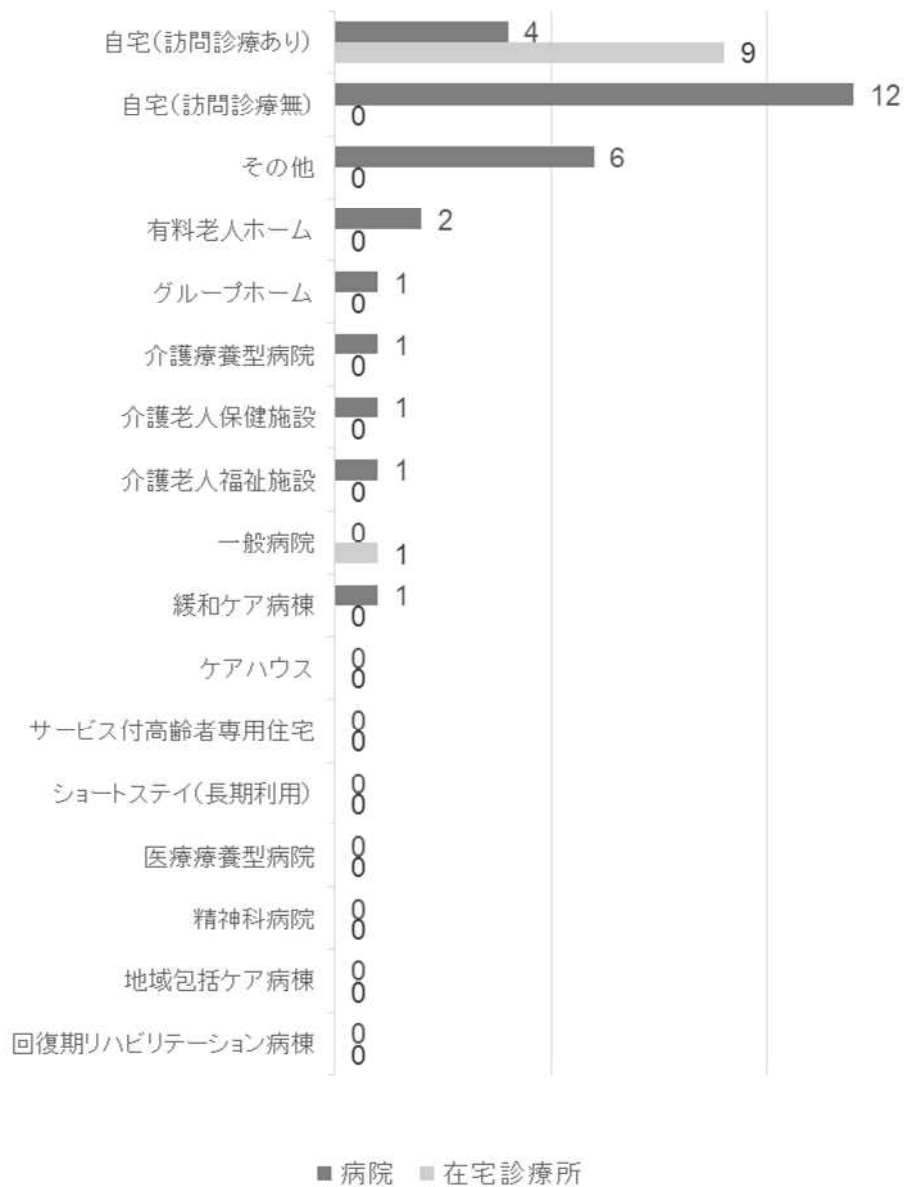


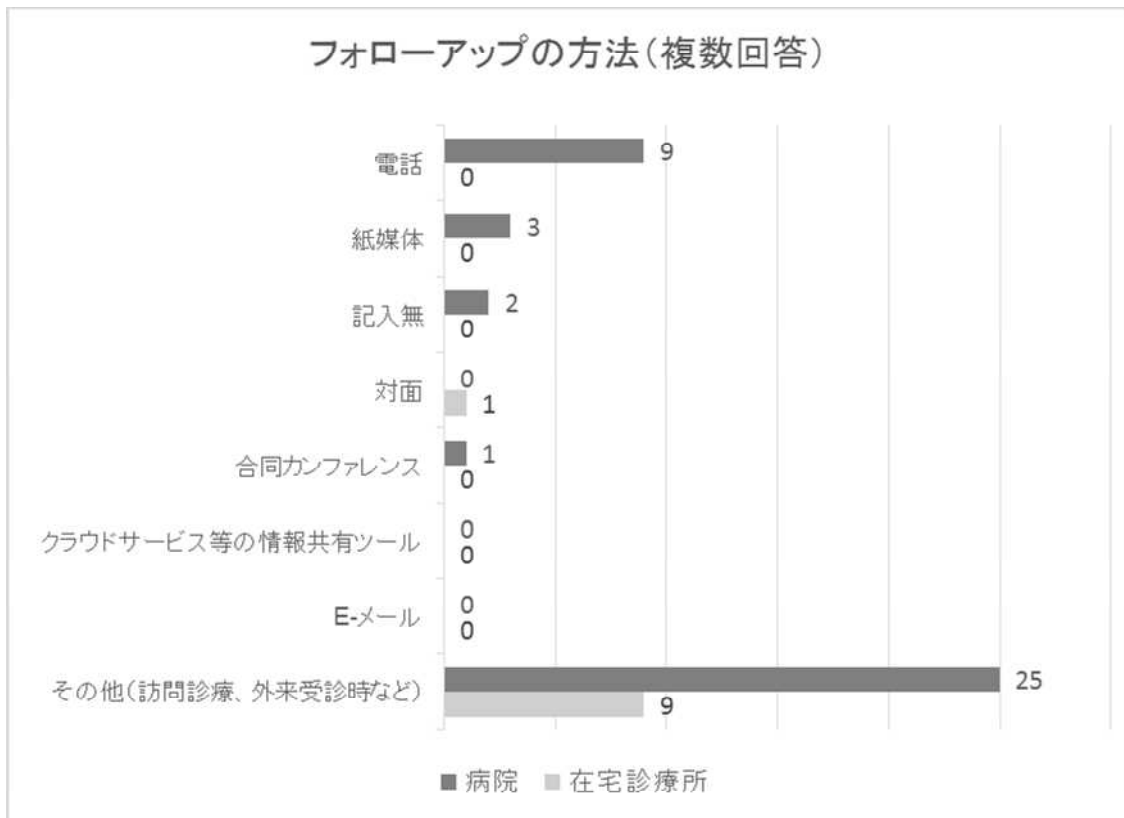
フォローアップ時の患者の療養場所
相談員の所属する医療機関内(複数回答)
(Total n=11,病院 n=11,在宅診療所 n=0)



フォローアップ時の患者の療養場所 相談員の所属する医療機関外(複数回答)

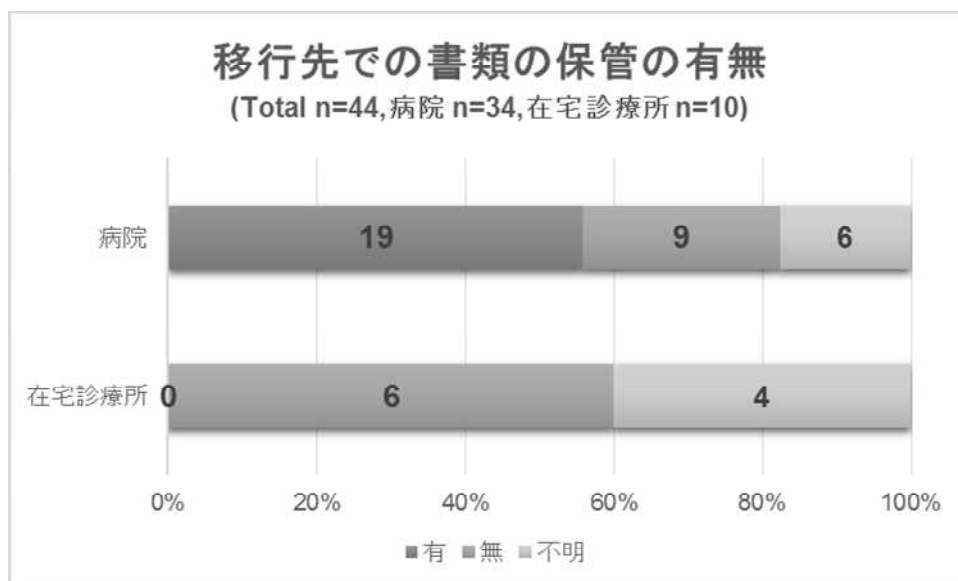
(Total n=39, 病院 n=29, 在宅診療所 n=10)

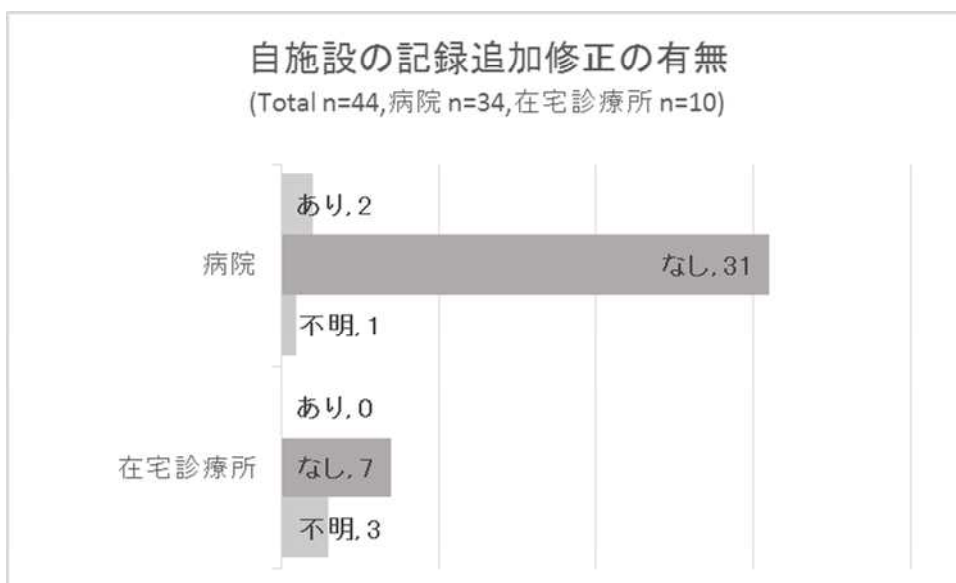
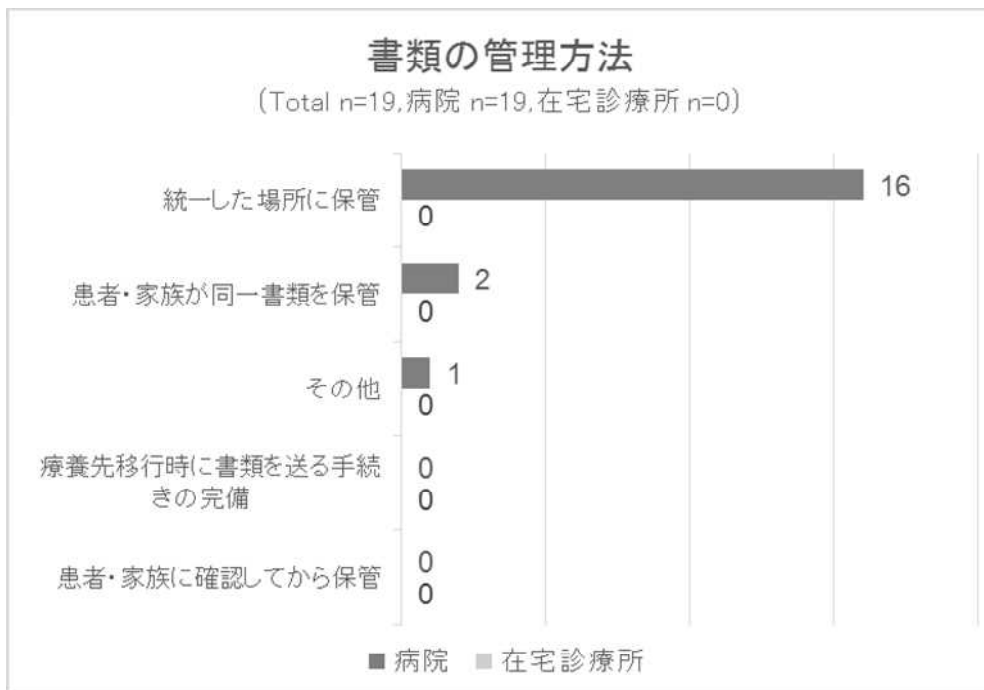




2. 移行先での書類の保管

移行先での書類の保管「有り」は、病院では 19 件、在宅診療所では 0 件であった。書類の管理方法は、統一した場所に保管されているものが多かった。フォローアップ後に自施設の書類の追加修正がされているものは 2 件(病院)であった。





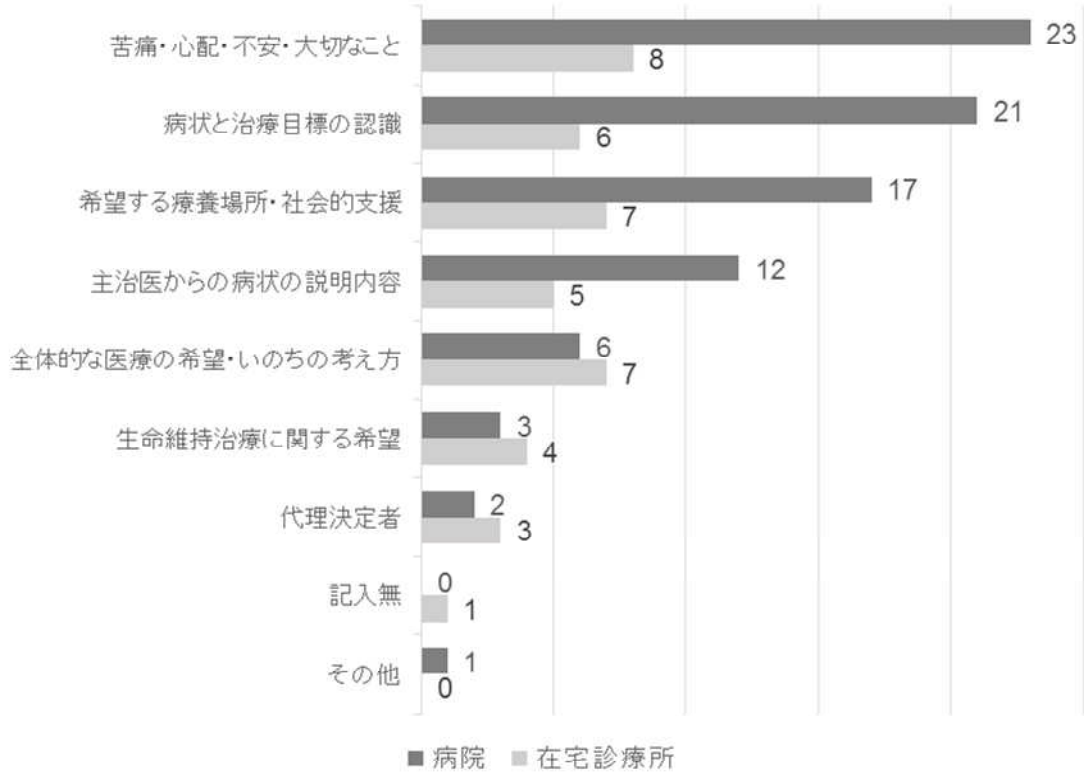
3. フォローアップの内容と予定

フォローアップの内容は、病院では、苦痛・心配・不安・大切なこと、病状と治療目標の認識、希望する療養場所、社会的支援が多かった。在宅診療所では、これらに加えて、全体的な医療の希望・いのちの考え方も多かった。

病院では 44 件中 32 件でフォローアップを予定し、在宅診療所では 10 件中 7 件予定されていた。予定時期は、病院では、10～19 日後が 10 件、30 日後が 7 件であった。予定の時期の記入がなかったものが病院で 11 件、在宅診療所で 4 件あった。

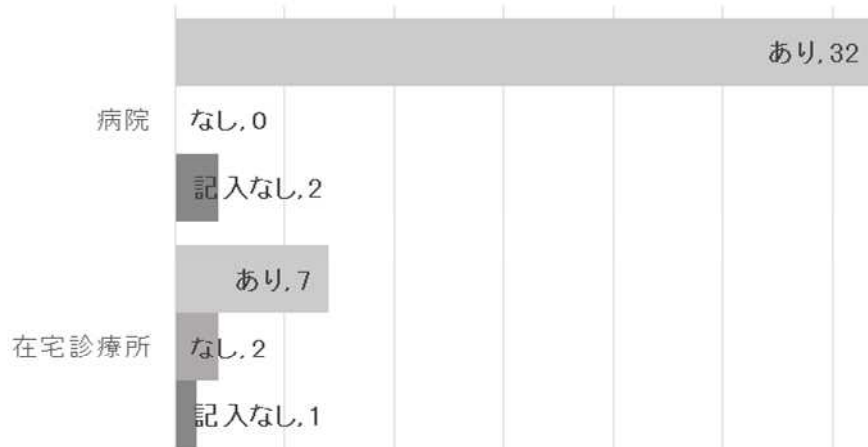
フォローアップの内容(複数回答)

(Total n=44,病院 n=34,在宅診療所 n=10)



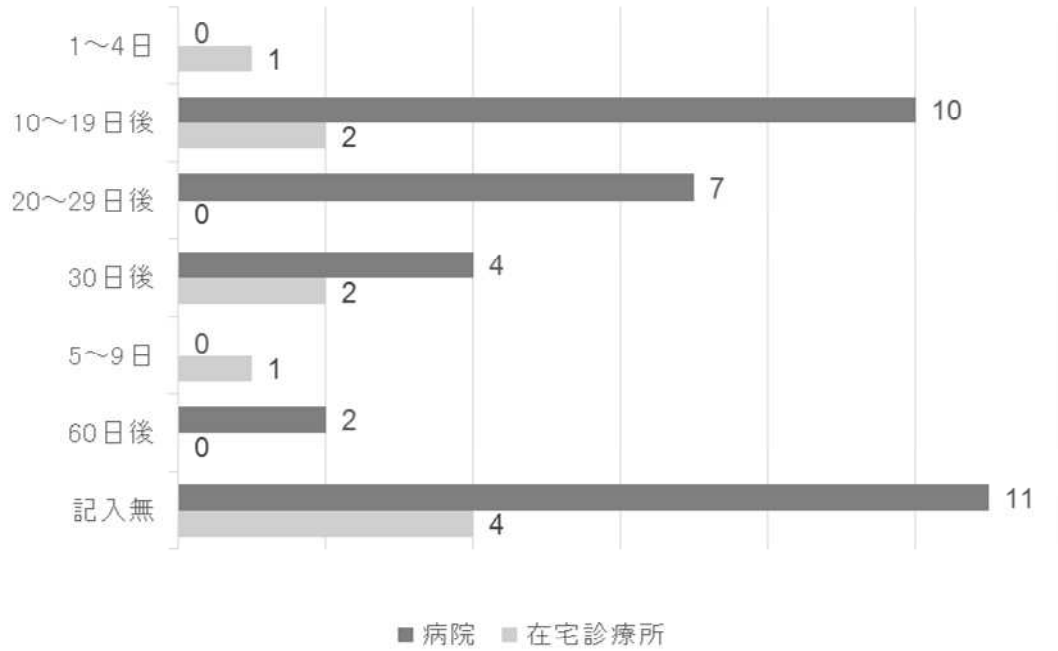
フォローアップ予定

(Total n=44,病院 n=34,在宅診療所 n=10)



フォローアップ予定時期

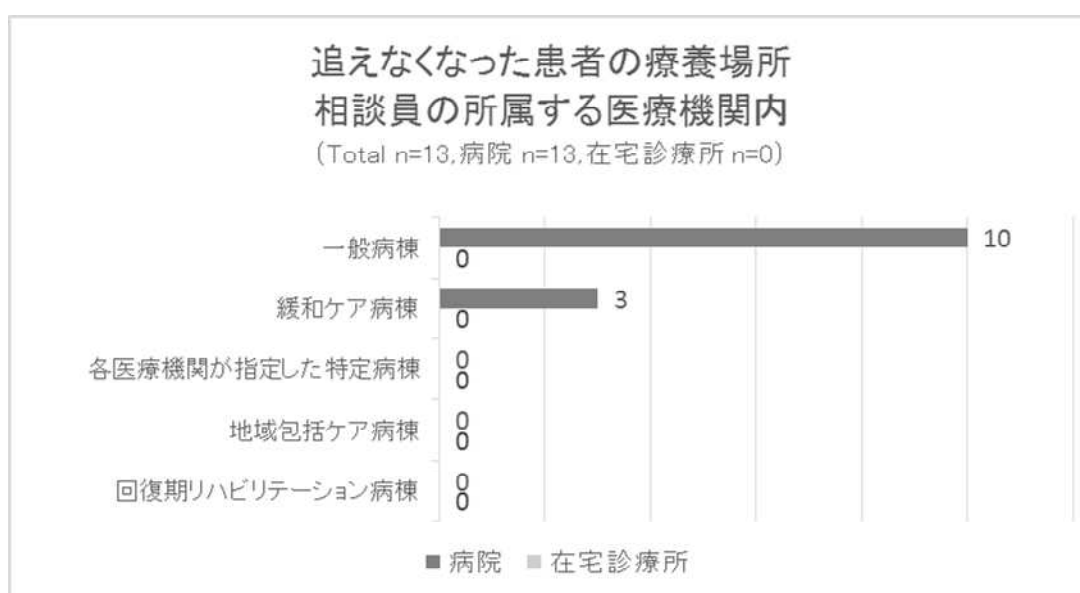
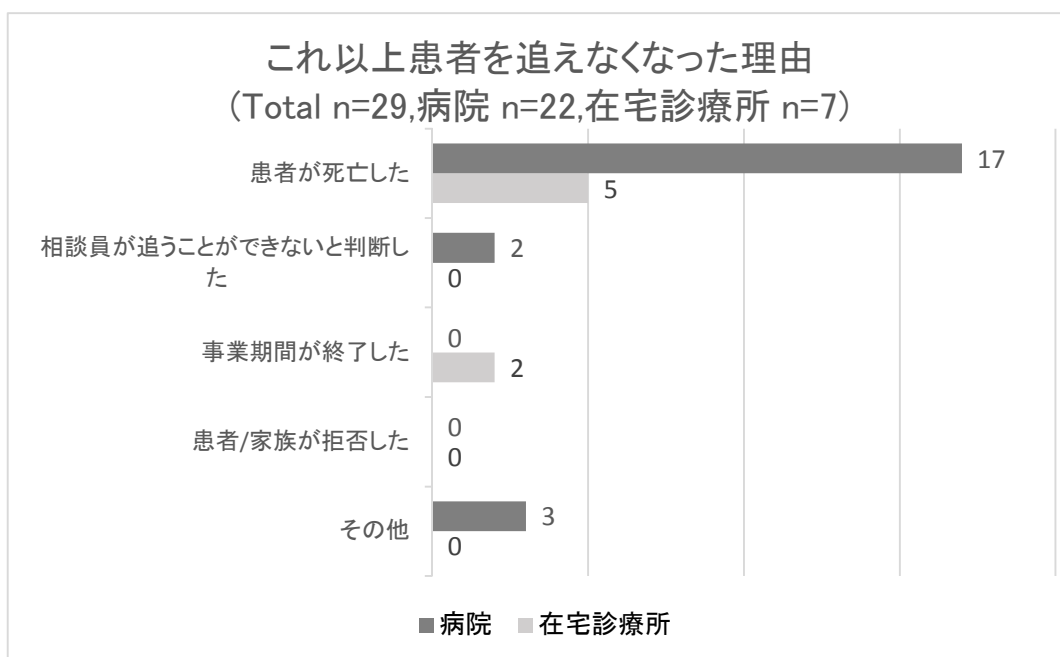
(Total n=44, 病院 n=34, 在宅診療所 n=10)



IV.シート③(患者をこれ以上追えなくなった時)の集計結果

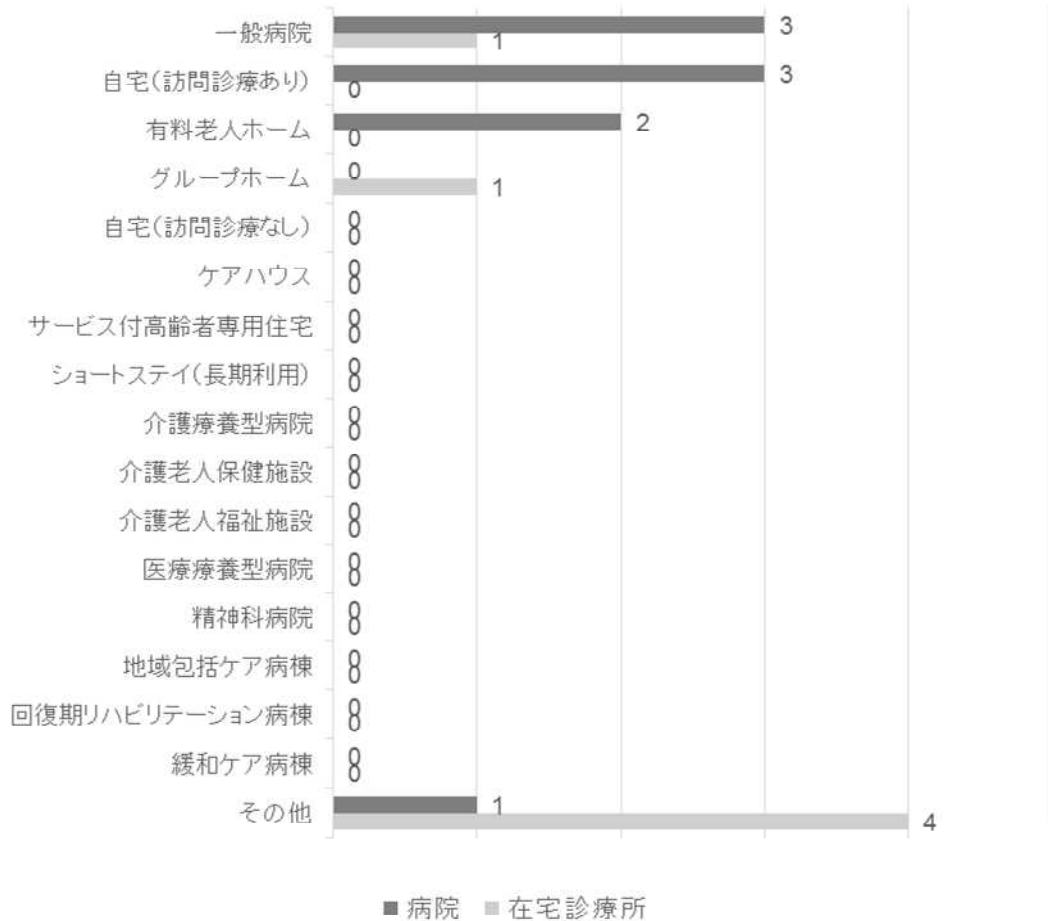
1. 患者を追えなくなった理由

患者を追えなくなった理由は、患者の死亡が22件(病院17、在宅診療所5)で、最も多かった。患者を追えなくなった時の患者の療養場所は、相談員の所属する医療機関内では、病院からの回答のみで、一般病棟が多かった。相談員の所属する医療機関外では、病院では一般病院、自宅(訪問診療あり)、有料老人ホームであった。



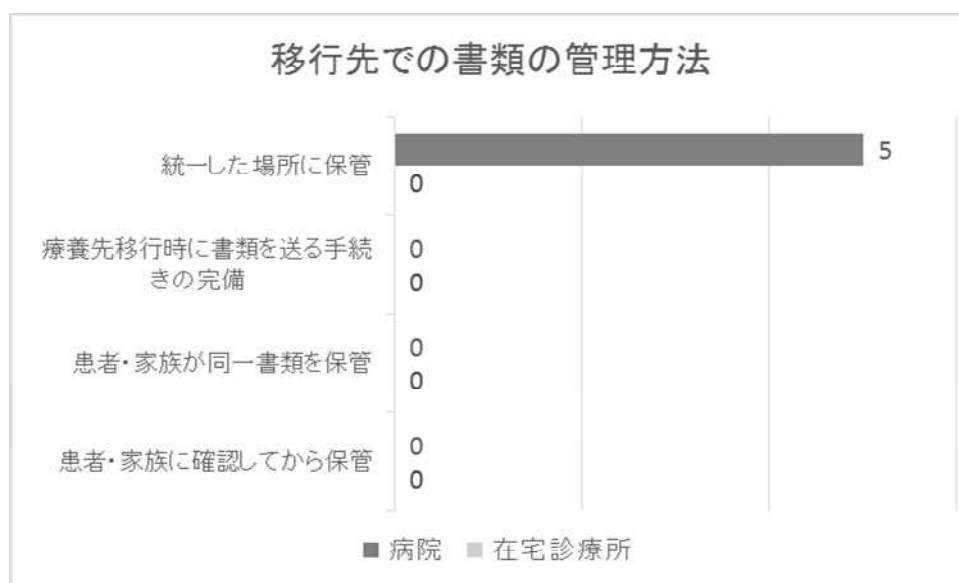
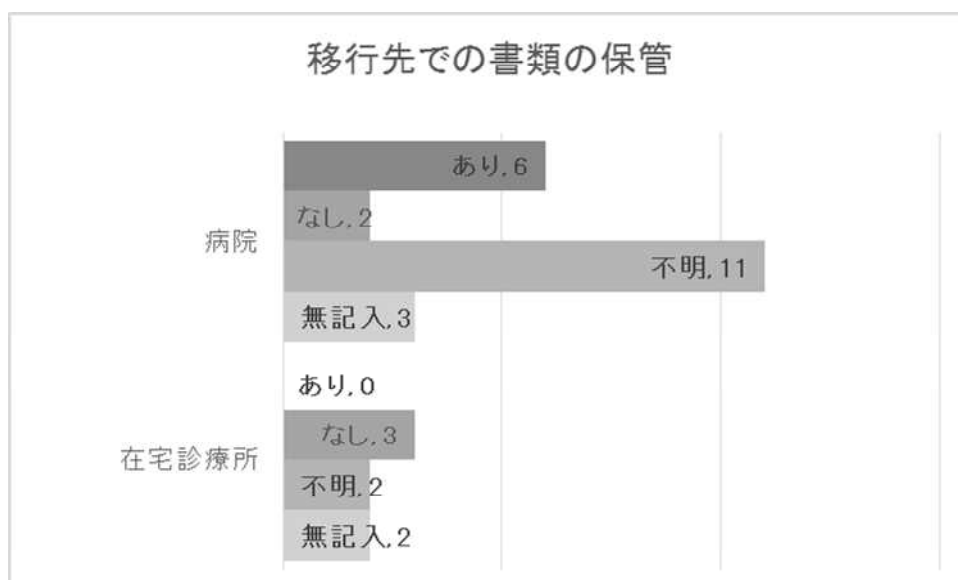
追えなくなった患者の療養場所 相談員の所属する医療機関外

(Total n=15, 病院 n=9, 在宅診療所 n=6)



2. 移行先での書類の保管

患者を追えなくなった時に、書類の保管「有り」は、病院では6件で、そのうち5件が統一した場所に保管されていた。在宅診療所で「有り」は0件であった。

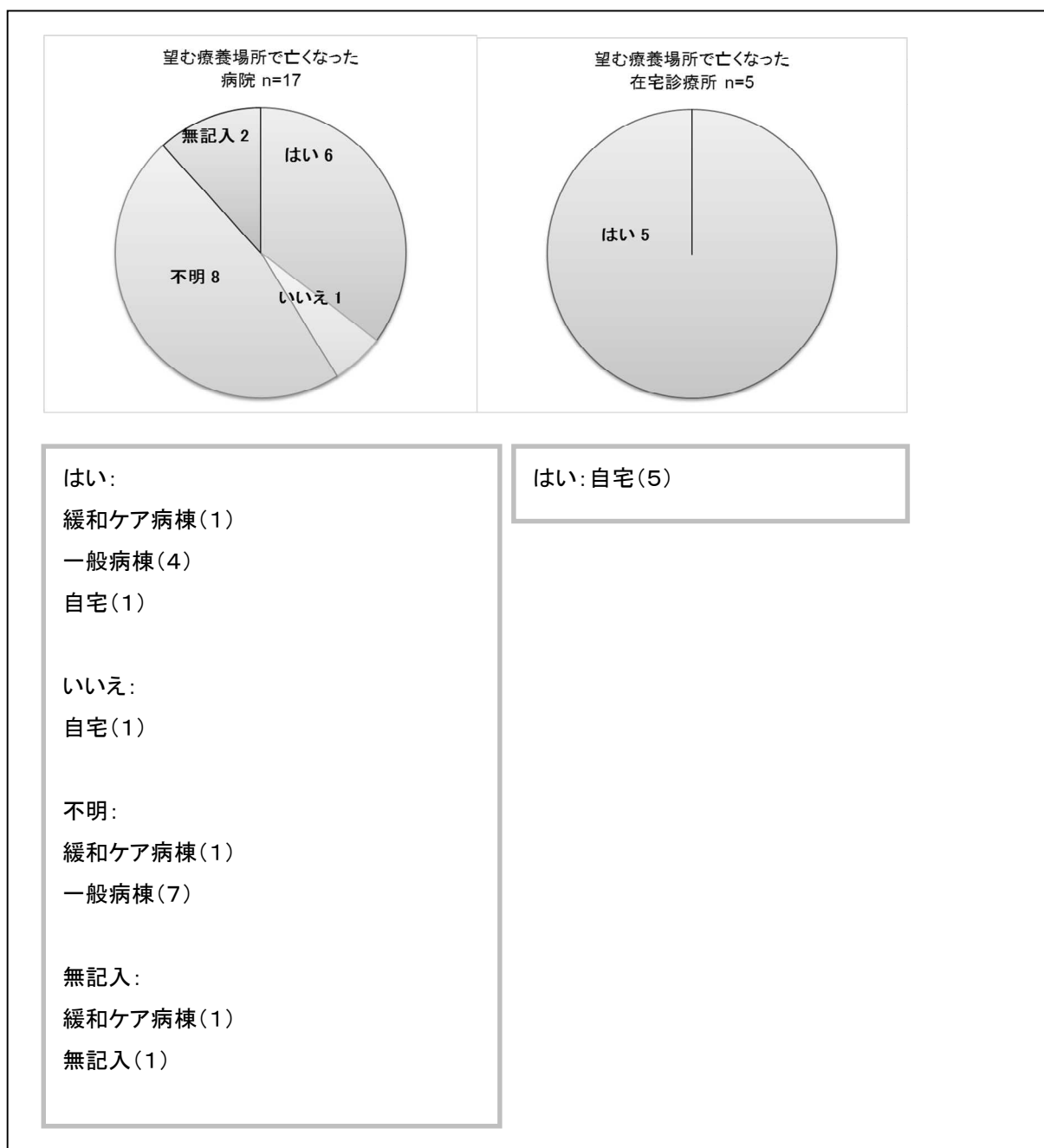


3. 死亡した患者の意向の実現と死亡場所

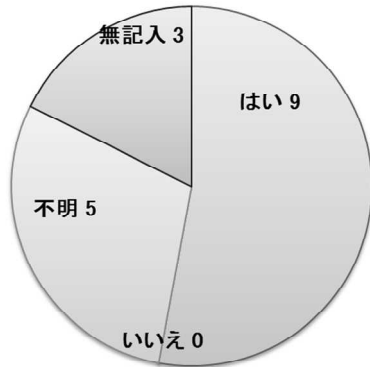
死亡した患者22名(病院17、在宅5)のうち、患者が望んでいた療養場所でなくなったものは、病院で6件、死亡場所は、緩和ケア病棟1件、一般病棟4件、自宅1件であった。在宅診療所では5件で、全員自宅であった。望む療養場所ではなかったのは病院1件で、自宅であった。不明は病院8件で、緩和ケア病棟1件、一般病棟7件であった。

生命維持療法に対する患者の希望が尊重されたのは、病院では 9 件で、死亡場所は、緩和ケア病棟 2 件、一般病棟 6 件、不明 1 件であった。患者の希望が尊重されなかったのは 0 件、不明が 5 件ですべて一般病棟であった。在宅診療所では、患者の希望が尊重されたのは 5 件ですべて自宅であった。

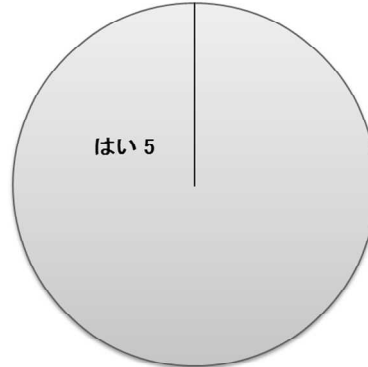
患者の亡くなり方に家族が納得できたのは、病院 13 件で、緩和ケア病棟 2 件、一般病棟 9 件、自宅 2 件であった。不明が 2 件で、一般病棟 1 件、自宅 1 件であった。在宅診療所で家族が納得できていたのは 4 件で、すべて自宅であった。不明が 1 件あり、その理由は家族調整が難航し、次回フォロー前に患者が死亡したとの記載があった。



生命維持療法に対する患者の希望が尊重された
病院 n=17



生命維持療法に対する患者の希望が尊重された
在宅診療所 n=5



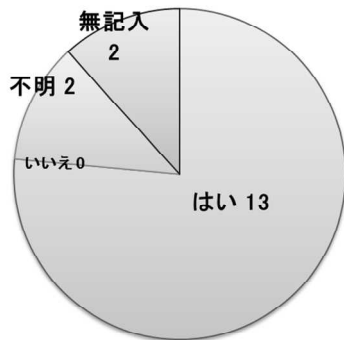
はい：
緩和ケア病棟(2)
一般病棟(6)
不明(1)

不明：
一般病棟(5)

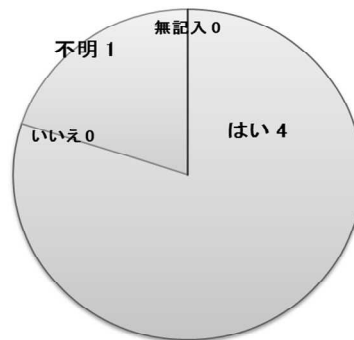
無記入：
緩和ケア病棟(1)
自宅(1)
不明(1)

はい：
自宅(5)

患者の亡くなり方に家族が納得できていた
病院 n=17



患者の亡くなり方に家族が納得できていた
在宅診療所 n=5



はい：
緩和ケア病棟(2)
一般病棟(9)
自宅(2)

不明：
一般病棟(1)
自宅(1)

無記入：
緩和ケア病棟(1)
自宅(1)、

はい：
自宅(4)

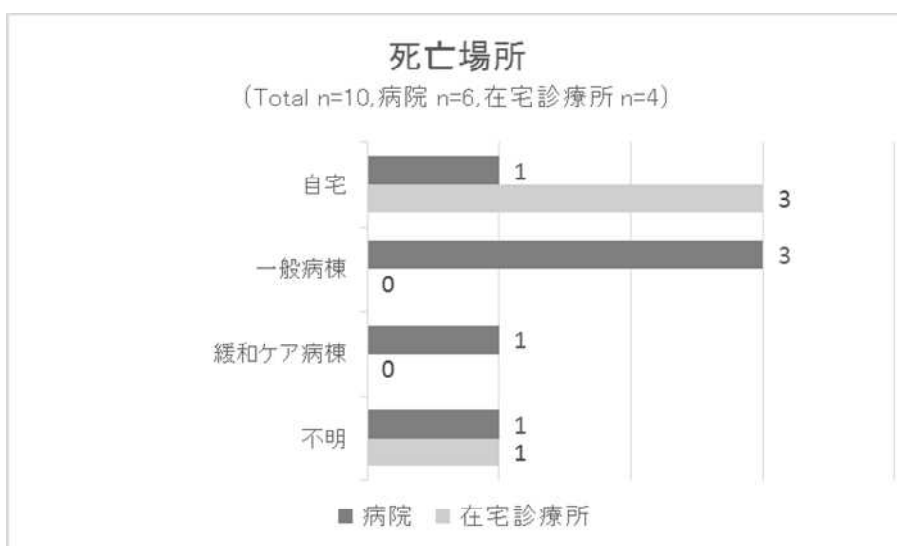
不明：
自宅(1)

* 家族調整難航、次回フォロー前に
死亡

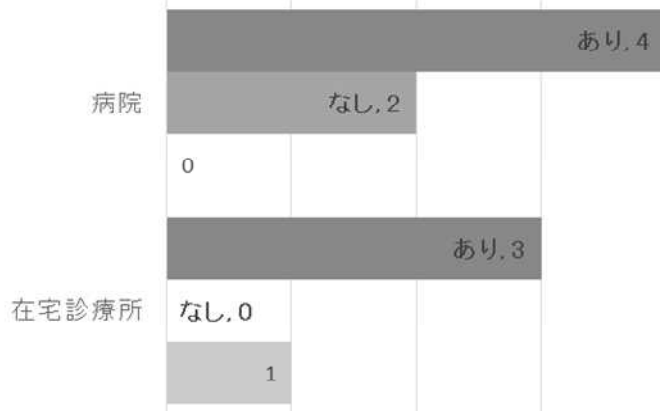
V. 死亡した患者のうち、望む場所で生命維持治療の希望が尊重され、患者の亡くなり方に家族が納得できた事例の、継続的フォローアップ、患者の思いの書類保管の状況

* 継続的なフォローアップとは、シート①、②の両方またはいずれかの記載があった患者を抽出した。

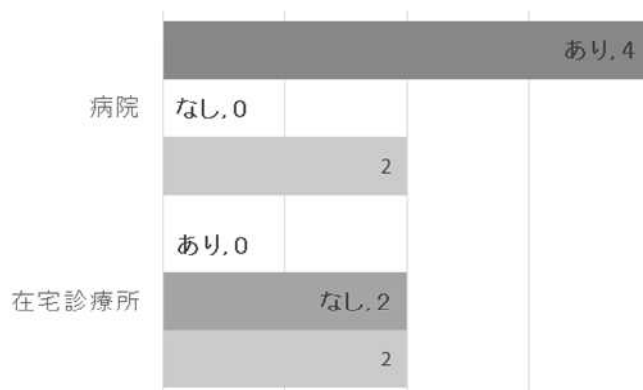
死亡した患者のうち、患者が望む死亡場所で亡くなった、生命維持治療の希望が尊重された家族が患者の亡くなり方に納得できていた、のすべてに「はい」であったのは 10 件(病院 6、在宅診療所 4)であった。患者の死亡場所は、病院は自宅 1 件、一般病棟 3 件、緩和ケア病棟 1 件、不明 1 件であった。在宅診療所では自宅 3 件、不明 1 件であった。継続的なフォローアップがされていたのは 10 名中病院 4 件、在宅診療所は 3 件であった。患者の思いの書類の保管が「有り」であったのは、10 名中病院で 4 件、在宅診療所では 0 件であった。死亡場所は、病院では一般病棟 3 件、在宅診療所では自宅が 3 件であった。



継続的なフォローアップ
(Total n=10,病院 n=6,在宅診療所 n=4)



患者の思いの書類の保管の有無
(Total n=10,病院 n=6,在宅診療所 n=4)



d) 患者・家族の体験について

質問紙調査

平成 26 年度 患者・家族質問紙の結果

257 名から結果の返送があった。

1. 患者背景

- 1) 年齢中央値66歳(14-97歳、標準偏差14.7)
- 2) 男性127名(49.4%)、女性127名(49.4%)
- 3) 患者からの回答109(42.4%)、家族からの回答144(56.0%)であった。

2. 人生の最終段階における医療にかかる相談の有用性

相談が回答者にとって役立ったかどうかについて 5 段階(役立たなかった-あまり役立たなかった-すこし役に立った-役立った-とても役に立った)で尋ねた。結果を図 1 に示す。全体的に見ると、95.3%の回答者が相談は役だったと回答した。また、「わからないことを尋ねることに」、「今後どこで治療・療養をするかの決断に」、「将来のために準備ができたと感じられることに」、「病状を理解することに」、「自分だけで今後の医療・ケア・生活について決めた」というこころの負担を軽くすることに、「家族内でいちがった意見を整理することに」、「気持ちの準備をすることに」、「現在・将来の医療・ケア・生活について決断することに」の全項目において 80%以上の回答者が役立ったと回答した。一方で 1.9~8.9%の回答者が役に立たなかったと回答した。

3. 今回のような相談は、あなた以外の同様な病状の患者や家族にとって役に立つと思われますか?という質問に、役に立たない、あまり役に立たない、少し役に立つ、役に立つ、とても役に立つと回答したものはそれぞれ0.4%、0.8%、15.2%、48.2%、28.4%であり、大部分の回答者が有用であると回答した。

4. 人生の最終段階における医療に関する相談に関する意向: 人生の最終段階における医療に関する相談を受けた患者・家族の、同相談に関する意向や考えに関する回答を図2に示す。「縁起でもないと感じた」、「あまり知りたくない内容だと感じた」、「不安や心配がかえって強くなった」の質問に対してそう思う(少しそう思う、そう思う、とてもそう思うとしたものの合計)と答えた患者・家族はそれぞれ、10.5%、12.8%、10.5%だった。全ての項目で6割以上が相談を肯定的に捉えており、7割以上の回答者が少しそう思う~そう思うと回答した項目は「患者の希望がより尊重されたと思う(71.2%)」、「悩みなど自分たちの思いが医療者に分かってもら

えた気持ちができる(73.9%)」、「今までわからなかったことを理解することができた(80.2%)」、「不安や心配が和らいだ(80.1%)」だった。一方で、各項目について9~15%の回答者が相談に対して否定的な意見を示した。

考察

- (1) 相談を受けた全員が質問紙調査に回答しているわけではないため代表性がない(つまり、相談に対して肯定的内見を持っているものがより多く回答している可能性がある)可能性はあるが、9割を超える回答者が本相談が役立ったと回答し、他の患者・家族にも役立つと回答した。
- (2) 全ての相談項目について8割以上の回答者が有用であると回答した。
- (3) 人生の最終段階に関する相談について、「縁起でもないと感じた」、「あまり知りたくない内容だと感じた」、「不安や心配がかえって強くなった」と答えた患者・家族はそれぞれ、10.5%、12.8%、10.5%だった。
- (4) 人生の最終段階について7割以上の回答者が「患者の希望がより尊重されたと思う」、「悩みなど自分たちの思いが医療者に分かってもらえた気持ちができる」、「今までわからなかったことを理解することができた」、「不安や心配が和らいだ」と回答した。
- (5) 以上より、多くの患者・家族が人生の最終段階に関する相談は役立つと回答し、肯定的に捉えているが、10-20%の回答者は否定的な意見を持っており、その実施にあたっては全員に実施するのではなく、侵襲性のないコミュニケーションを心がけ、患者・家族のニードと感情に配慮したうえで、実施することが重要と考えられる。

平成 27 年度患者・家族質問紙の結果を示す。

57 名から結果の返送があった。

1. 患者背景

- 1) 年齢中央値66歳(14-97歳、標準偏差14.7)
- 2) 男性127名(49.4%)、女性127名(49.4%)
- 3) 患者からの回答109(42.4%)、家族からの回答144(56.0%)であった。

2. 人生の最終段階における医療にかかる相談の有用性

- 1) 相談が回答者にとって役立ったかどうかについて5段階(役立たなかった—あまり役立たなかった—すこし役に立った—役立った—とても役に立った)で尋ねた。詳細を図1に示す。
- 2) 全体的に見ると、87.8%の回答者が相談は役だったと回答した。

- 3) 「わからないことを尋ねることに」、「今後どこで治療・療養をするかの決断に」、「将来のために準備ができたと感じられることに」、「病状を理解することに」、「自分だけで今後の医療・ケア・生活について決めた」というところの負担を軽くすることに」、「家族内でくいちがった意見を整理することに」、「気持ちの準備をすることに」、「現在・将来の医療・ケア・生活について決断することに」の全項目において70%以上の回答者が役立ったと回答した。
- 4) 一方で3.5～12.3%の回答者が役に立たなかったと回答した。

図 1.人生の最終段階の医療に関する相談の有用性

3. 人生の最終段階にかかる医療に関する相談の有用性(他の人に相談を受けることを勧められるか)

今回のような相談は、あなた以外の同様な病状の患者や家族にとって役に立つと思われませんか?という質問に、役に立たない、あまり役に立たない、少し役に立つ、役に立つ、とても役に立つと回答したものはそれぞれ1.8%、7.0%、8.8%、38.6%、43.9%であり、大部分の回答者が有用であると回答した。

4. 人生の最終段階における医療に関する相談に関する意向と認識

1) 人生の最終段階における医療に関する相談を受けた患者・家族の、同相談に関する意向と認識に関する回答を図2に示す。

2) 「縁起でもないと感じた」、「あまり知りたくない内容だと感じた」、「不安や心配がかえって強くなった」の質問に対してそう思う(少しそう思う、そう思う、とてもそう思うとしたものの合計)と答えた患者・家族はそれぞれ、8.8%、10.5%、7.0%だった。

3) 「患者-家族間の話し合いを始めるきっかけとなった(56.1%)」の項目を除きすべての項目において6割以上が相談を肯定的に捉えており、7割以上の回答者が少しそう思う～そう思うと回答した項目は、「家族の希望がより尊重されたと思う(77.2%)」、「不安や心配が和らいだ(75.5%)」、「今までわからなかったことを理解することができた(71.9%)」、「悩みなど自分たちの思いが医療者に分かってもらえた気持ちがする(71.9%)」、「患者の希望がより尊重されたと思う(70.2%)」、「相談に同席していない家族に病状などを伝えやすくなった(70.2%)」だった。一方で、各項目について8～22%の回答者が相談に対して否定的な意見を示した。

考察

- (1) 相談を受けた全員が質問紙調査に回答しているわけではないため代表性がない(つまり、相談に対して肯定的内見を持っているものがより多く回答している可能性がある)可能性はあるが、87.8%の回答者が本相談は有用であると回答し、9割を超える回答者が他の患者・家族にも役立つと回答した。これらの割合は昨年より増加した。
- (2) 昨年度に比して欠損が多く、よりリテラシーの低い集団の回答を見ている可能性がある。
- (3) 患者-家族間の話し合いに関する項目に関する有用性の評価が昨年に比して低く、より認知能力の低下した患者に対して相談が行われた可能性がある。
- (4) 一方で、人生の最終段階に関する相談について、「縁起でもないと感じた」、「あまり知りたくない内容だと感じた」、「不安や心配がかえって強くなった」と認識している患者・家族は昨年より減少した。
- (5) 人生の最終段階について7割以上の回答者が「患者の希望がより尊重されたと思う」、「家族の希望がより尊重されたと思う」、「悩みなど自分たちの思いが医療者に分かってもらえた気持ちがする」、「今までわからなかったことを理解することができた」、「不安や心配が和らいだ」、「相談に同席していない家族に病状などを伝えやすくなった」と回答した。
- (6) 以上より、多くの患者・家族が人生の最終段階に関する相談は役立つと回答し、肯定的に捉えているが、10-20%の回答者は否定的な意見を持っていた。この結果は昨年と変化なかった。人生の最終段階に係る相談の実施にあたっては、全員に実施するのではなく、侵襲性のないコミュニケーションを心がけ、患者・家族のニーズと感情に配慮したうえで、実施することが重要であることが示唆された。

インタビュー調査

相談員および相談員の支援に対する肯定的評価

【カテゴリー】	(サブカテゴリー例)
相談員の態度がよかった	思いが自然と引き出される質問の仕方だった
	医師や看護師に相談しにくいことが相談できた
	知識が豊富で頼りになった
	相談時間の融通が利きそうな印象を受けた
	本人と家族の意見をまとめてもらった
	親切・丁寧に対応してもらえた
	相談したことで気持ちが落ち着いた
考えるきっかけとなった	今後の生き方について整理するきっかけとなった
	希望を表明するきっかけになった
	終末期のことについて考えるきっかけになった
	家族と話し合うきっかけになった
	考えるのと実行するのは違うと感じた
意思決定するための手掛りが得られた	終末期に関する知識が得られた
	考えるべき内容のインデックスを与えてもらった
	現実的で実現可能な助言が得られた
	難しい希望にも様々な方法を提案してもらえた
将来への心構えができた	いざという時の心の準備ができた
	終末期について現実問題として捉えるようになった
意思決定できた	事前指示をのこせた
	スムーズに意思決定できた
家族と意思を共有できた	家族と話し合えた
	家族間の意見の相違が浮き彫りになった

相談員および相談員の支援に対する否定的評価

相談の在り方について疑問を持った	何を解決してもらえるのかわからなかった
	意向に合わない助言をされた
	相談のタイミングが悪かった
	問題が解決できなかった
	相談員が遠慮がちだった
考える必要性を感じない	今は必要だと感じない
	現実的に考えられない

考えるのがつらかった	現実を突きつけられるとつらい
	このような話をするのはつらい
	話の内容が重い
	最期まで希望を持たせてやりたい(家族)

相談員および相談員に対する要望

相談員の対応体制を整えてほしい	担当制にしてほしい
	急に状況が変化した時にも対処してほしい
	単発の相談にも対応してほしい
	状態が変化した時に改めて考える機会を作ってほしい
	存在や制度を広めるために積極的に活動してほしい
	入院している間に一度話す機会を作ってほしい
家族の参加を促してほしい	家族を同席できるようにしてほしい
意思決定するための知識を与えてほしい	希望に即したアドバイスがほしい
	選択肢のメリット・デメリットを知りたい
	どのような内容を書き残しておくべきか教えてほしい
	この先の経過と必要な備えを教えてほしい
	何が延命治療になるのか知りたい
一歩踏み込んだ支援をしてほしい	もう少しはっきり聞いてもらってもよい
	必要に応じてメンタル面のサポートをしてほしい
医療者との間の仲介役になってほしい	医師との間に入ってほしい
	決定内容を医師に知らせてほしい
	医師の説明が理解できるようにサポートしてほしい

【まとめ】

●肯定的な評価について

(親切・丁寧だった)、(思いが引き出される質問の仕方だった)などの【相談員の態度がよかった】という肯定的評価が多く挙げられ、相談支援員の態度の重要性が示された。

また、相談支援を受ける中で、患者により、【考えるきっかけ】となり、【意思決定のための手掛かりが得られ】たり、【将来への心構えができた】というように、患者の意思決定の段階別に肯定的評価が得られた。これらの患者は、まだ意思決定に至ってはいない段階ではあるが相談員の支援により前向きな姿勢が得られたものと考えられる。さらに、少数ではあるが、(事前指示を残せた)といった個人内での【意思決定】と、【家族と意思を共有できた】という最終的にACPの支援のゴールとなる状態に至ったものもいた。しかし、医療者との共有には至っておらず、今後の課題と考えられる。

●否定的な評価について

【考える必要性を感じない】という相談支援以前にその動機付けが必要と考えられるものもいた。一方、考える必要性は感じているものの、(現実的に考えるとつらい)など、病状の重症度から現実に向き合い【考えるのがつらい】と感じるものも少なくなかった。

また、特に重症度の高い患者が発言した内容として、相談員が(何を解決してくれるのかわからなかった)という相談目的、(相談するタイミングが悪かった)、(意向にあわない助言をされた)という相談技術に【相談員の在り方】に疑問を持つものが少なくなかった。相談員は患者の状況により現実に向き合うことをつらさを理解したうえで、タイミングを見計らい、意向に沿った支援を行えるよう技術を身につける必要性が示された。

●要望について

(状態が変化した時にも対処してほしい)、(緊急時にも対応してほしい)などの【相談員の支援体制】に関する意見が多く挙げられ、施設毎に対応可能な支援体制を構築する必要性が示された。また、【意思決定する際の知識】とともに、【一歩踏み込んだ】支援により考えを深め意思決定を支援すること、【家族の参加】を促し、【医師との間の仲介役】になることで、周囲の者と意思を共有するため機会を設けられるようにすることが重要である。

e) 相談員の体験について

インタビュー調査

<病院>

カテゴリー	サブカテゴリー	コード数
アンテナのある人の発掘	アンテナのある人の発掘	14
	職員の意識の芽生え	
	仲間づくり	
	医療者の行動変化をとらえる	
	介護職種の人最終段階における意識の高さ	
	職員の人生最終段階における意識	
	現場での教育ニーズに気づく	
患者・家族の取り巻く状況	家族のストレス	4
	家族の心理的負担	
	家族の意向が優先されている現状	
	胃瘻を拒否する人の増加	
患者の変化を促すアプローチ	家族の関わりによる患者の変化	4
	患者の変化を促すアプローチ	
	対話による患者の変化への対応	
	患者に有益な告知の促進	
患者理解の深まり	自分以外の人に任せたいと思う患者もいる	10
	患者自身の経験の影響	
	患者の病態理解不足による行動変化困難	
	患者理解の深まり	
	対話により家族への理解が深まる	
きっかけづくり	きっかけをつくる	5
	人生の最終段階を考えるきっかけづくり	
希望をひきだす	希望をひきだす	4
	体験を語ってもらう	
	体験をひきだす	
コミュニケーションを保つ	円滑なコミュニケーションを保つ	8
	事業の説明	
	多職種間コミュニケーションギャップのきっかけ	
	ミスコミュニケーションへの対応	

相談員としての思い	事業を当たり前にしていく	9
	医師の事業意義の理解	
	事業への思い	
	自分を広げる	
	学びから怖がらず継続する	
	相談員の過去の経験	
	相談員は支援チーム	
	相談員は中立性を維持し枠組みを作る	
	市民への啓発	
対話の難しさ	元々の職種の違いにより、病状認識の確認の違い	9
	介入しづらさ	
	相談員のストレス	
医療者の思いを理解し、チーム医療へ貢献した	医療者の思いの理解	6
	相談員の有用感が増す	
組織づくり	組織づくり	4
	相談員と医療ケアチームとの連携	
対話を促す	支援の中で関わる	24
	相談員の導入	
	対話の実体性の違いを引き出す	
	対話のはじめかた	
	感情のゆらぎへの対応	
	家族の関わりによる対話のはじまり	
	対話がすすむ	
	病状安定後に ACP を導入する	
	介入時の職種による印象の違い	
	家族の状況に応じた方法で提案する	
対話の中での気づき	医療ケアチームによる不十分な病状説明	2
	対話により家族への理解が深まる	

<考察:ストーリーライン>

相談員たちは、相談事業を通して、<患者・家族の取り巻く状況>を理解しながら、人生の最終段階を考える<きっかけをつくり><希望をひきだ(す)>し、<患者の変化を促すアプローチ>をとりながら、<対話の難しさ>も感じながらも<対話を促(す)>していた。そのプロセスの中で<患者理解が深まり>、<対話の中で(の)気づき>があった。

さらに、医療者の中に相談員事業に関する<アンテナのある人の発掘>をし、医療者との良好な<コミュニケーションを保(つ)>ちながら、<組織(づくり)>をつくり、<医療者の思いを理解しチーム医療へ貢献(した)>していた。その結果様々なく相談員としての思い>や課題が芽生えていた。

＜在宅療養支援診療所＞表1 事業に参加した在宅診療所相談員の経験

カテゴリ	下位カテゴリ	ラベル数
1. 日常的な相談と相談事業の判別と評価の困難感	1-1 在宅診療所では、日々が相談事業のような部分が多いので、患者のピックアップの悩みはなく、むしろ何を持って相談事業といえるのかが悩ましかった。	3
	1-2 在宅医療の現場では、本人の満足を確認できない患者もいるし、期間内ではスタッフ同士で会議をもつことができなかつたので、活動を評価するのが難しい。	2
2. 住民の主体性に価値をおく医療ケアの必要性と重要性	2-1 今後地域包括ケアの時代となれば、地域の生活の場が療養の場となっていくので、治療や生活をどうしていきたいのか、住民自身がきちんと考え決めていく習慣や文化が必要になる。	3
	2-2 患者の思いをしっかりと聞いてその思いに寄り添い家族を含む環境を整えていくと、診療自体もスムーズで混乱がなく、うまく進んでいる印象がある。	3
	2-3 支える側が満たされた気持ちになるのは、振り返ってみれば患者に発信力が有ったと気付かされ、こちらのキャッチ力を高めることで、患者・家族ともに良い表情で最期を迎えることができる、そこがアウトカムだと思う。	5
	2-4 自分から来ない人の中には在宅で過ごしたい人が無数にいると思われるが、マスクされたり我々在宅医療の目にふれないでいることが課題であり、病院や市民への啓発が必要と思う。	2
3. 病院に在宅ケアの視点を伝えるアプローチ	3-1 入院中の患者は弱って決断力を失っているため、スタッフの態度が患者家族にも影響するし、病院内の同じ文化や価値の中で話し合っても倫理的な支援にならないと思う。	9
	3-2 在宅のスタッフは、地域医療のもやもやしたグレーな感じに慣れていない病院のスタッフに対し言語化して伝えることの難しさを感じているが、研修などの機会を通して事例の地域での経過や在宅の視点・感覚を伝えている。	12
4. 日常の診療活動の意味と事業参加の意義の実感	4-1 慢性的に経過する患者や不安が強い患者、どう過ごしたいかは聞いていても最期をどうしたいかは聞いていなかった家族に対して、いざ聞いてみると普段からそれを考え介護していることや、最期をどうしたいかを考え準備していることが改めて分かり、聞いて良かったと逆に教えられた。	4
	4-2 今回の事業に参加して、在宅診療所の日々の活動の意味やスタッフの大切にしていることが可視化され再確認できたことで、チームの方向性の確認や組織全体のレベルアップにもつながったと思う。	5
	4-3 この事業に参加できたことで、ACP の知識の幅や連携施設の幅が広がり、さらに多職種に伝えたほうが良いことまで考えたり、協働して行うことで一人でやるより安心感が生まれた。	5
5. 地域性・個々の多様性が考慮される仕組み作りへの課題	5-1 患者の思いをキャッチするスタッフの相違性を踏まえた情報の共有レベル、組織の中での役割機能、在宅の特徴が反映される使いやすい書式ツールの開発は課題である。	8
	5-2 地域における連携は、信頼関係構築を基盤に作りあげ、国の地域包括ケアの実現に向けては、人材確保、多職種連携を基盤に全体としての ACP 戦略が必要である。	10
6. 地域の暮らしを支えるケアがつながる手ごたえと展望	6-1 地域で暮らすということ、どのようにアプローチできるのか、もっと広い視点をもった地域ケア活動、在宅ケアの文化を広げ、根づかせたい。	6
	6-2 事業をきっかけとして、次につながる一つ一つの事例を通じた他施設のスタッフとつながりができ、医療、看護、福祉がもっと、そして普段から次につながるようになっておくことが必要である。	9
	6-3 事業の一貫として開催した地域の研修会は、予想以上の関心高く今までは死に絡む話題への懸念もあったが今後もさらに住民が自分で考えていける地域づくりを目指して活動を広めていきたい。	6

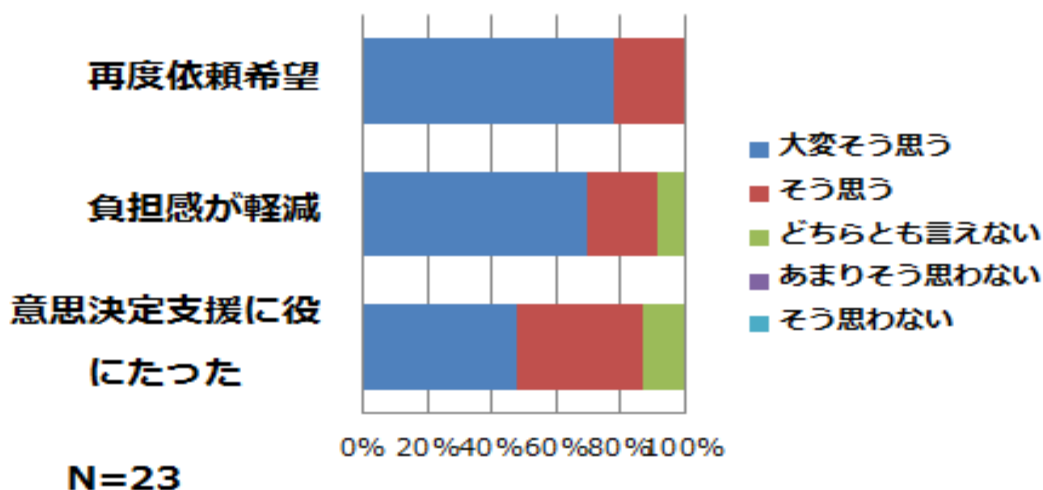
本事業に参加した在宅診療所相談員の経験から、相談体制構築における阻害要因は、日常行う相談との判別困難、期間が短いことでの評価困難、在宅と病院の組織文化の相違によるスタッフ相互理解不足、システム化により発生する役割分担意識、患者の思いが十分に表れていないこと、ニーズに対応できる人材不足、等があげられる。一方、促進要因は、研修会などを通じた連携施設のスタッフとの直接的な事例共有、地域医療を担う他施設スタッフとの信頼基盤、事業参加をきっかけとした日頃はしない活動の幅の広がりと成果の実感、患者自身の発信力、医療者のコミュニケーション能力、患者の包括的アセスメントと環境調整能力、等があげられる。

日常行う相談との判別と事業期間が短く評価が困難であったことは、地域生活を送る患者を長年にみていく在宅医療の特徴であり、相談体制の概念と目的、評価指標やしくみの明確化が必要である。病院と地域医療の観点には相違があり、相互理解に努力が必要であることが示されていた一方で、一人の事例を直接情報交換することにより、スタッフ自身の他施設との連携意識が高まっていた。事例が見える他施設スタッフの関係性や仕組みづくりは、地域での組織間連携促進に有用であることが示唆される。発信力のある患者は望ましい最期を迎える、という相談員の経験から、地域住民一人ひとりの医療に対する参画と、両輪に専門職者のコミュニケーション能力の向上が必要であることを示している。

本事業に参加した在宅診療所の参加者の経験から導かれた阻害要因と促進要因は、今後他の地域や診療所圏で、地域性や個々の多様性を考慮した仕組みづくりの検討をしていくうえで参考になる。

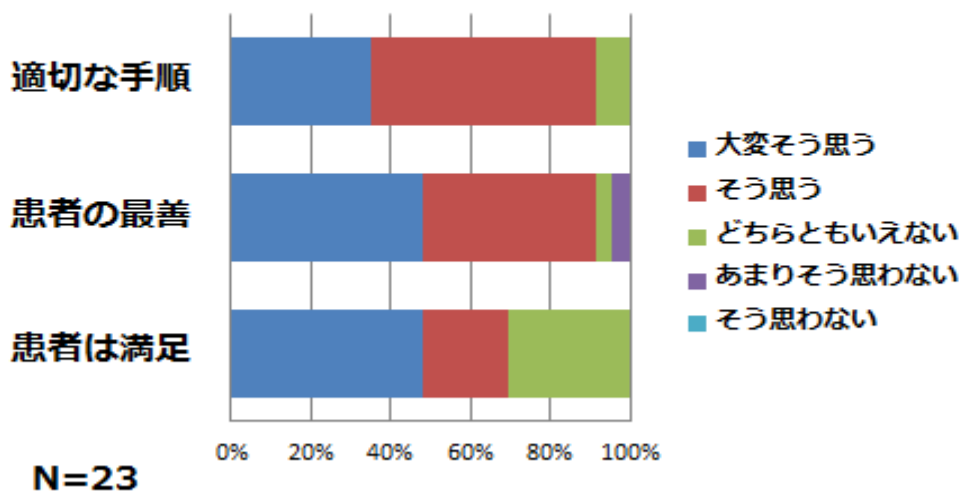
f)主治医の負担感等について

相談員/意思決定支援チームを 主治医はどう見たか（1）



10

相談員/意思決定支援チームを 主治医はどう見たか（2）



11

相談員/意思決定支援チームを主治医はどのように見ていたか、相談支援終了後に質問紙調査を実施した。「大変そう思う」「そう思う」を合わせて、約90%以上の主治医は、患者家族の意思決定支援に役立ち、自らの負担感が減じ、再度依頼したいと回答している。相談員/意思決定支援チームの存在は、主治医にとっても有益で、主治医の負担軽減にもなるようだ。

10. 相談ニーズ等の定量的な把握について

医療提供体制の整備を考えるにあたり、実臨床で実施されている医療の現状を把握することが必要である。しかし、我が国ではこれまでに最終段階における医療の需要と提供の実態を定量的に示した資料は限られている。そのため、本事業においては、参加各施設の既存のデータを用いて、人生の最終段階に該当すると考えられる患者数と医療提供の実態を抽出することを目的とした。以下にその方法と結果を示す。

【調査方法】 概念と計測方法

概念 A: 高齢者医療における倫理相談のニーズ

- 年間に入院する、75 歳以上で、寝たきりに近い日常生活動作の、肺炎患者数

分母	分子
対象期間内の入院患者数	寝たきりに近い日常生活動作の状態にある 75 歳以上の肺炎患者の入院数

計測方法

データ源: DPC データ

分母の条件

- 2015 年 9 月 1 日-12 月 31 日の期間に入院

分子の条件

- 入院時点で 75 歳以上
- 入院基本診療料の ADL 区分で食事=0 かつ 移乗=0
- DPC 上の主病名が肺炎(資料)であった

結果

施設	分子/分母	%
A	72/5957	1.2
B	80/4463	1.8
C	27/2760	1.0
D	0/42	0.0
E	0/39	0.0
合計	179/13261	1.3

考察

今回調査した施設の規模背景に大きな差があるが、病床数 300 床以上の施設における ADL の低い高齢者の肺炎による入院は全体の入院の 1%を超えていた。これらの施設では、高齢で ADL の低い肺炎患者は平均して週に数例の入院が観察される計算となり、症例としてはコモンで

あると考えた。高齢社会の我が国において、これらの症例の急性期の対応および慢性期の方針など、十分な対応ができているのか評価が求められる。

概念 B-1: 生命維持装置(胃瘻造設)の選択における倫理相談のニーズ

- 胃瘻造設目的に入院した寝たきりに近い日常生活動作の状態の75歳以上患者が、相談員介入を受けた数

分母	分子
相談員の介入があった患者数	75歳以上で、寝たきりに近い日常生活動作の状態にあり、胃瘻造設目的に入院した患者数

計測方法

データ源: DPC データ*、倫理相談員データ

* この項目は、DPC からの計測が不可能ならば、内視鏡台帳からの算出も可とした

分母の条件

- 2015年9月1日-12月31日に入退院
- 14日以上入院
- 入院時点で75歳以上
- 入院基本診療料のADL区分で食事=0かつ移乗=0
- 入院中に胃瘻造設術(資料)を施行

分子の条件

- 相談員の介入があった

結果

施設	分子/分母	%
A	0/3	0
B	0/4	0
C	1/1	100
D	0/0	—
E	0/0	—
合計	1/8	12.5

考察

新たな胃瘻造設と考えられる症例は、今回の対象施設においては多くても平均で月1件程度であった。胃瘻を造設した患者の中でも、相談員への相談をしている率は高くなかった。高齢でADLが低い患者への胃瘻造設は差し控えられる傾向があると考えられる。相談員への相談率が高くなかった理由としては、胃瘻造設が入院前に方針が決まっていたり、症例抽出対象期間が4か月と限られていたりしたことが背景として考えられる。

概念 B-2: 生命維持装置(経腸栄養)の選択における倫理相談のニーズ

- 経腸栄養を施行している寝たきりに近い日常生活動作の状態の75歳以上患者が、相談員介入を受けた数

分母	分子
相談員の介入があった患者数	75歳以上で、寝たきりに近い日常生活動作の状態にあり、経腸栄養を実施している患者数

計測方法

データ源: DPC データ、倫理相談員データ

分母の条件

- 2015年9月1日-12月31日に入退院
- 14日以上入院
- 入院時点で75歳以上
- 入院基本診療料のADL区分で食事=0 かつ 移乗=0
- 退院前日の時点で経腸栄養(資料)を実施

分子の条件

- 相談員の介入があった

結果

施設	分子/分母	%
A	2/43	4.7
B	0/11	0.0
C	0/3	0.0
D	3/22	13.6
E	2/2	100.0
合計	7/81	8.6

考察

経腸栄養を施行している患者は一定数抽出されてきた。相談員の介入率には施設により差があり、施設の方針の違いを反映していると考えられた。

概念 B-3: 生命維持装置(人工呼吸器)の選択における倫理相談のニーズ

- 人工呼吸器を使用した寝たきりに近い日常生活動作の状態の 75 歳以上患者が、相談員介入を受けた数

分母	分子
相談員の介入があった患者数	75 歳以上で、寝たきりに近い日常生活動作の状態にあり、人工呼吸器を使用した患者数

計測方法

データ源: DPC データ*、倫理相談員データ

分母の条件

- 2015 年 9 月 1 日-12 月 31 日に入退院
- 14 日以上入院
- 入院時点で 75 歳以上
- 入院基本診療料の ADL 区分で食事=0 かつ 移乗=0
- 入院中に 14 日以上人工呼吸器を使用

分子の条件

- 相談員の介入があった

結果

施設	分子/分母	%
A	0/0	—
B	0/0	—
C	0/1	0.0
D	1/3	33.3
E	0/0	—
合計	1/4	25.0

考察

人工呼吸器使用に関しては、対象期間が 4 か月に限られていたため、今回の調査においては抽出されてくる症例数が少ないと予想していたが、数例抽出されてきた。抽出された症例数は少ないものの、相談員の介入率は高かった。高齢で ADL が低い患者への人工呼吸器使用については、今回測定した他の生命維持装置の選択よりも、家族が倫理面で悩む症例が多いことが推察される。

概念 C-1:入院時に ADL が低い患者の退院先の選択

➤ 75 歳以上で、寝たきりに近い日常生活動作の状態にある、患者の退院先の内訳

分母	分子
退院先	年間に入院する、75 歳以上で、寝たきりに近い日常生活動作の状態にある、患者数

計測方法

データ源: DPC データ

分母の条件

- 2015 年 9 月 1 日-12 月 31 日に入退院
- 入院時点で 75 歳以上
- 入院基本診療料の ADL 区分で食事=0 かつ 移乗=0
- 退院時生存

分子の条件

- 退院先: ①自宅、②転院、③施設

結果

施設	分子/分母	%
A	①138/243	56.8
	②56/243	23.0
	③49/243	20.2
B	①109/268	40.7
	②26/268	9.7
	③87/268	32.5
C	①33/72	45.8
	②17/72	23.6
	③25/72	34.7
D	①27/30	90.0
	②0/30	0.0
	③1/30	3.3
E	①0/0	-
	②0/0	-
	③0/0	-

考察

症例が抽出された全施設で、自宅退院の割合が最も高かった。また、抽出条件は異なるが、概念 A よりも母数として抽出された症例が少ない印象があった、ADL の低い高齢者は入院が長期化しているのかなど、今後検討が必要である。

概念 C-1': 入院時に ADL が低い患者の退院先の選択(相談員介入あり)

➤ 75 歳以上で、寝たきりに近い日常生活動作の状態にある、患者の退院先の内訳

分母	分子
退院先	年間に入院する、75 歳以上で、寝たきりに近い日常生活動作の状態にある、患者数

計測方法

データ源: DPC データ、倫理相談員データ

分母の条件

- 2015 年 9 月 1 日-12 月 31 日に入退院
- 入院時点で 75 歳以上
- 入院基本診療料の ADL 区分で食事=0 かつ 移乗=0
- 退院時生存
- 相談員の介入あり

分子の条件

- 退院先: ①自宅、②転院、③施設

結果

施設	分子/分母	%
A	①1/3	33.3
	②0/3	0.0
	③2/3	66.7
B	①0/2	0.0
	②1/2	50.0
	③1/2	50.0
C	①2/3	66.7
	②0/3	0.0
	③1/3	33.3
D	①6/6	100.0
	②0/6	0.0
	③0/6	0.0
E	①7/7	100.0
	②0/7	0.0

	③0/7	0.0
--	------	-----

考察

症例数は多くないものの、相談員の介入は全施設で観察された。相談員の介入により、概念 C-1 での計測よりも施設への入居率が増えたように見える施設もあるが、個々の症例背景には差があると予測されること、入居施設の充実度などの地域背景の差が退院先の選択に関連していると考えられることなど、結果の解釈には注意が必要である。また、施設 E は、概念 C-1 の抽出がゼロであったが、本概念 C-1 には患者が抽出されて報告された。抽出にあたりデータ処理の誤りなどが背景にあった可能性があり、今後の修正が必要である。

A	B	C
「ADL」「高齢者」 「肺炎」	「ADL」「高齢者」 「生命維持治療選択」	「ADL」「高齢者」
「入院患者数」	「相談員の介入」	「退院先」

概念 A, B, C についての解説

概念 A, B, C は、DPC データ等から抽出できる、倫理判断支援ニーズを表す指標として策定したものです。上記は、概念 A, B, C について、表現しています。線の上は分子、線の下は分母です。

概念 A は、倫理判断支援ニーズ全体の代替指標を想定しています。ADL が寝たきりに近い、高齢者で、肺炎になる人は、倫理判断支援が必要だろうという前提です。

概念 B は、相談員のかかわる生命維持治療選択（胃瘻造設、経腸栄養、人工呼吸）に係る倫理判断支援ニーズの程度を知ることができる指標を想定しています。肺炎後、胃瘻造設、経腸栄養、人工呼吸の選択について検討する必要が生じる場合も多いので、各々の生命維持治療毎の、倫理判断支援ニーズの指標になります。

概念 C は、療養場所選択と、倫理判断支援ニーズの関係を知ることのできる指標を想定しています。

これらの指標は、確立されたものではありませんが、今後の、相談員/医療ケアチームに対する倫理判断支援ニーズをはかる有力な候補になりうると思います。

資料：肺炎コードの一覧

ICD10 コード	電算コード	傷病名名称
P233	8830064	B群連鎖球菌性先天性肺炎
J153	8830065	B群連鎖球菌肺炎
J128	8841657	EBウイルス肺炎
B206	8830092	HIVカリニ肺炎
B221	8830093	HIV間質性肺炎
J152	8847070	MRCNS肺炎
J152	8830122	MRSA肺炎
J121	8830136	RSウイルス肺炎
J120	8830275	アデノウイルス肺炎
J82	8830397	アレルギー性肺炎
J690	8830602	胃分泌物嚥下性肺炎
P236	8830717	インフルエンザ菌性先天性肺炎
J14	8830718	インフルエンザ菌肺炎
J110	8830731	インフルエンザ肺炎
P230	8830755	ウイルス性先天性肺炎
J129	4809001	ウイルス性肺炎
J850	8830866	壊死性肺炎
J156	8830932	エンテロバクター肺炎
A70	8830988	オウム病肺炎
B778	8831031	回虫症肺炎
J679	4959008	過敏性肺炎
J849	4860015	間質性肺炎
M0510	8847737	関節リウマチ性間質性肺炎
A162	116001	乾酪性肺炎
J180	8832171	気管支肺炎
J841	1363003	急性間質性肺炎
J82	5183011	急性好酸球性肺炎
J189	4860018	急性肺炎

J188	8832646	胸膜肺炎
J160	1368001	クラミジア肺炎
J698	8833161	血液嚥下性肺炎
M351	8848245	膠原病性間質性肺炎
J82	5183002	好酸球性肺炎
J158	8847183	コリネバクテリウム肺炎
J690	5070003	誤嚥性肺炎
J159	4829003	細菌性肺炎
B250	8833956	サイトメガロウイルス肺炎
A022	8834046	サルモネラ肺炎
J189	8834801	小児肺炎
J690	8834867	食物嚥下性肺炎
A491	8847765	侵襲性肺炎球菌感染症
P361	8847867	新生児肺炎球菌敗血症
M330	8848267	若年性皮膚筋炎性間質性肺炎
J958	9973011	術後肺炎
J958	8847878	人工呼吸器関連肺炎
B012	8835700	水痘肺炎
J156	8846406	ステノトロフォモナス・マルトフィリア肺炎
A698	8835751	スピロヘータ肺炎
J156	8836058	セラチア菌肺炎
P231	8836193	先天性クラミジア肺炎
P239	7700001	先天性肺炎
M321	8848278	全身性エリテマトーデス性間質性肺炎
A500	8836643	早期先天梅毒性肺炎
M332	8848283	多発性筋炎性間質性肺炎
P234	8837368	大腸菌性先天性肺炎
J155	8837370	大腸菌肺炎
J181	4819003	大葉性肺炎
A010	8837757	腸チフス性肺炎
J182	8837800	沈下性肺炎
J841	5168008	通常型間質性肺炎
J841	5168009	特発性間質性肺炎
J841	8845714	特発性器質化肺炎

J690	8838214	吐物嚥下性肺炎
J678	4959009	夏型過敏性肺炎
B59	8838414	ニューモシチス肺炎
J690	8838416	乳嚥下性肺炎
J189	8838435	乳児肺炎
O290	8838600	妊娠中誤嚥性肺炎
J189	4860030	肺炎
P236	8838794	肺炎桿菌性先天性肺炎
J150	8838795	肺炎桿菌肺炎
J851	8844803	肺炎合併肺膿瘍
A491	8847809	肺炎球菌感染症
J028	8838796	肺炎球菌性咽頭炎
M0019	8838797	肺炎球菌性関節炎
J202	8838798	肺炎球菌性気管支炎
I301	8838799	肺炎球菌性心膜炎
G001	3201001	肺炎球菌性髄膜炎
A403	8838800	肺炎球菌性敗血症
K650	8838801	肺炎球菌性腹膜炎
J13	8838802	肺炎球菌肺炎
A162	8838803	肺炎結核
C349	8847242	肺癌による閉塞性肺炎
J189	8838823	敗血症性肺炎
J841	8845719	剥離性間質性肺炎
J122	8839157	パラインフルエンザウイルス肺炎
J189	4830007	非定型肺炎
J841	8845727	非特異性間質性肺炎
J128	8847904	ヒトメタニューモウイルス肺炎
A482	8839350	非肺炎性レジオネラ症
M331	8848302	皮膚筋炎性間質性肺炎
J841	5150001	びまん性間質性肺炎
J180	8839549	びまん性肺炎
B068	8839612	風疹性肺炎
J680	8839793	フューム肺炎
P232	8839829	ぶどう球菌性先天性肺炎

J152	4824001	ぶどう球菌性肺炎
J188	8841647	閉塞性肺炎
J156	8839998	変形菌肺炎
A491	8847138	ペニシリン耐性肺炎球菌感染症
J700	8847570	放射線肺炎
P236	8842168	マイコプラズマ性先天性肺炎
J157	8842169	マイコプラズマ肺炎
B052	551002	麻疹肺炎
J82	5183012	慢性好酸球性肺炎
J189	4860045	無熱性肺炎
J156	8846063	モラキセラ・カタラリス肺炎
J704	8842214	薬剤性間質性肺炎
J691	8840982	リポイド肺炎
P235	8841069	緑膿菌性先天性肺炎
J151	8841070	緑膿菌肺炎
A548	8841085	淋菌性肺炎
J841	5168010	リンパ球性間質性肺炎
M321	8844341	ループス肺炎
A241	8841154	類鼻疽肺炎
A481	8844927	レジオネラ肺炎
J154	8841197	連鎖球菌肺炎
J690	8841219	老人性嚥下性肺炎
J189	4860043	老人性肺炎

資料:胃瘻造設術のコード

区分番号	電算コード	診療行為名称
K664-00	150171610	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む)

資料:経腸栄養のコード

区分番号	電算コード	診療行為名称
J120-00	140023210	鼻腔栄養

資料:人工呼吸のコード

区分番号	電算コード	診療行為名称
A306-00	190055470	人工呼吸器使用加算(特殊疾患入院医療管理料・特殊疾患棟入院料)
C164-00	114006810	人工呼吸器加算(陽圧式人工呼吸器)
C164-00	114009610	人工呼吸器加算(人工呼吸器)
C164-00	114005510	人工呼吸器加算(陰圧式人工呼吸器)
C165-00	114010370	経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算
J045-00	140039650	人工呼吸(鼻マスク式人工呼吸器)(5時間超)

11. 各医療機関独自の取り組み(地域連携を含む)について

公立富岡総合病院

・病院独自にシルバーケアということばの概念を考え、それに添って取り組んできた。シルバーケアのシルバーとは『silver age』の略であり、『old age』と同義で高齢／老齢ということである(暦年齢だけではない)。つまり、シルバーケアとは高齢者ケアのことである。当院では、シルバーケアとは「ひとりひとり異なる老化や、その人の生活や人生・価値観を最大限配慮した医療／ケアのこと」と定義した。

・特定病棟をシルバーケアユニット(SCU)として機能させ、シルバーケアを実践する病棟とした。シルバーケアにおいては患者家族の意思決定支援のための相談支援が必要かつ重要である。そのため特定病棟の師長が相談員になるとともに担当 MSW も相談員となって相談支援を行ってきた。

・また、特定病棟以外の部署でのシルバーケアについてはシルバーケアチーム(SCT)がコンサルテーションを行っている。シルバーケアチームの看護師および MSW も相談員としてシルバーケアにおける意思決定支援相談を実践している。

・今後は病院として相談員研修を開催し、相談支援を行う相談員を院内・地域で増やすとともに、地域全体でシルバーケア・意思決定支援と思いをつなぐ取り組みを実践していく予定である。

春日井市民病院

・EOL ケアサマリー作成

主治医は患者の思いの結論だけを移行先に伝えがちであるが、「患者の思い」をつなぐには最終的な思いだけでなく、意思決定の過程そのものが重要と思われ患者や家族の揺れる思いを、時系列で記載できる様式を作成した。患者の移行先(在宅診療や訪問看護、介護施設)などに対し、患者の思いや事前指示などを掲載したEOLケアサマリーを送付し担当者会議でも報告や話し合いをした。移行先には患者の思いの実現に向けたアンケートに回答してもらい、その結果は病院のカルテに登録し情報共有を進めた。

・EOL ケアサマリーの事例

医師から在宅用のNPPVの装着を提案されたある患者は機械の装着を望まず、延命もせず自宅に静かになくなることを希望した。ただ家族からは「本人の意見を尊重したい」という声がかた

方、「やれることはすべてやってほしい」という意見もあった。NPPVを導入し急変した場合は病院へ搬送するものの気管挿管や心臓マッサージは行わないという合意形成された。家族からは家の者だけでは話しにくいことも第三者に入ってもらってよかった」と感謝された。また患者を担当する在宅医と訪問看護には事前にサマリーを提供したことにより、すぐに患者の状況を理解してもらい対応してもらうことができた。記録方法については相談時の電子カルテへの記載がコピー&ペーストでサマリーに転記することができるシステムを開発し業務時間の削減につながった。

・事前指示書の様式を作成

国立長寿医療研究センターの事前指示書を参考に事前指示書とその説明を作成した。院内倫理委員会で内容、運用方法を決定し病院全体への周知を図った。事前指示書を電子カルテへ取り込み、患者プロフィールに記載し院内での情報共有を図った。事前指示書においてはACPIにおける患者の思いを酌む相談ではプロセスを重視し、指示書の作成を目的とはしていなかった。事前指示書を渡した患者は、早期より書面による意思表示をした方がよいと考えた患者で、独居の高齢者や急変が予測される患者や、事前指示書を「ほしい」「書き残しておきたい」という希望者であった。また、事前指示書の紹介を控えたケースでは介入過程の段階でACPが深められ、患者の意思が明確に表明され、家族もその意思を尊重して合意形成がされている患者や、死期が近く患者・家族に心理的な侵襲が大きいと思われた患者であった。

東京医療センター

・(倫理コンサルテーション事業)当院では、厚生労働省「“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」における、「病態などにより医療内容の決定が困難、家族の中で意見がまとまらないなどの場合、複数の専門家で構成する委員会を設置し、治療方針等の検討や助言をする」箇所に着目し、倫理コンサルテーション事業を行った。倫理コンサルテーションを「関係者が患者、家族の受ける医療行為に懸念や疑問、倫理的ジレンマを感じた時、依頼に応じて個々の患者診療に関わる倫理問題を同定、分析し、どのような選択が最善かを考察し、妥当な結論を目指し、対話を促進し助言する支援活動」と定義し、それに対応するチームをESTと位置づけて事業を行った。

静明館診療所

・市内の多職種の勉強会で、このような広範な形で伝達研修を実施したことは在宅療養支援診療所として独自の取り組みであった。
・E-FIELD〈在宅・地域での療養バージョン〉は独自に策定し、実施し好評を得た。
・提言活動は当院独自の取り組みであり、今後の地域づくりに活かせるとともに、他の地域でも同様の課題があると考えられる。

- ・問題事例ばかりではなく全相談事例の報告を倫理委員会で行った。
- ・急性期病院スタッフの訪問診療への同行研修は、在宅ケアと病院を「繋ぐ」役割に非常に有用と考えられる。

- ・急性期病院で、在宅医がアドバンス・ケア・プランニングの講義を行うことは、病院スタッフにとって在宅ケアの視点を知る機会となった。
- ・遺族を入れたデスカンファレンスは、患者の死に関するアウトカム評価を行う具体的な方法のひとつである。
- ・退院元の病院でのデスカンファレンスは、病院スタッフが患者の希望を聞き、在宅への調整を行う成功体験となる。

オレンジホームケアクリニック

・〈地域連携スタッフ 在宅医療実践研修〉

福井県内の医療機関に対して地域連携スタッフ在宅医療実践研修を呼びかけた。(福井県医療社会事業協会の協力有り)

想いを繋ぐ先の在宅療養現場について、よく知らないままでは患者の不安や希望に十分に答えることが出来ないと考え、病院における連携担当部署の社会福祉士や看護師に対して在宅療養の実践研修できる機会を作った。

連携室を通して、病院内全体に告知し、病棟の退院調整看護師等にも広報することで、参加希望者がみられたものの、日程調整(土日・祝日での研修希望)などによって、実践研修は実現しなかった。

しかし、これまでの経験の中で、一度在宅療養の現場を経験する事で、患者に語りかける声かけや想いの聞き取り、退院にむけた調整に対しても変化する事が分かっているため、事業終了後も継続的に実習の場を設け、病院との連携を進めていく。

〈人生の最終段階における想いをつなげる支援研修〉

在宅療養に関わる専門職向けに対してE-FIELDを基盤にした研修会を実施した。人生の最終段階における想いや希望については、特定の相談時に表現される言葉だけでなく、日頃の生活の中で語られる言葉や行動にこそ、表現されている。そのため、普段の生活に良く関わる訪問介護や訪問看護、ケアマネジャーだからこそ知り得る情報、想い、希望があることを自覚し、大切に、表現できるような研修を行った。(想いを聞き取るスキルだけでなく、ある言葉、ある行動が、人生の最終段階の想いを表していると言うことを想像させるような研修)

また、病院の連携室や病棟スタッフ(社会福祉士や看護師)の参加も促すことで、入院生活では見えにくい、これまでの生活、人生、今後の生活についても想いを巡らせることが出来るような研修とした。

目の前で劇を展開し、多職種のグループにて話し合うスタイルを設けることで、患者や家族の人生を時系列的に想像することが出来、なおかつ多職種の意見を聞くことで、多職種の専門性を理解しつつ、本人の想いを繋げていく実践を模擬的に行うこととした。参加希望者が多く、地域における関心の高さが伺えた。

事業終了後も研修会を展開し、地域の想いを聞き取る力の向上だけでなく、繋げる力の向上についても実践していく。

<重度の心身障害児における支援>

「人生の最終段階」という言葉からイメージしにくいのが、医療ケアが必要な重心児たちが在宅療養を選択する際も全く同様の配慮と、同じ姿勢の相談が必要である。

在宅医療に関わる、医療ケアが必要な重症心身障害児らは、本人よりも両親が方針を決定することがほとんどであり、本人の意思確認が困難なことも多い。またいわゆる「その人らしさ」を形成する幼少期からの障害のため、推定意思決定も困難である。また、家族の障害受容や愛着形成も課題となることがある。そんな中、病態の変化も早い場合が多く、胃ろうなど栄養の問題、気管切開や人工呼吸器など大きな選択を次々と迫られることがある。医療的な状況に左右されながらも、家族の価値観、本人の想い、家族の未来、それらをイメージしながら、話しあう必要があり、相談支援は多大に必要なが、関わるスタッフも多く、良い相談支援が行われているとは言い難い。当院では、医師、看護師、保育士、社会福祉士、相談支援専門員などが連携しながら相談を行ってきたが、今回の事業で経験した、相談支援や倫理サポートなどの学びや手法を元に、事例を重ね実践していきたい。

事業全体から感じたことではあるが、一度決めたことでも、翌日には変化していることも多々ある。結論を決める専門家ではなく、一緒に悩む専門家チームで有り続けることが重要であると考えている。各専門家がそれぞれの専門性を発揮しつつ、チームとして本人・家族と関わっていく中で、一緒に悩みながら結論を導き出すという関わりが重要である。

12. まとめ(事業で得られた知見)

平成 27 年度人生の最終段階の医療体制整備事業によって以下のことが明らかになった。
(平成 26 年度には明らかでなく、平成 27 年度に得られた新しい知見のみを記す。)

1) 病院における、相談支援の導入時のフローチャート、必要に応じてコンサルテーションできる倫理サポートチーム導入時のフローチャートを、参加医療機関の意見を集約の上、作成した。

平成 26 年度までに、病院における、相談支援の導入のポイントは、相談員が相談支援に集中できる体制をつくることで、①患者スクリーニング、②主治医の了承と相談員参与の説明、③日程調整、④実際の相談支援の 4 段階が重要であることが明らかにされていた。これらの知見を反映したフローチャートを作成した。

在宅医療における、相談支援の導入については、①在宅ケアが必要な時期にある患者家族は、ほぼすべてが支援対象であるととらえられた。また、②在宅ケアの場の性質上、自然な流れの中で、主治医の了承は得られ、相談員の参与も説明された。③④初回面談時等に相談支援が導入されることが多く、日程調整や相談支援の導入は、日常の在宅ケアの中でいつも行われている自然なことであった。

既に、人生の最終段階のケアについて、価値観の近い在宅ケアチームにとっては、あらためて、相談支援を導入する仕組みづくり、倫理サポートチームにコンサルテーションする仕組みづくりの必要はなかった。

相談支援を導入するための仕組みの作り方を明らかにした。

2) 当該病棟に入院した患者の約 11%に、相談支援が実施された。1 回の相談支援あたりに要する面談時間は 1.5 時間、約 3 回の相談支援が実施された。これは、病院においても、在宅においても、大きな違いはなかった。病院における倫理支援チームへの依頼は、全体の 3-5%で一定のニーズがあった。

相談員/医療・ケアチームのニーズを明らかにした。

3) 死亡した患者 22 例のうち、病院 17 例、在宅 5 例であった。望んだ場所で亡くなった割合については、無記入例を除くと、病院では、「はい」、「いいえ」、「不明」は、各々、40.0%、6.7%、53.3%、在宅では、100%、0%、0%であった。生命維持療法に関する患者の希望が尊重された割合については、同様に、病院では、64.3%、0%、35.7%、在宅では、100%、0%、0%であった。少数例の検討ではあるが、病院・在宅ともに、患者の思いが酌まれ、繋がれ、遂げられる割合、Quality of

death(QOD)は、高いように思われたが、病院において、不明が多く、患者の思いを繋ぐためのさらなる工夫の必要性が浮き彫りになった。

相談員/医療・ケアチームが、患者・家族の QOD に寄与する可能性が示唆された。

4) 質分析の結果から、病院における相談支援の導入は、人生の最終段階についての意思決定支援について、「アンテナのある人の発掘」につながる可能性が示唆された。言い換えれば、相談員研修は、「アンテナ」のない医療者に、「アンテナ」を取り付ける以上に、もともと「アンテナ」を持っている人の「発掘」につながる可能性が示唆された。一方で、在宅における相談支援の導入は、今まで行ってきた在宅医療における日常的な相談と、事業による相談を分けることができない、いかにすれば、日常行ってきた相談そのものであることが示唆された。

相談員/医療・ケアチームの仕組みづくりは、適性のある相談員の発掘に寄与する可能性が示唆された。

5) 約 90%以上の主治医は、相談員/意思決定支援チームが、患者家族の意思決定支援に役立ち、自らの負担感が減じ、再度依頼したいと回答した。相談員/意思決定支援チームの存在は、主治医にとっても有益で、主治医の負担軽減にもなる。

相談員/医療・ケアチームの関わりは、主治医の負担軽減にもなる。

6) Diagnosis Procedure Combination: DPC データ等から、「ADL」「高齢者」「肺炎」「生命維持治療選択」「療養場所選択」「相談員の介入の有無」をキーワードに、倫理サポートニーズの代替指標を含む、概念と計測指標を策定した。病床数 300 床以上の施設における ADL の低い高齢者の肺炎による入院は全体の入院の 1%を超えていた。高齢で ADL の低い肺炎患者は平均して週に数例の入院が観察される計算となり、症例としてはコモンであり、倫理サポートニーズの代替指標となりうる可能性が示唆された。また、生命維持治療や療養場所の選択に、相談員/医療・ケアチームがどのようなインパクトを与えた方は、今後の検討課題と考えられた。

相談員/医療・ケアチームのニーズのニーズを明らかにする可能性のある指標を策定した。

13. 今後の課題と提言

1) 侵襲の少ないコミュニケーションスキルについての経験の集積

→平成 26 年度、27 年度の、人生の最終段階における医療体制整備事業の知見を参考に、平成 28 年度には、全国規模で相談員/医療・ケアチーム養成ための研修会を実施することを提言する。その際、研修会受講者に対して、相談支援の数を過度に意識することなく、より侵襲の少ないコミュニケーションを心がけるように促したい。そして、各地域で研修会受講者が集まり、より侵襲の少ないコミュニケーションについて、経験則を持ちより共有するような、そしてその経験を蓄積するような、自発的な研修会を促したい。

2) 相談員/意思決定チームの介入が有用であるというエビデンスの構築

→相談員/医療ケアチームによる意思決定支援は、約 90%の患者等が有用性を感じている。一方で、約 10%あまりの患者等がコミュニケーションによる心的負担を感じている現状がある。我々、ヘルスケアプロフェッショナルは、いくら 90%の患者等に恩恵がある場合でさえ、約 10%にも最大限の注意を払うべきだろう。必ずしも、コミュニケーションによる侵襲がゼロではない、人生の最終段階についての意思決定支援において、確固たるエビデンスを確立し、この事業を国民の信託に耐えうるものにならなければならない。それゆえ、近年のアドバンス・ケア・プランニングやエンド・オブ・ライフケアについての、システマティックレビューに始まり、質の高い臨床研究により、エビデンスを確立する必要がある。

3) アドバンス・ケア・プランニングの普及啓発

→地域医療連携において、アドバンス・ケア・プランニングの普及啓発を提言したい。普及啓発により、これらが一般的になってくれば、コミュニケーションの侵襲を和らげることができるはずだ。

1)2)3)について十分に留意する必要があるが、平成 26 年度、27 年度に実施されたモデル事業、すなはち、(a) 国立長寿医療研究センターが開発した E-FIELD を用いた研修と、(b) 相談支援体制の構築、これらを全国に普及させる必要がある。平成 28 年度、モデル事業のさらなる普及を提言する。

14. おわりに

平成 26 年度、27 年度、人生の最終段階における医療体制整備事業の評価実施機関として、この事業に関わらせていただいた。

まずは、この道なき道を共に歩んでいただいた 10 医療機関の皆様、その道をさらに歩きやすい道に整備していただいた 5 医療機関の皆様、そして何より各医療機関において本事業にご協力いただいた患者家族の皆様にご心よりお礼を申し上げます。

本事業の性質上、侵襲のないコミュニケーションに最大限配慮する必要があった。人生の最終段階の選択に関わるため、医療・ケアチームとの連携を確かめながら、時には言葉を選び、相手の気持ちに最大限配慮する必要があった。そのような中、国のモデル事業として、2 年間に無事終わることができたのも、15 医療機関の皆様のおかげだと思ふ。心よりお礼を申し上げます。

海外に目を向けて見ると、米国、豪州、ドイツ、スペイン、シンガポール等の諸外国でも、本事業の相談員に相当するアドバンス・ケア・プランニングファシリテーターを中心とした医療体制整備、仕組みづくりが進められている。国立長寿医療研究センターでは、先進的な研究者の協力を得て、アジア地域でのアドバンス・ケア・プランニング先進地域、シンガポールに事務局メンバーを派遣し視察を行った。シンガポールでも、ファシリテーター(本事業でいうところの相談員)を育成し、人生の最終段階の医療ケアについて、対話のプロセス重視の仕組みを、地域ごとに作っていく潮流がある。先進地域シンガポールの事情を知り、日本の歩みは、正しい歩みであることを確信している。

平成 26 年、27 年の 2 年間、苦楽を共にした評価医療機関としての切なる願いだが、15 医療機関には、この領域の先駆者として、日本における、人生の最終段階における医療体制整備を牽引していただきたいと思う。この領域ほど、失敗や苦労の経験が生かされる領域はないかもしれない。今後、各医療機関からの視察要請などあれば、時間の許す範囲で協力してほしい。

平成 28 年度以降、国立長寿医療研究センターは、E-FIELD プログラムのブラッシュアップやエビデンス構築のため、研究面から、この試みを、後方支援したいと考えている。

2025 年問題を見据えて待ったなしの今、患者の意思がより尊重され、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備するための相談員/医療・ケアチームを中心とした取組みが、日本全体に広がって行くことを心から願う。

15. 参考文献

1) Hammes, BJ etc. “A Comparative, Retrospective, Observational Study of the Prevalence,

Availability, and Specificity of Advance Care Plans in a County that Implemented an Advance Care Planning Microsystem.” American Geriatrics Society 2010; 58:1249–1255.

(要点: 米国ラクロスでの試み)

2) Karen D etc The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial BMJ 2010; 340

(要点: 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相談員の有用性を確かめるためのランダム化比較試験に関するオーストラリアのモデル)

3) Chen et al. To evaluate the effectiveness of health care ethics consultation based on the goals of health care ethics consultation: a prospective cohort study with randomization BMC Medical Ethics, 15:1, 2014

(要点: 医療ケアチームの行う倫理的判断の有用性について)

4) Arianne Brinkman–Stoppelenburg, et al. The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. Palliat Med 2014; published online 20 March

(要点: 相談員又は ACP ファシリテーターを中心とした意思決定支援体制の世界的な位置づけ)

5) Factor Structure and Reliability of the Japanese Version of the Frommelt attitudes toward care of the dying scale(FATCOD–B–J), Japanese Journal of Cancer Nursing. 2006; 11(6): 723–9. (in Japanese)

(要点: 相談員の態度についての評価指標に関する論文)

6) 中井裕子, 宮下光令, 笹原朋代, 小山友里江, 清水陽一, 河正子. Frommelt のターミナルケア態度尺度 日本語版(FATCOD– B–J)の因子構造と信頼性の検討 — 尺度翻訳から一般病院での看護師調査、短縮版の作成まで—. がん看護. 2006; 11(6): 723–9.

(要点: 相談員の態度についての評価指標に関する論文)

7) Mary Butler al. Decision Aids for Advance Care Planning: An Overview of the State of the Science, Ann Intern Med. 161:408–418, 2014;

(要点: ACP のシステムティックレビュー。各疾患のステージに応じて、相談員の支援内容も変化していく。)

8) Miura etc Benefits of the Japanese Version of the Advance Care Planning Facilitators Education Program Geriatrics & Gerontology International 2016, in press.

(要点: 国立長寿医療研究センターの三浦らによって、E-FIELD プログラムの短期効果が示された。尚、E-FIELD プログラムは、第 5 回 International Society of Advance Care Planning and End of Life Care Conference Sep 9–12, 2015, Munich, Germany において、3rd poster prize を獲得した。)

16. 参考資料 (添付)

- ・相談内容シート、患者の思いを繋ぐシート
- ・相談員に対する質問紙調査票

- ・患者家族に対する質問紙調査票
- ・主治医に対する質問紙調査票
- ・概念と計測

EOLに関する相談シート(②)(最初の面接時に記入)

1. 相談開始日(西暦で記入:yy年m月dd日)・・・

2. 調査ID

3. ~~生年月日~~(西暦で記入:yy年m月dd日)・・・

4. 性別
男性 女性

5. 相談対象者
患者のみ 家族のみ 患者と家族 その他()

6. 相談依頼経路
具体的に下記の依頼者をチェック
 (医師 看護師 SW 患者 家族 その他《 》)

7. 患者の『今後の医療・ケア・生活に関する』意思決定能力
あり なし どちらとも言えない 不明(理由)

8. 疾患名(具体的に記入).....

下記からあてはまるものをひとつチェック

- 脳血管障害
- 神経筋疾患
- 認知症
- 心疾患
- 肺疾患
- 腎疾患
- 肝硬変
- 悪性腫瘍
- フレイル(虚弱)
- その他(具体的に記入)

9. 既存のアドバンス・ディレクティブの表明(面接前までに得られている情報をもとに記入すること)

あり なし 不明

.....ありの場合は具体的に記載

EOLに関する相談シート（②）（相談開始から4週間以内にしたことを記入）

10. 相談内容：4週間でいった内容のうち、あてはまるものすべてにチェック

【病状認識と治療目標】

- 患者の病状認識を確かめる
- 家族の病状認識を確かめる
- 患者に治療目標を確認する
- 家族に治療目標を確認する

自由記載

【病状説明】

- 病状説明に関する希望の探索
- 病状の補足説明
- 病状説明のためのコーディネーション

自由記載

【代理決定者】

- 患者に代理決定者を選定するよう促す
- 代理決定者とともに面接を行う
- 代理決定者の裁量権を尋ねる

自由記載

【苦痛・心配・不安・大切なこと】

自由記載

- 患者の困っていることを聞く
- 患者の心配なことを聞く
- 患者の大切にしていることを聞く
- 患者の不安なことを聞く
- 家族の困っていることを聞く
- 家族の心配なことを聞く
- 家族の大切にしていることを聞く
- 家族の不安なことを聞く

【全体的な医療の希望・いのちの考え方】

- 受けたくない医療行為を尋ねる
- 受けたい医療行為を尋ねる
- いのちに対する考え方を探索する

自由記載

【生命維持治療に関する希望】

自由記載

- 人工呼吸器の装着
- 気管挿管
- NPPV
- 経管栄養
- 経鼻胃管
- 胃ろう（腸ろう）
- 末梢輸液
- 高カロリー輸液
- 輸血
- 抗菌薬
- 心肺停止時の心肺蘇生

【希望する療養環境・社会的支援】

- 望んでいる療養場所について
- どこで最期を迎えたいかについて
- ソーシャルサポートの強化について
- 利用できるサービスについて
- 家族との関係の調整

自由記載

1 2. 相談内容・その他：自由記載

以下は終了時（相談開始から4週間後もしくは相談終了時どちらか早いほう）に記載する

1 3. シート記載終了日（西暦で記入：yy年 m月 dd日）

1 4. シートの記載終了理由

4 週 間 が 経 過 し た 患 者 の 死 亡 そ の 他

()

1 5. 相談回数・カンファレンス：4 週間の面接・カンファレンスの回数と時間を具体的に記入

- 面接回数 () 回 総時間数 () 時間
- カンファレンス回数 () 回 総時間数 () 時間
- 病状説明への参加回数 () 回 総時間数 () 時間

1 6-a. 倫理支援チームへの相談の有無

あり なし

1 6-b. 倫理委員会への諮問の有無

あり なし

これで記録は終了です。

- ① 所定の返信用封筒を用いて、相談シート一式のコピーを事務局に返送してください。
また、倫理支援チーム等が実施した倫理カンファレンスの議事録（議題と内容）も併せて返送して下さい
- ② 相談シートに以下のうちいずれか一つ以上にチェックがある患者と家族（できるだけ代理決定者）それぞれ 1 名に質問紙の入った封筒を渡してください。

受けたくない医療行為を尋ねる、 受けたい医療行為を尋ねる、 いのちに対する考え方を探索する、【生命維持治療に関する希望】の 11 項目、 どこで最期を迎えたいかについて

以下に当てはまる場合、質問紙は渡さず、渡さなかった理由を以下の番号で相談 ID 管理票に記載してください。

- (1) 認知機能障害、精神障害、認知障害などにより調査用紙に記入できないと相談員が判断した患者・家族
- (2) 痛み、呼吸困難、倦怠感、吐き気・嘔吐などの身体症状が重篤で、担当医または調査担当者が研究の参加に妥当でないと判断した患者・家族
- (3) 精神症状が重篤で、担当医または調査担当者が研究の参加に妥当でないと判断した患者・家族
- (4) 説明・同意文書の内容を理解できない患者・家族
- (5) 質問紙を渡す時に対象者がいない（例）患者の死亡、家族が存在しない、など
- (6) その他

「患者の思いをつなぐシート①」（患者移行時に記入）

1. 患者の移行日（西暦で記入：yy年m月dd日） _____年 月 日
2. 調査 ID _____
3. ~~生年月日（西暦で記入：yy年m月dd日）~~ _____年 月 日

4. 性別 男性 女性

5. 移行先

《相談員の所属する医療機関内》

緩和ケア病棟 回復期リハビリテーション病棟 地域包括ケア病棟 一般病棟

この事業で各医療機関が指定した特定病棟

《相談員の所属する医療機関外》

緩和ケア病棟 回復期リハビリテーション病棟 地域包括ケア病棟 一般病院 精神科病院 医療療養型病院

介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型病院 有料老人ホーム

グループホーム ショートステイ（長期利用）

サービス付き高齢者専用住宅 ケアハウス

自宅（訪問診療あり） 自宅（訪問診療なし）

その他（ _____ ）

6. 患者の思いの伝達の有無

伝えた 伝えなかった 理由： {



7. 伝えた「患者の思い」の内容

病状と治療目標の認識 主治医からの病状の説明内容

代理決定者

苦痛・心配・不安・大切なこと 全体的な医療の希望・いのちの考

え方

生命維持治療に関する希望 希望する療養場所・社会的支援

その他（ _____ ）

具体的内容

8. 伝えた手段

施設内の既存の手段で実施

新たな手段を考案・実施

↓
どのような方法で伝えましたか？

電話 紙媒体 E-メール

クラウドサービス等の情報共有化ツール（ツール名 _____）

合同カンファレンス（参加職種 _____） 対面 _____

その他

9. 患者の思いをつなげる工夫・配慮（自由記載）

例：相談員と共有した思いを、家族や新たな療養先のスタッフにも話すように伝えた、患者の思いを記したノートを、保険証と一緒に持つように伝えた、等。

「患者の思いをつなぐシート②」（フォローアップ毎に記入）

1. 患者の移行日（西暦で記入：yy年m月dd日） _____ 年 月 日
2. 調査 ID _____
3. ~~生年月日（西暦で記入：yy年m月dd日）~~ _____ 年 月 日
4. 性別 男性 女性
5. 患者のフォローアップ日： _____ 年 月 日 （移行後 日目）
6. フォローアップ回数 （ _____ ） 回目
7. 患者の療養場所

《相談員の所属する医療機関内》

緩和ケア病棟 回復期リハビリテーション病棟 地域包括ケア病棟 一般病棟

この事業で各医療機関が指定した特定病棟

《相談員の所属する医療機関外》

緩和ケア病棟 回復期リハビリテーション病棟 地域包括ケア病棟 一般病院

精神科病院 医療療養型病院

介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型病院 有料老人ホーム

グループホーム ショートステイ（長期利用）

サービス付き高齢者専用住宅 ケアハウス

自宅（訪問診療あり） 自宅（訪問診療なし）

その他（ _____ ）

8. フォローアップの手段

施設内の既存の手段で実施

新たな手段を考案・

実施

どのような方法でフォローアップしましたか？

電話 紙媒体 E-メール

クラウドサービス等の情報共有化ツール（ツール名 _____ ）

合同カンファレンス（参加職種 _____ ） 対面 その他 [_____]

9. 移行先での「患者の思い」の書類保管の有無と管理方法

有

無

不明

↓

管理方法（複数回答可）：統一した場所に保管（診療録に挟む、等）

患者・家族に確認してから保管

患者・家族が同一書類を保管

療養先移行時に書類を送る手続きの完備

その他

()

《裏面に続く》

10. 自施設の「患者の思い」の記録追加修正の有無

有

無

11. フォローアップ時の内容

病状と治療目標の認識

主治医からの病状の説明内容

代理決定者

苦痛・心配・不安・大切なこと

全体的な医療の希望・いのちの考え方

生命維持治療に関する希望

希望する療養場所・社会的支援

その他 {

}

具体的内容

12. 今後のフォローアップ予定 有

無 *今後、患者を追うことができない場合は、シート

③をご記入ください

「患者の思いをつなぐシート③」（患者を追えなくなったときに記入）

1. 患者の退院日（西暦で記入：yy年m月dd日） _____ 年 月 日
2. 調査 ID _____
3. ~~生年月日（西暦で記入：yy年m月dd日）~~ _____ 年 月 日
4. 性別 男性 女性

5. これ以上患者を追えなくなった理由

患者が死亡した（西暦で記入： _____ 年 月 日）

患者/家族が拒否した

事業期間が終了した

相談員が追うことができないと判断した（理

由： _____)

その他 {

6. 患者を追えなくなったときの患者の療養場所

《相談員の所属する医療機関内》

緩和ケア病棟 回復期リハビリテーション病棟 地域包括ケア病棟 一般病棟

この事業で各医療機関が指定した特定病棟

《相談員の所属する医療機関外》

緩和ケア病棟 回復期リハビリテーション病棟 地域包括ケア病棟 一般病院 精神科病院 医療療養型病院

介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型病院 有料老人ホーム

グループホーム ショートステイ（長期利用）

サービス付き高齢者専用住宅 ケアハウス

自宅（訪問診療あり） 自宅（訪問診療なし）

その他（

7. 当該患者のフォローアップの回数と間隔を決めた理由や意図（自由記載）

8. 移行先での「患者の思い」の書類保管の有無と管理方法

有 無 不明

↓

管理方法（複数回答可）：統一した場所に保管（診療録に挟む、等）

（具体的場所 ）

患者・家族に確認してから保管

患者・家族が同一書類を保管

療養先移行時に書類を送る手続きの完備

その他

()

《裏面に続く》

9. 「患者の思いをつなぐ」上での困難や障壁（自由記載）

-----患者が死亡した場合は、以下に記入-----

10. 患者の思い（希望）の実現の実際

①患者が望んでいた療養場所で亡くなった はい いいえ 不明

②生命維持治療に対する患者の希望が尊重された はい いいえ 不明

③患者の亡くなり方に家族が納得できていた はい いいえ 不明

④その他の希望が実現した内容

()

1. まずはじめに、あなたご自身についてうかがいます。選択式の設問にはあてはまるものに○を付けてください

1) 年齢 () 才

2) 性別 1. 男性 2. 女性

3) 勤務先

1. 大学病院 2. それ以外の 500 床以上の病院 3. それ以外の 500 床未満の病院

4. 診療所 5. 訪問看護ステーション 6. 老人保健施設

7. 特別養護老人ホーム 8. その他 ()

4) 職種

1. 看護師 2. ソーシャルワーカー 3. 医師 4. 薬剤師 5. 歯科医師 6. 栄養士 7. PT・OT・ST 8. その他 ()

4) 臨床経験年数 () 年

5) 昨年 1 年間に関与して亡くなった患者さんの数 () 人/年

2. 自分の人生が限られていることを自覚している患者さんと、これからの治療・ケアについて話し合うことについて、あなたはどの程度自信をもって実践することができますか？

最もあてはまるものに○をつけてください。

1.全く自信がない	2.自信がない	3.やや自信がない	4.どちらともいえない	5.やや自信がある	6.自信がある	7.とても自信がある
-----------	---------	-----------	-------------	-----------	---------	------------

3. あなたはがん患者・家族のケアをする（もしくは関わる）ときに、以下のそれぞれの項目についてどのようにお考えになりますか。それぞれ最もあてはまるもの1つに○をつけてください。

	全くそう思わない	そう思わない	あまりそう思わない	ややそう思う	そう思う	非常にそう思う
1. 十分に病名告知や病状告知をされていない患者とのコミュニケーションが困難である	1	2	3	4	5	6
2. 病状や予後など「悪い知らせ」を伝えられた後の患者への対応が難しい	1	2	3	4	5	6
3. 患者から不安や心配を表出された場合の対応に困難を感じる	1	2	3	4	5	6
4. 患者から「死」に関する話題を出されたり、「死にたい」と言われた場合の対応に困難を感じる	1	2	3	4	5	6
5. 「死にたい」と訴える患者に対する対応に困難を感じる	1	2	3	4	5	6
6. せん妄や意識レベルの低下などで本人の意思が不明な患者への対応に困難を感じる	1	2	3	4	5	6
7. 患者と家族のコミュニケーションが上手くいっていない場合の対応に困る	1	2	3	4	5	6
8. 十分に病名告知や病状告知をされていない家族とのコミュニケーションが困難である	1	2	3	4	5	6
9. 病状や予後など「悪い知らせ」を伝えられた後の家族への対応が難しい	1	2	3	4	5	6
10. 家族から不安や心配を表出された場合の対応に困難を感じる	1	2	3	4	5	6
11. 家族から「死」に関する話題を出された場合の対応に困難を感じる	1	2	3	4	5	6

4. 人生の最終段階における医療にかかる相談に関する記載として、以下の正誤についてご回答下さい。

	正しい	間違っている	分からない
1. 2007年に作成・公表された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」は法的な効力を有する	1	2	3
2. 2007年に作成・公表された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」は、医師が終末期医療の中止を1人で決定することを防止し、患者本人の意思を尊重することを基本としている	1	2	3
3. 2007年に作成・公表された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」には、患者本人の意思が確認できず、かつ、家族がいないときの対処方法は記載されていない	1	2	3
4. 経口摂取が困難な患者に造設された胃瘻を外すことにより、医師が殺人罪で起訴された例がある	1	2	3
5. 診療ガイドラインで強く推奨されている医療行為については、患者の意向に関わらず実施されるべきである	1	2	3
6. 患者自身が診療方針の決定に参加することができない健康状態にある場合、患者の意向の代わりとして家族の意向を意思決定の根拠とするべきである	1	2	3
7. 医学的視点から患者にとって不利益と考えられる医療行為を患者や家族が望む際、医療者はその申し出を断ることができる	1	2	3
8. 経管栄養による栄養補給に半年以上完全に依存してしまった場合、栄養の供給を中止することはできない	1	2	3
9. 入院中“D N A R（心肺停止時に蘇生術を行わない）”が決定された患者に対しては、回復を目的とした治療ではなく主に緩和を目的としたケアを行う	1	2	3
10. 呼吸状態が不良な患者に対して人工呼吸器を装着するかの判断については、いったん始めた人工呼吸器治療を中断する選択肢はないという前提で考える	1	2	3

11. 胃瘻による栄養補助が半永続的に行われることになった患者が一年後に生存している割合は約 5 割である	1	2	3
12. 家族との対話の際、家族が患者に対して「できるかぎりのことをしてあげたい」という意思を表明した場合は、人工呼吸器の装着や心臓マッサージなどを積極的に行う	1	2	3
13. アドバンス・ケア・プランニングの目的は、リビングウィルに関する書類を完成させることである	1	2	3
14. アドバンス・ディレクティブとは、意思決定能力の低下に備えて、リビングウィルと代理決定者をあらかじめ書面もしくは口頭で表明することを指す	1	2	3
	正しい	間違っている	分からない
15. アドバンス・ディレクティブの表明は患者と家族の QOL を改善する	1	2	3
16. アドバンス・ケア・プランニングは、患者の同意のもと、代理決定者とともに行うことが望ましい	1	2	3
17. アドバンス・ケア・プランニングでは、患者の価値観や大切なこと、してほしいこと、してほしくないことを話し合う	1	2	3
18. アドバンス・ケア・プランニングでは、具体的な医療の選好やその理由について話し合うことは重要視しない	1	2	3
19. 代理決定者の裁量権を患者に尋ねておくことは、代理決定者の心理的な負担を改善する目的で行われる	1	2	3
20. 代理決定を行ううえでは、代理決定者自身の考えを患者の治療・ケアに反映させることを基本として援助を行う	1	2	3
21. 相談員は仕事をしている時には、「職業人としての自分」でいるべきで、「私的な自分」を見せてはならない	1	2	3
22. 相談員はチームで関わることを基本とし、患者・家族に対して「自分がどこまで、何をやるのか」について明らかにしてはならない	1	2	3

23. レジリエンスを高める習慣のひとつは自分自身の体をケアすることである。	1	2	3
24. 倫理的に適切な行動・選択のためには、医療者は適切な倫理的姿勢をもって臨むことに加えて、状況を適切に把握することが必要である	1	2	3
25. 医療者が患者に対して治療・ケアを行う際に、その活動の大半は倫理的評価の対象にならない	1	2	3
26. ある患者について、延命目的の治療を行うかを検討する際には、患者の人生に益をもたらすかどうかを検討する必要がある	1	2	3
27. 意思決定プロセスにおいては、患者の自律を尊重することが肝要であり、医療従事者は、患者の最善についての判断はしないようにする	1	2	3
28. 医療従事者は本人・家族の話に耳を傾け、患者の人生の事情等をよく理解しなければ、患者について最善の選択肢を検討することは難しい	1	2	3
29. 家族はしばしば患者の意思を軽視し、家族の事情に合った選択肢を希望するため、意思決定プロセスに参加してもらうのは考えものである	1	2	3
30. 終末期医療の決定プロセスにおいては、患者が、「意思を確認できる患者」か「意思を確認できない患者」か、を早い段階で確定しておき、それに沿ってその後の意思決定支援をすすめることが重要である	1	2	3
	正しい	間違っている	分からない
31. 過去の元気な頃に表明されたアドバンス・ディレクティブが、意思決定能力の低下している現在の患者の意向と異なる場合は、アドバンス・ディレクティブは参考にならない	1	2	3
32. 意思決定能力の低下した患者のケアにあたって、医療・ケアチームが、「もしこの患者に意思決定能力があれば、どんな選択をするだろう」と考えたことは、チームの主観が入るので参考にしない	1	2	3

5. 以下に挙げる質問の目的は、ケア提供者が死にゆく患者へのかかわりの場面において、どの様なことを感じているかを知ることにあります。全ての文は、死にゆく患者またはその家族に対するケアに関係するものです。「死にゆく患者」とは終末期状態であり、余命が6ヶ月以内と考えられる患者を想定してください。あなた自身のお考えに最もよく当てはまる番号に○をお付け下さい。

※ 「ケア提供者」とは、家族以外で死にゆく患者のケアをする専門職・非専門職の方のことです。

	全くそう思わない	そう思わない	どちらとも言えない	そう思う	非常にそう思う
1. 死にゆく患者をケアすることは、私にとって価値のあることである。	1	2	3	4	5
2. 死にゆく患者と差し迫った死について話をするをを気まづく感じる。	1	2	3	4	5
3. 死にゆく患者の身体的ケアには、家族にも関わってもらわなければならない。	1	2	3	4	5
4. 私は死にゆく患者と親しくなることが怖い。	1	2	3	4	5
5. 家族は死にゆく患者が残された人生を最良に過ごせるように関わるべきである。	1	2	3	4	5
6. 死にゆく患者とその家族は意思決定者としての役割を担うべきである。	1	2	3	4	5

6. 今回の研修は以下の点で役に立ちましたか。あなた自身のお考えに最もよく当てはまる番号に○をお付け下さい。

	役に立たなかった	あまり役に立たなかった	少し役に立った	役に立った	とても役に立った
1. 医学知識を学ぶことに・・・	1	2	3	4	5
2. 意思決定支援のプロセスを体系的に学ぶことに・・・	1	2	3	4	5
3. 倫理の原則を学ぶことに・・・	1	2	3	4	5
4. 法的知識を学ぶことに・・・	1	2	3	4	5
5. 倫理的なものの考え方を理解することに・・・	1	2	3	4	5
6. 他者の面接の良い点を取り入れることに・・・	1	2	3	4	5
7. 自分の面接の改善点に気づくことに・・・	1	2	3	4	5
8. コミュニケーションの引き出しを増やすことに・・・	1	2	3	4	5
9. 違う価値観を持つ人の意見を調整することに・・・	1	2	3	4	5
10. 倫理原則を意思決定支援にどう活用するかを学ぶことに・・・	1	2	3	4	5
11. 自分の価値観を確認するために・・・	1	2	3	4	5
12. 医学的な有益性と患者にとっての有益性の違いを理解することに・・・	1	2	3	4	5
13. 医学的に最善なことと、患者の意向が乖離する場合の話し合いの手順を学ぶことに・・・	1	2	3	4	5
14. 意思決定支援の原則と手順を言語化し、整理することに・・・	1	2	3	4	5

以上で質問は終わりです。ご協力ありがとうございました。

現在と将来の医療・ケア・生活についての相談に関するアンケート

1. まず、あなたご自身についてうかがいます。

1)年齢 ()才

2)性別 1 男性 2 女性

3)続柄 1 患者本人 2 家族

2. 相談があなたにとって役立ったかどうかについて伺います。相談は、あなたにとって、以下のそれぞれについて、役に立ったと思われませんか。あてはまるものひとつに○をしてください。

※このアンケートで相談とは、今回行った現在や将来の治療・ケア・生活に関する相談のことを指します。

	役に立たなかった	あまり役に立たなかった	少し役に立った	役に立った	とても役に立った
現在・将来の医療・ケア・生活について決断することに……………	1	2	3	4	5
気持ちの準備をすることに……………	1	2	3	4	5
家族内でくいちがった意見を整理することに……………	1	2	3	4	5
「自分だけで今後の医療・ケア・生活について決めた」というところの負担を軽くすることに……………	1	2	3	4	5
病状を理解することに……………	1	2	3	4	5
将来のために準備ができたと感じられることに……………	1	2	3	4	5
今後どこで治療・療養をするかの決断に……………	1	2	3	4	5
わからないことを尋ねることに……………	1	2	3	4	5
今回行った相談は全体的に見て……………	1	2	3	4	5

3. 今回のような相談は、あなた以外の同様な病状の患者や家族にとって役に立つと思われませんか？

役に立たない	あまり役に立たない	少し役に立つ	役に立つ	とても役に立つ
--------	-----------	--------	------	---------

4. あなたは相談を受けて、以下のことについて、どのようにお感じになりましたか？あてはまるものひとつに○を付けてください。

患者様・ご家族様が受けられた相談内容によっては該当する項目がないものもあります。 その場合、空欄でご回答下さい。	そう 思わない	あまり そう 思わない	少し そう 思う	そう 思う	とても そう 思う
不安や心配が和らいだ……………	1	2	3	4	5
不安や心配がかえって強くなった……………	1	2	3	4	5
患者一家族間の話し合いが深まった……………	1	2	3	4	5
患者一家族間の話し合いを始めるきっかけになった……………	1	2	3	4	5
今までわからなかったことを理解することができた……………	1	2	3	4	5
悩みなど自分たちの思いが医療者に分かってもらえた気持ちがする…	1	2	3	4	5
患者の希望がより尊重されたと思う……………	1	2	3	4	5
家族の希望がより尊重されたと思う……………	1	2	3	4	5
あまり知りたくない内容だと感じた……………	1	2	3	4	5
縁起でもないと感じた……………	1	2	3	4	5
相談に同席していない家族に病状などを伝えやすくなった……………	1	2	3	4	5
「しておきたいと考えていたこと」をすることができた……………	1	2	3	4	5

5. 生命の危険のある病気にかかれた時に、このような相談を患者様・ご家族に行くことを、どのように思われますか。ご意見をお願いします。頂いたご意見をもとに、患者様・ご家族のケアの向上に努めてまいりたいと思います。率直なご意見をよろしくお願いします。

以上で質問は終わりです。ご協力ありがとうございます

主治医に対する質問紙調査

今回の相談・意思決定支援の取り組みについて、主治医の方に伺います。

1. 相談員/意思決定支援チームからの支援は、あなたにとってどのくらい役に立ちましたか。以下のそれぞれの項目について、それぞれ最もあてはまるものの1つに○をつけてください。

	そう 思わない	あまり そう 思わない	どちら とも いえない	そう 思う	大変 そう 思う
1. 相談員/意思決定支援チームからの支援は、患者の意思決定の役に立った	1	2	3	4	5
2. 相談員/意思決定支援チームからの支援によって、自分たちの負担感は軽減された	1	2	3	4	5
3. 今後同じような問題が発生した時も、相談員/意思決定支援チームからの支援を受けたいと思う	1	2	3	4	5

2. 今回の意思決定について、あなたはどのように思いますか。以下のそれぞれの項目について、それぞれ最もあてはまるものの1つに○をつけてください。

	そう 思わない	あまり そう 思わない	どちら とも いえない	そう 思う	大変 そう 思う
1. 今回の意思決定は適切な手順を踏んで行われた	1	2	3	4	5
2. 今回の意思決定支援は、患者の最善を考えたうえで行われていた	1	2	3	4	5
3. 今回の意思決定を患者自身は満足していると思う	1	2	3	4	5

以上で質問は終わりです。ご協力ありがとうございました。

下記の概念と計測は、DPCを採用している3病院が中心になろうかと思います。2診療所におかれましては、「入院」=「診療所が在宅医療を担当開始」と読みかえて下さい。また、分母がゼロになる場合等もあると思います。その場合は、分子/分母は算出できませんので、空欄で結構です。

<a>

概念: 高齢者医療における倫理相談のニーズ

計測: 年間に入院する、75歳以上で、寝たきりに近い日常生活動作の、肺炎患者数

(分子)寝たきりに近い日常生活動作の状態にある75歳以上の肺炎患者の入院数

(分母)対象期間内の入院患者数

測定方法:

(分子)「2015年9月1日-12月31日の入院」×「入院時点で75歳以上」×「入院時のADLスコアにおける食事=0かつ移乗=0」×「DPC上の主病名が肺炎」

(分母)「2015年9月1日-12月31日の入院」

ADLスコア:入院基本診療料のADL区分を使用

コード ADL0010 ADスコア入院時

肺炎の病名は「肺炎マスター.xlsx」参照

<b-1> <相談員介入>

概念: 生命維持治療の選択(1. 胃ろう造設)における相談員のかかわり

計測: 胃瘻造設目的に入院している寝たきりに近い日常生活動作の状態の75歳以上患者で、相談員介入を受けた数

(分子) 相談員の介入があった患者数<相談員介入>

(分母) 75歳以上で、寝たきりに近い日常生活動作の状態にあり、胃瘻造設目的に入院している患者数

測定方法:

(分子) 相談員の介入があった患者数

(分母) 「2015年9月1日-12月31日に入退院」×「14日以上入院」×「入院時点で75歳以上」×「入院時のADLスコアにおける食事=0 かつ 移乗=0」×「入院中に胃瘻造設術を施行」

胃瘻造設術は以下のレセプト電算コードを使用

医科診療行為

区分番号	診療行為名称	点数	施行日	請求コード
K664-0 0	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む)	6,070 点	平成27年4月 1日	1501716 10

※この項目は、DPCからの計測が不可能ならば、内視鏡台帳からの算出も可とする

<b-2> <相談員介入>

概念: 生命維持治療の選択(2. 経腸栄養)における相談員のかかわり

計測: 経腸栄養を施行している寝たきりに近い日常生活動作の状態の75歳以上患者が、相談員介入を受けた数

(分子) 相談員の介入があった患者数<相談員介入>

(分母) 75歳以上で、寝たきりに近い日常生活動作の状態にあり、経腸栄養を実施している患者数

測定方法:

(分子) 相談員の介入があった患者数

(分母) 「2015年9月1日-12月31日に入退院」×「14日以上入院」×「入院時点で75歳以上」×「入院時のADLスコアにおける食事=0 かつ 移乗=0」×「退院前日の時点で経腸栄養を実施」

経腸栄養は以下のコードを使用

医科診療行為に以下の算定があり

区分番号	診療行為名称	点数	施行日	請求コード
J120-00	鼻腔栄養	60点	平成26年4月1日	140023210

<b-3> <相談員介入>

概念: 生命維持治療の選択(3. 人工呼吸器)における相談員のかかわり

計測: 人工呼吸器を使用した寝たきりに近い日常生活動作の状態の75歳以上患者が、相談員介入を受けた数

(分子) 相談員の介入があった患者数<相談員介入>

(分母) 75歳以上で、寝たきりに近い日常生活動作の状態にあり、人工呼吸器を使用した患者数

測定方法:

(分子) 相談員の介入があった患者数

(分母) 「2015年9月1日-12月31日に入退院」×「14日以上入院」×「入院時点で75歳以上」×「入院時のADLスコアにおける食事=0 かつ 移乗=0」×「入院中に14日以上人工呼吸器を使用」

人工呼吸器は以下のレセプト電算コードを使用

いずれかの算定

区分番号	診療行為名称	点数	施行日	請求コード
A306-00	人工呼吸器使用加算(特殊疾患入院医療管理料・特殊疾患病棟入院料)	600点	平成26年4月1日	190055470
C164-00	人工呼吸器加算(陽圧式人工呼吸器)	7,480点	平成26年4月1日	114006810
C164-00	人工呼吸器加算(人工呼吸器)	6,480点	平成26年4月1日	114009610
C164-00	人工呼吸器加算(陰圧式人工呼吸器)	7,480点	平成26年4月1日	114005510
C165-00	経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算	1,210点	平成26年4月1日	114010370
J045-00	人工呼吸(鼻マスク式人工呼吸器)(5時間超)	819点	平成26年4月1日	140039650

<c-1> <相談員介入>

概念: 退院先の選択

計測: 75 歳以上で、寝たきりに近い日常生活動作の状態にある、患者の退院先の内訳<相談員介入>

(分子)退院先

(分母)年間に入院する、75 歳以上で、寝たきりに近い日常生活動作の状態にある、患者数

測定方法:

(分子)「退院先:①自宅、②転院、③施設」

(分母)「2015 年 9 月 1 日-12 月 31 日に入退院」×「入院時点で 75 歳以上」×「入院時の ADL スコアにおける食事=0 かつ 移乗=0」×「退院時生存」×「相談員の介入なし」

DPC の様式 1 コード A000030 ペイロード番号 2 退院情報 から以下の 3 群に分ける

①自宅退院:1-3

②他院へ転院:4

③施設入所:5-7

退院時生存は、

DPC の様式 1 コード A000030 ペイロード番号 3 退院時転帰から、退院死亡として以下を除く
死亡:6 or 7

<c-2> <相談員介入+>

概念: 退院先の選択

計測: 75 歳以上で、寝たきりに近い日常生活動作の状態にある、患者の退院先の内訳<相談員介入+>

(分子)退院先

(分母)年間に入院する、75 歳以上で、寝たきりに近い日常生活動作の状態にある、患者数<相談員介入+>

測定方法:

(分子)「退院先:①自宅、②転院、③施設」

(分母)「2015 年 9 月 1 日-12 月 31 日に入院」×「入院時点で 75 歳以上」×「入院時の ADL スコアにおける食事=0 かつ 移乗=0」×「退院時生存」×「相談員の介入あり」

DPC の様式 1 コード A000030 ペイロード番号 2 退院情報 から以下の 3 群に分ける

①自宅退院:1-3

②他院へ転院:4

③施設入所:5-7

退院時生存は、

DPC の様式 1 コード A000030 ペイロード番号 3 退院時転帰から、退院死亡として以下を除く
死亡:6 or 7

17. このプロジェクトにご協力いただいた方々

東京大学大学院法学政治学研究科	教授	樋口範雄
東京大学大学院人文社会系研究科	特任教授	清水哲郎
医療法人社団つくし会 新田クリニック	理事長	新田國夫
医療法人アスミス	理事長	太田秀樹
鈴木内科医院	院長	鈴木央
京都大学医学系研究科	教授	田村恵子
北里大学病院トータルサポートセンター	課長補佐	早坂由美子
WITH 医療福祉実践研究所 がん・緩和ケア部”	部長	田村里子
厚生労働省医政局地域医療計画課	専門官	後藤友美
いらはら診療所	在宅医療部長	和田忠志
東京ふれあい医療生協梶原診療所	在宅総合ケアセンター長	平原佐斗司
東京医療センター臨床疫学研究室	室長	尾藤誠司
神戸大学大学院医学研究科	特命教授	木澤義之
東京医療保健大学大学院医療保健学研究科	教授	谷本真理子
北里大学病院	トータルサポートセンター長	小野沢滋
東京大学大学院人文社会系研究科	特任准教授	会田薫子
聖隷三方原病院	副院長	森田達也
東北大学大学院医学系研究科	教授	宮下光令
東京大学大学院医学系研究科	特任助教	御子柴直子
いきいき在宅クリニック	看護部長	横江由理子
公益財団法人ときわ会 常磐病院	社会支援課課長	鈴木幸一
社会医療法人恵和会 西岡病院	医療福祉課課長	岡村紀宏
東京大学 公衆衛生学分野	医師	神谷諭

2016年(平成28年)3月31日発行

事務局

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

愛知県大府市森岡町7丁目430

TEL: (0562)46-2311

FAX: (0562)48-2373

E-mail:jinsei.eol@gmail.com

三浦 久幸、西川 満則、高梨 早苗、久保川直美、日高まゆみ