

平成 26 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

独立行政法人
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. 事業の背景	4
3. 事業の目的	6
4. 事業の内容	6
5. 事業実施医療機関	10
6. 人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修会	11
7. 研修プログラム（E-FIELDプログラム）とその評価	13
8. 事業実施状況	19
a) 相談支援体制の組織化について	19
b) 個別のケースについて（患者・家族の体験を含む）	29
c) 相談員、相談チームの体験について	45
d) 各医療機関独自の取り組み（地域連携を含む）について	47
e) 厚労省ガイドラインの認知率について	50
9. まとめ（事業で得られた知見）	51
10. 今後の課題と提言	52
11. おわりに	55
12. 参考文献	56
13. 添付資料	57

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>

相談体制の組織化に関する成果

- 1) 事業実施医療機関において、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) 相談支援導入のポイントは、相談員が相談支援に集中できる体制構築であり、そのために、多職種が連携して役割分担すべき4段階、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。
- 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、相談支援件数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た。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。相談員の必要活動量が明らかになった。

対話のプロセスを支えるコミュニケーションに関する成果

- 5) 約90%の患者は、人生の最終段階についてのコミュニケーションを経験し、それを有用であると考え、患者の希望がより尊重されたと思うと回答した。相談支援を受ける側の患者の気持ちが明らかになった。
- 6) 約80%の相談員が、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気持ちや自信が明らかになった。
- 7) 初めは、生命維持治療等についての具体的な話題でなく、望んでいる療養場所や、全体的な医療の希望・いのちの考え方などの価値観について話題が導入されることが明らかになった。

<課題と提言>

- 1) 今回構築された相談のプロセスに加えて、退院後に、表明された患者の意思を繋ぐ方法を明らかにする必要がある。
- 2) コミュニケーションスキルについてのエビデンスを構築する必要がある。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必要がある。
- 3) 相談員自体が有用であるというエビデンスを構築する必要がある。相談員を介入群とするランダム化比較試験により、相談員自体の有用性を示す必要がある。
- 4) アドバンスケアプランニングの普及啓発が必要である。

1. はじめに

平成 26 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. 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、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

※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26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変遷する。ACPFは、健康な地域住民にもACPI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汲み取られ、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

3. 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り、必要に応じて関係者の調整を行う相談員の配置や、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(以下、「臨床倫理委員会」という)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を独自のアイデアで巻き込み組織化しながら、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、クオリティーオブデス(QOD)を達成するための事業ともいえる。

4. 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 26 年 7 月 25 日
評価実施機関事業計画書提出(図 1)
- ・平成 26 年 7 月 27 日
第 1 回モニタリング委員会開催(図 1)
モニタリング委員に、研修プログラム(E-FIELD プログラム)、事業評価方法、進捗管理の方法について説明し承認を受けた。
- ・平成 26 年 7 月 31 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 26 年 8 月 21 日
同倫理・利益相反委員会承認
- ・平成 26 年 8 月 21 日
事業説明会実施(図 1)
- ・平成 26 年 8 月 22 日 23 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 27 年 2 月 21 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 26 年 9 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)を作成した。
- ・平成 26 年 11 月～平成 27 年 3 月 31 日
以下の、各医療機関の相談員の活動を支援し、進捗管理した。
 - ・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の認知率調査、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に相談支援介入を開始。本事業では各医療機関の倫理・利益相反委員会の承認は必須であったため、平均的な相談支援開始時期は 11 月であった。相談支援の開始は、2 月 28 日までの 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 27 年 3 月 31 日まで相談支援は継続され終了した。
- ・平成 27 年 2 月以降
国立長寿医療研究センター事務局から各 10 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 27 年 2 月～3 月
相談員の支援を受けた患者家族に対するインタビュアーとして東京大学医学部地域看護学教室の御子柴直子氏を招聘した。同意を得た患者家族に対して、相談支援を受けた体験についてインタビュー調査を実施した。社会医療法人 恵和会 西岡病院、南魚沼市立ゆきぐに大和病院、国立循環器病研究センターの協力を得た。(図 2)
- ・平成 27 年 2 月 21 日
成果報告会を開催した。午前中は、10 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本事業の課題と今後についてのグループワークを実施した。(図 1)
- ・平成 27 年 2 月 21 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 26 年 8 月 22 日 23 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 27 年 3 月 1 日
第 2 回モニタリング委員会開催(図 2)
モニタリング委員に、研修プログラム(E-FIELD プログラム)の改定案を提示し、事業評価や進捗管理の経緯について説明し、平成 27 年度に向けた助言を受けた。

・平成 27 年 3 月 31 日

10 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 26 年 8 月 21 日

事業説明会参加(図 1)

・平成 26 年 8 月 22 日 23 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 26 年 9 月～10 月、平成 27 年 2 月～3 月

各事業実施医療機関において、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の認知率調査を実施。(図 2)

・平成 26 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、病院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 26 年 11 月～平成 27 年 2 月 28 日

適格基準や除外基準をもとに、各医療機関の相談員は、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に相談支援介入を開始した。本事業では各医療機関の倫理・利益相反委員会の承認は必須であったため、平均的な相談支援開始時期は 11 月であった。相談支援の開始は、2 月 28 日までの 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でフォローアップする介入計画であったため、平成 27 年 3 月 31 日まで相談支援は継続され終了した。

・平成 27 年 2 月 21 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 27 年 3 月 31 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）

2014年				2015年			
8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
第1回モニタリング委員会 事業計画書提出・研究・倫理委員会申請	事業説明会 相談員の研修会（E-FIELDプログラム）					成果報告会 第2回モニタリング委員会	事業報告書提出
				10病院を訪問し意見交換			
				モニタリング委員会の開催 （2014年7月27日・2014年3月1日）			

図1 事業進捗管理の経過表

人生の最終段階の医療体制整備事業（事業評価）

2014年				2015年			
8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
相談員に対する質問紙調査 相談員に対する質問紙調査 相談員に対する質問紙調査	相談員に対する質問紙調査 相談員に対する質問紙調査 相談員に対する質問紙調査	病院職員のガイドラインの認知率調査	2014.09-2015.2（6ヶ月間）下記複合 2014.11-2015.2（4か月間）実際介入 1. 相談員本研修会 2. E-ラーニングを用いての伝達講習 3. 医療ケアチームを設置 4. 臨床倫理委員会を設置 5. 適格基準除外基準による介入 6. 病院独自の取り組みによる介入 7. 成果報告会	相談内容シート記入 各々の介入終了時の患者と家族への質問紙調査 患者家族へのインタビュー調査 進捗状況を、長寿に提出	病院職員のガイドラインの認知率調査	成果報告会（グループワーク）	相談員に対するインタビュー調査 相談員に対する質問紙調査 相談員に対する質問紙調査

図2 事業評価の経過表

5. 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、10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)

10ヶ所の医療機関における病棟種類については、回復期、地域包括ケア病棟といった亜急性期病棟と一般病棟との混合病棟を特定病棟に選定した3医療機関、7対1一般病棟のみを選定した3医療機関、10対1一般病棟のみを選定した4医療機関に大別された。

病院名	主疾病	病床数	種類1	種類2
稲次整形	脳血管障害・整形	48	10対1(18)	回復(30)
亀田総合	内科	47	10対1	
国立循環	循環器	36	7対1	
くわみず	内科	48	7対1(34)	地包(14)
諏訪赤十	呼吸器・泌尿器	49	7対1	
健康長寿	内科・呼吸器	38	7対1	
国病長良	呼吸器	30	10対1	
西岡病院	内科	48	7対1(36)	地包(12)
二戸病院	消化器	48	10対1	
ゆきぐに	内科	55	10対1	
	(平均)	44.7		

図3 10医療機関の病床種類や病床数や病床特徴

医療機関名称

- (稲次整形＝) 医療法人凌雲会 稲次整形外科病院
- (亀田総合＝) 亀田総合病院
- (国立循環＝) 独立行政法人国立循環器病研究センター
- (くわみず＝) 社会医療法人芳和会 くわみず病院
- (諏訪赤十＝) 諏訪赤十字病院
- (健康長寿＝) 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター
- (国病長良＝) 独立行政法人国立病院機構 長良医療センター
- (西岡病院＝) 社会医療法人恵和会 西岡病院
- (二戸病院＝) 岩手県立二戸病院
- (ゆきぐに＝) 南魚沼市立ゆきぐに大和病院

病床種類

種類1は一般病棟

種類2は、(回復＝)回復期リハビリテーション病棟、(地包＝)地域包括ケア病棟

医療法人凌雲会稲次整形外科病院、社会医療法人芳和会くわみず病院、社会医療法人恵和会西岡病院は、一般病棟と亜急性期病棟を組み合わせ、本事業で相談支援介入する特定病棟として選定した。

6. 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26年8月22日23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10医療機関における相談員を対象に開催した。

日時 平成26年8月22日(金)9:00～18:15、8月23日(土)9:00～15:00

場所 TKP 大手町カンファレンスセンター(22階)

(東京都千代田区大手町1-8-1 KDDI 大手町ビル)

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26年8月22日)

1) イントロダクション

国立長寿医療研究センター在宅連携医療部長 三浦 久幸

2) アイスブレイキング

常磐病院 社会支援課 課長 鈴木 幸一

厚生労働省医政局地域医療計画課 在宅医療推進室 早坂 由美子

3) 講義1

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

4) 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

5) 講義 2-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

6) 講義 2-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

7) 講義3

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

8) 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

9) 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

10) 講義 4

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

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 26 年 8 月 23 日)

15) ロールプレイ 5

代理決定者と、患者の理療の開始・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) 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

19) 未来の計画

Charting the Future

国立長寿医療研究センター 緩和ケア診療部医師 西川 満則

国立長寿医療研究センター 老人看護専門看護師 高梨 早苗

E=FIELD 受講者

24人(医師4人、看護師12人、医療ソーシャルワーカー7人、社会福祉士1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
稲次整形		1	1		
亀田総合		3	1		
国立循環	1	1			
くわみず		1	1		
諏訪赤十		1	1		
健康長寿	1	1		1	社会福祉士
国病長良	1	1	1		
西岡病院		1	1		
二戸病院	1	1	1		
ゆきぐに		1			
合計(人)	4	12	7	1	24

7. 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)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した。

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於いて、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。

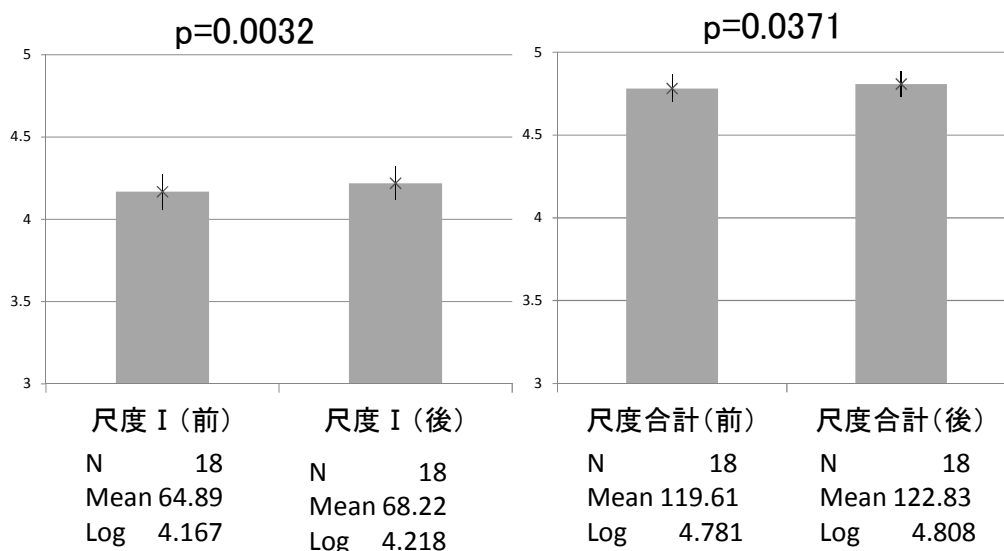
全体尺度、下位尺度「死にゆく患者への前向きさ」で各々、P値は0.0371、0.0032、効果量は0.32、0.47であった。先行研修会時点の判断として、E-FIELDプログラムの有効性については、継続的な議論が必要と考えられた。

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.

研修会前後での Frommeltターミナルケア態度尺度の変化



全体尺度、下位尺度「死にゆく患者へのケアの前向きさ」各々で、研修前後で改善がみられた(正規適合性検定後のt-検定: p= 0.0371, 0.0032)

E-FIELDプログラムの改訂

平成27年2月、本事業の終盤にさしかかった頃、相談員24人に対して、E-FIELDプログラムの修正意見を求めた。

相談員 24 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、原文のまま掲載する。

1 日目	主旨、構成内容	修正意見
イントロダクション		
アイスブレイキング	アイスブレイキング	
講義 1	臨床における倫理の基礎	・医療倫理についてももう少し詳しく教えて欲しい。
導入	倫理的な問題を含む事例検討の進め方	・医療倫理についてももう少し詳しく教えて欲しい。 ・より実践的な倫理相談チームの支援経過や例を提供して頂けると、理解が深まると思いました。
講義 2-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 2-b	合意形成を行う上での手順現場での実践	・合意に至らない場合の例や支援方法について具体的な内容があると良いと思いました。
講義 3	ケアの目的と合意形成を行う上での根拠	・医療倫理の方法論としての原則論、手順論、物語論の利点と限界点についてお話しただけなら、より理解しやすいのではないかと思います。

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	<ul style="list-style-type: none"> ・自分ごととして捉え向き合うことが難しい方が多いと感じた。自分自身がこういった話に少しでも興味がある方であれば良いが、そうでない場合、ロールプレイ通りにはいかず、何度かコミュニケーションをとり信頼関係が築けていないと本当の思いは出てこず急性期での限界も感じた。 ・医師の病状説明に同席するかしないかで支援の導入が大きく変わり、その辺も資料に入ると良いと思いました。
ロールプレイ 2	代理決定者を選定する	<ul style="list-style-type: none"> ・医療決定のことと財産などのことなどもあり、代理決定者の行うべき役割なども資料に入ると良いと思いました。
講義 4	意思決定に関連する法的な知識	<ul style="list-style-type: none"> ・事例があり、分かりやすかったです。もう少し身近な例もあるとより良いと思いました。 ・判例はできるだけ多く紹介してほしい。
講義 5	各論 総論	<ul style="list-style-type: none"> ・医療の現場での選択のプロセスに、その治療を選択した場合のメリット、デメリットを医学的データで理解して決断することを求める患者が多いです。終末期の選択の医学的データは少ないとは思いますが、一般論としてのデータがあれば、教えていただけたらと思っております。
	急変時の対応	
	人工呼吸器	
	人工栄養	
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	・代諾者の裁量権について、日本の文化もあり話し合う 意義を感じていない方が多いように思いました。今後、 代諾者の裁量権についても話し合う必要があるとした ら、どのように進めていくかということも教授いただけ たら幸いです。
講義 6	意思を引き継 ぐこと 希望をつなぐ 連携	・急性期の現場では、現在から近い未来については多く 話し合われていた。しかし、近い未来の生活(日常)を整 えることに本人・家族・関係スタッフも精一杯であり、 その先の未来についてじっくり関わっていくことの限 界も感じた。申し送りだけでなく、地域で、継続して関 わっていく方法が必要と感じた。 ・カンファレンスの具体的な進め方やこの支援をどのよ うに繋いでいくかがもう少しあると良いと思いました。 (そもそも連携をすることは皆が分かっていることで すので) ・事業内では、本来の意味での実践ができなかった。
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	・ロールプレイ同様、職種間のコミュニケーションギャップを感じるのは、このような相談を必要と感じていない医療者なので、その場に集まった人同士ディスカッションするより、コミュニケーションがうまくいかない事例と、対応策を紹介する方がいいと思いました。
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	
未来の計画	Charting the Future	・事例が野球ではなく、実際例が良かったと思いました。 ・参加が一人であったこともあり、施設に戻ってから一番困ったことは、相談そのものよりも体制づくりをどう進めればよいか、ということであった。

(修正意見の内容の分析)

倫理について

- 1) 医療倫理の方法論の利点と限界について示してほしい。
- 2) 倫理支援チームの実践的な支援方法を示してほしい。

法律について

- 3) 法律の講義で、判例を多く含めてほしい。
- 4) 法律の講義の事例は、身近なものにしてほしい。

合意形成について

- 5) 財産管理や医療決定に関する、代理決定者の役割を入れてほしい。
- 6) 代理決定者の裁量権について、話し合う方法を教えてほしい。
- 7) 終末期の選択に有用な一般的医学的データを教えてほしい。
- 8) 合意が難しい場合の支援方法を示してほしい。

相談支援の導入と継続について

- 9) 1人で研修会に参加する相談員としては、相談そのもの以上に、自分の病院での体制作りの進め方が難しかったので、それを研修に含めてほしい。
- 10) 医師の病状説明への同席が、相談支援導入に役立つことを含めてほしい。
- 11) 急性期医療現場で、患者家族と信頼関係を築く前の段階で、患者家族が「もしもの時の話あいに・・・」興味がない時の対応を示してほしい。
- 12) 急性期医療現場で、現在の問題への対応で精一杯で、先のことを考える余裕がない時に、地域連携で打開していく方法について示してほしい。
- 13) 連携のためのカンファレンスの具体的な進め方を教えてほしい。

医療ケアチームの構築

- 14) スモールグループディスカッションでは、連携でうまくいかなかった事例と対応策を議論する構成にしてほしい。

その他

- 15) 未来への計画は、野球の例ではなく、実際にありそうな例にしてほしい。

※ 研修会のプログラム内容の修正に関連して、研修会の時間についての、意見は含まれていなかった。

8. 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

各医療機関からの報告書の内容を分析

【対象】

〈病院内〉 特定病棟だけでなく、特定病棟以外にも伝達し病院の意識を高める。

新入職員オリエンテーションの場で実施する。

〈病院外〉 関連施設等の役職者を集めて伝達研修し、そこからの広がり期待する。

地域住民への啓発活動。

〈対象の組み合わせ〉

職種別々で実施、多職種で実施、欠席者にも資料を配る配慮。

【日時】

各医療機関で必須の義務的な講習会と同時開催する。

自由参加の任意の講習会の時に関心のある医療者だけに同時開催する。

人気講師の講演会で気を引き同時開催する。

1回あたり60分～90分

二部構成で実施(ガイドラインの説明30分、講義+ロールプレイで60分;ロールプレイは相談員役を1回、患者家族役を1回演じるプログラム)

【場所】

経験談、事例を一緒に考える会など討論の場を作る。

【方法】

E-FIELDのDVD貸出、E-FIELDのEラーニング周知、パワーポイントによる講義、自己学習、目標設定や到達度評価を実施。

持ち歩き用教材を準備、講義等をシリーズ化する。

【内容】

相談内容シートの説明、面談時の基本的な注意点、合意形成のための意思決定プロセス解説、合意形成した患者の意思を繋ぐことの重要性を説明。

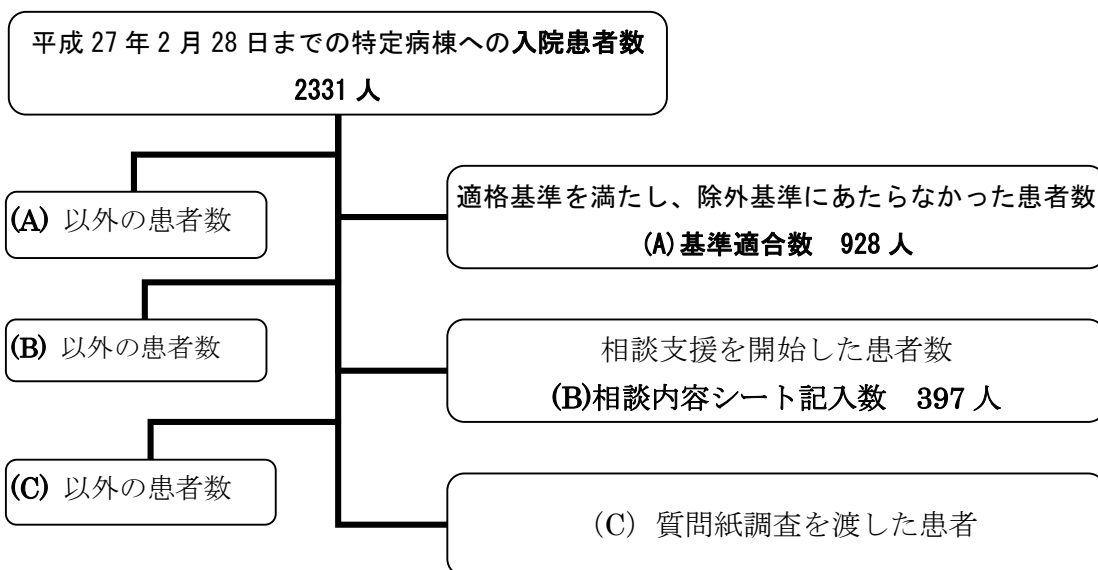
2) 医療機関内の組織化、体制整備、特に相談支援の導入について

i) 10医療機関が、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。

i) ii) iii)の結果、平成27年2月28日までに10医療機関の特定病棟に入院した患者は、10医療機関全体の実数では、入院患者数2331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、928人(39.8%)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、397人(42.8%)であった。入院患者全体のうち17%の患者に相談支援が導入された。



上記のフローに記載された人数は、10 医療機関全体の実数

下記に 10 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	一般	亜急性	入院患者数	基準適合数	基準適合率	シート記入数	シート記入率
稲次整形	48	30.3	12.5	60	203	169	83.3	36	21.3
亀田総合	47	19.3			141	72	51.1	22	30.6
国立循環	36	17.7			77	42	54.5	40	95.2
くわみず	48	21.5	17.8	25.2	176	161	91.5	34	21.1
諏訪赤十	49	13.7			408	29	7.1	18	62.1
健康長寿	38	13.3			292	20	6.8	20	100.0
国病長良	30	34.6			110	27	24.5	10	37.0
西岡病院	48	16.6	16.1	18.7	303	235	77.6	99	42.1
二戸病院	48	11.5			418	69	16.5	69	100.0
ゆきぐに	55	20.0			203	104	51.2	49	47.1
(合計)					2331	928	39.8	397	42.8
(平均)	44.7	19.9			233	92.8		39.7	

<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患っている・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

10 医療機関において、基準適合率やシート記入率に差が生じた理由を明らかにすべく、各病院が事業実施体制を組織化する過程で浮かび上がったいくつかのポイントを分析した

<分析に向けた手順>

- ・毎月の進捗管理における電話・メールでの意見交換、全病院を訪問し事業実施体制の組織化のポイントについて意見交換。
- ・事業実施体制の組織化のポイントに関する項目を列挙した事務局案を提示。
- ・一定期間、10 医療機関等から意見を募集し、それらを加味して、事業実施体制の組織化のポイントを、10 医療機関の事業報告書の項目に盛り込んだ。

項目は

- ・相談支援導入の際の、リーフレットの利用
- ・相談支援導入の際の、多職種連携の工夫
- ・相談支援導入の際の、相談員の行う自己紹介の方法
- ・相談支援導入時に、相談を希望する患者、希望しない患者をスクリーニングする方法について
(質問紙によるスクリーニング 対 医療者によるスクリーニング)
※1 質問紙によるスクリーニング・・・患者に対して、相談員の相談支援を受けてみたいですか、相談員の相談支援を受けてみたくないですか、という内容の質問紙を渡してスクリーニングする。

※2 医療者が、適格基準を満たし、除外基準を満たさない患者をスクリーニングする。

- ・相談支援導入の際に、特定病棟の種類や平均在院日数が、導入のしやすさに与えた影響
- ・相談支援導入の際に、「人生の最終段階」という言葉が、導入のしやすさに与えた影響
- ・相談支援導入の際に、「国の事業」という言葉が、導入のしやすさに与えた影響

これらの項目にそった各病院の事業報告書の内容を分析した。分析にあたり、語句のレベルまで分解し、意味コードをふり、それらを集約してカテゴリー化した。それらの内容をストーリーライン化して下記に表現する。

【最適導入時期】(WHEN)

もともと、〈顔の見える関係〉であればよい導入時期であると言えるが、さもなくば、〈治療関係〉や〈信頼関係〉の構築された時期の導入が最適だろう。また、〈病状が改善〉していることや、〈苦痛が緩和〉されていることや、〈日常生活動作が保たれている〉時期や、〈自らの生活について語る〉ことができる時期が、望ましい導入時期である。ちらし等を見て、〈自発的に〉相談支援を希望する患者は、その時期が最適の導入時期である。

【最適導入方法】(HOW)

相談支援を組織化する目的は、〈相談員が相談支援に集中〉できる体制づくりである。

相談支援の組織化の4段階は順に、①〈患者のスクリーニング〉、②〈主治医の了承〉と〈相談員参与の説明〉、③〈日程の調整〉、④〈相談支援の開始〉である。

①〈患者のスクリーニング〉については、〈質問紙スクリーニング〉と〈医療者スクリーニング〉がある。また、〈医療者スクリーニング〉には、〈個人スクリーニング〉と〈チームスクリーニング〉があり、前者には、相談員、主治医、病棟師長、特定のスクリーナー等によるスクリーニングが、後者には、相談員チーム、緩和ケアチーム、特定のスクリーニングチーム等が含まれる。医療者が、適格基準と除外基準をもとに行う〈医療者スクリーニング〉を、ほぼ全ての病院が採用した。その利点は、〈質問紙スクリーニング〉に比し、医療者が基準を意識して患者を選ぶので質問紙による〈侵襲を避ける〉ことができる半面、〈マンパワー不足〉の時に相談支援を提供することができなかつたり、相談支援の対象が〈現在の病状が重篤な患者に偏る〉傾向がみられた。〈現在の病状が重篤な患者に偏る〉理由としては、あらかじめ安定期に行う意思決定支援よりも、現在のさし迫った状態の意思決定支援を重視する傾向だけでなく、〈人生の最終段階という言葉は、現在の病状が重篤な患者をイメージさせる〉という認識が多かった。

②〈主治医の了承〉と〈相談員参与の説明〉であるが、〈主治医の了承〉については、主治医の理

解不足があれば、相談支援導入を妨げる要因になるが、相談支援導入に理解をしめず主治医であれば〈侵襲を避ける〉〈患者のスクリーニング〉を可能にする。〈相談員参与の説明〉については、コミュニケーション開始時の〈侵襲を避ける〉意味がある。

③〈日程の調整〉については、〈相談員が相談支援に集中〉するために欠かせないプロセスである。〈日程調整のためのツール〉として、相談支援日程をホワイトボードに書き込んだり、電子カルテ内のインデックス付きシートに書き込んだりする方法が提案された。〈日程調整のためのツール〉内には、相談支援開始の日程や場所、相談支援開始前、相談支援中、相談支援開始後等の相談進捗状況、家族への連絡状況等が記載された。

④〈相談支援の開始〉の視点には、〈相談支援開始の好機〉、〈相談支援を開始できない場合〉、〈相談員の役割〉、〈言葉の印象〉が含まれた。

・〈相談支援の好機〉については、〈主治医面談への同席〉が重要である。主治医面談では、主治医の医学的判断と、患者家族の病状理解を同時に知ることができ、その場で〈主治医の了承〉、〈相談員の参与の説明〉、〈日程の調整〉、〈相談支援の開始〉が一度に達成できる。主治医の病状説明の後に、相談員が残り、相談支援を開始する経験が報告された。また、患者家族もまじえた多職種カンファレンスへの参加も同様と考えられた。

・〈相談支援を開始できない場合〉については、
主治医の理解不足で〈主治医の了承〉が得られない場合
相談員の〈マンパワー不足〉である場合

〈入院目的と入院期間〉において、急性期治療を行い、治癒を目指す目的、検査目的の場合や、入院期間が14日未満と比較的短い場合

〈患者の状態〉において、病状が悪化している場合、家族と連絡のつきにくい患者の認知機能が低下している場合、患者・家族が拒否する場合が指摘された。

・〈相談員の役割〉については、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支援の知識、技能、態度を強化するE-FIELD研修を受けた看護師、医療ソーシャルワーカー、医師等が、〈相談員という新たな役割ではない〉、従来の職種としてスキルアップした役割を果たすものである。当該病棟の医療者である場合もあるが、〈当該病棟の医療者ではない〉場合もある。その役割の内容は、〈現在と将来〉の、〈気がかり、心配、不安、困りごとの相談〉や〈患者の願いや目標〉や〈医療や生活の選択〉について相談支援する役割がある。医療の選択については、経口摂取が出来なくなった時の胃ろうの選択等、生活の選択については、療養・最期の場所の選択等が含まれる。また、〈自分で表示できるうちに意思を表明してもらおう〉とか〈自分の意思を家族と共有してもらおう〉という役割もある。

・〈言葉の印象〉については、〈国の事業として〉、〈あなただけではなく全員に〉、〈少し驚くかもしれないが〉、〈よくなる方向が一番の願いだが〉、〈相談支援を希望する人だけ〉は、良い印象を与え、〈人生の最終段階〉は悪い印象や、わかりにくい印象を与えた。

〈人生の最終段階〉という言葉の悪い印象やわかりにくい印象について内容を分析

〈言葉のイメージ〉

末期であり死を連想するネガティブなイメージがある。

医療者にも理解しにくく、抵抗感がある。

相談員としてもこの言葉を避けることが多い。

リーフレットには、国の事業名を正確に記載する必要があり、そのまま人生の最終段階と記載する。

〈言葉の言い換え〉

リーフレットには、人生の最終段階という記載をさけ、現在や将来の医療や生活について考えとだけ記す。

難しい病気の治療選択をすと表現する。

あくまでも治療が優先であることを強調する。

〈言葉のタイミング〉

信頼関係が構築された後ならば、人生の最終段階という言葉を使うが、それまでは避ける。今後の気がかりについて相談すると表現する。

【病棟環境と相談支援の導入のしやすさ】(WHERE)

〈一般急性期病棟と亜急性期病棟の混合病棟〉

相談支援を導入しやすい。

急性期対応の一般病棟の入院期間は短期だが、家族との接触機会が多く、カンファレンスも多い。一方、亜急性期対応の病棟は、入院期間が長期であり、初期は家族とも接触機会が多く、カンファレンスも多いが、入院後期にはその機会は減る。ただし、信頼関係は構築しやすい。

〈高度急性期病棟〉

重篤な患者が多く、入院期間も短く、治療を主眼に入院してくるため、相談支援を導入しにくい。ただし、がん患者の化学療法目的で入院する場合、信頼関係を既に構築出来ている場合は比較的相談支援を導入しやすい。

〈亜急性期病棟的な特徴を持つ一般急性期病棟〉

相談支援を導入しやすい。

入院期間の長い患者もいるため、信頼関係を構築しやすく、相談支援を導入しやすい。

<単一科の一般急性期病棟的な性特徴を持つ高度急性期病棟>

重篤な患者が多く、治療を主眼に入院してくるため、相談支援を導入しにくい傾向にあるが、比較的入院期間も長く、じっくり相談支援に取り組めば、相談支援の導入は可能

<多くの診療科が混在している特徴を持つ一般急性期病棟>

相談支援を導入しにくい。

様々な診療科が混在している病棟では、医師の理解が得られにくい。

<相談支援を導入しやすい要因>

1. 急性期と亜急性期の両方の病棟を有する。
2. 入院期間が長い。
3. 家族との接触の機会が多い。
4. カンファレンスの開催回数が多い。
5. がん化学療法目的の入院。
6. 既に信頼関係が構築されている。

<相談支援を導入しにくい要因>

1. 高度急性期病棟で重篤な患者が多い。
2. 入院期間が短い。
3. 治療を主眼に入院している。
4. 多くの科が混在しており主治医の理解を得られにくい。

<相談支援を導入しやすくする方策>

1. 即効性があり、病院内で出来る対応

<主治医面談への同席>

2. 即効性はなく、病院内だけでは出来ない対応

<自院が在宅医療をしている>、<地域連携が強固である>等の、入院前後の強い繋がりがあ

・相談支援の回数と時間(相談員との面談、カンファレンス、病状説明同席)

	合計	相談 1 件あたり
面接回数(回)	937	2.4
面接時間(時)	962	2.4
カンファレンス回数(回)	488	1.2
カンファレンス時間(時)	648	1.6
病状説明同席回数(回)	246	0.6
病状説明同席時間(時)	128	0.3

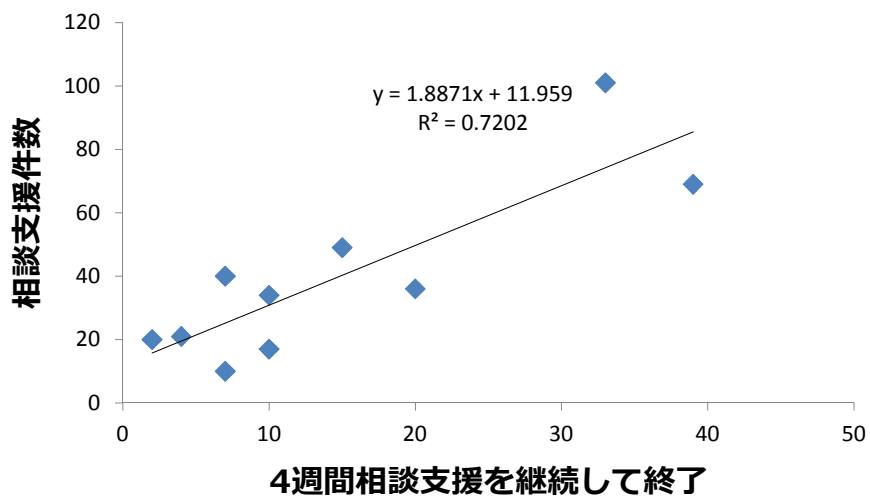
相談員と患者家族の面談は、相談 1 件あたり 2.4 回実施されていた。また、相談 1 件あたりの総面談時間は 2.4 時間であり、1 回の面談につき 1 時間の時間を要している。

相談員の参加する多職種カンファレンスは、相談 1 件あたり 1.2 回実施されていた。また、相談 1 件あたりの総カンファレンス時間数は 1.6 時間であり、1 回の多職種カンファレンスにつき 1.3 時間を要している。

相談員の同席する主治医からの病状説明は、相談 1 件あたり、0.6 回実施されている。また、相談 1 件あたりの総病状説明同席時間は 0.3 時間であり、1 回の病状説明につき 0.5 時間(30 分)を要している。

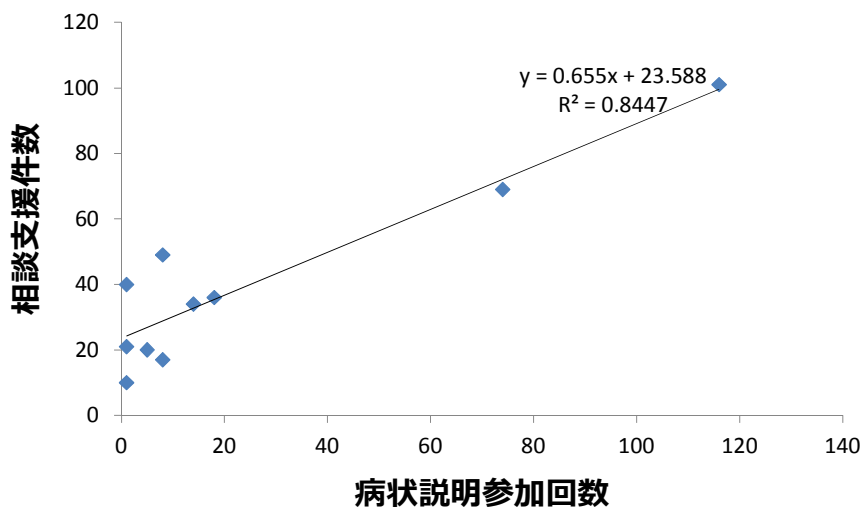
相談員との面談時間は、主治医面談の 8 倍の時間を要している。

臨床倫理委員会への相談事例については、1 例のみであった。



継続的に相談支援できる環境と相談支援数の関係

継続的に4週間相談支援できる環境にあるほうが、相談支援件数は多かった。



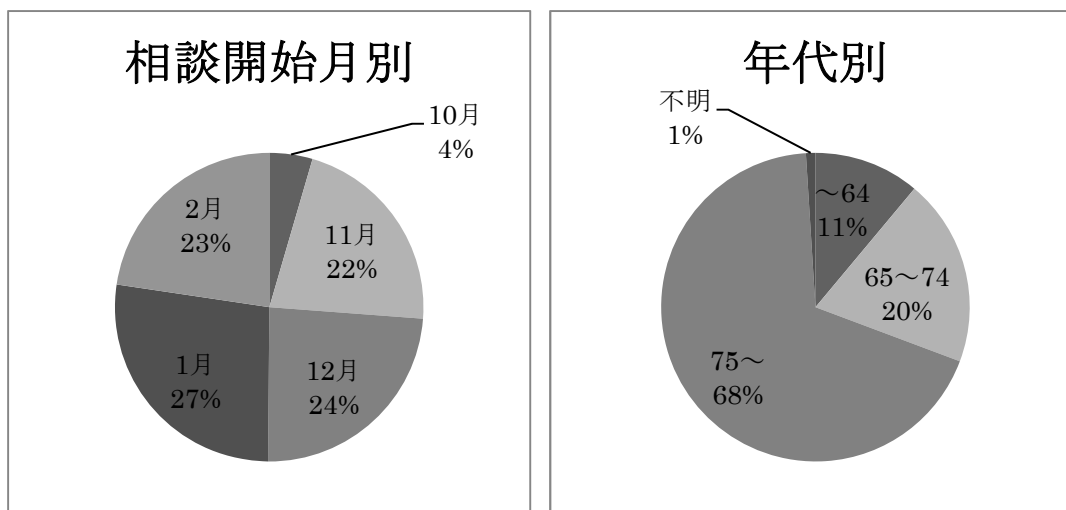
病状説明参加回数と相談支援件数の関係

病状説明への参加回数が多いほうが、相談支援件数が多かった。

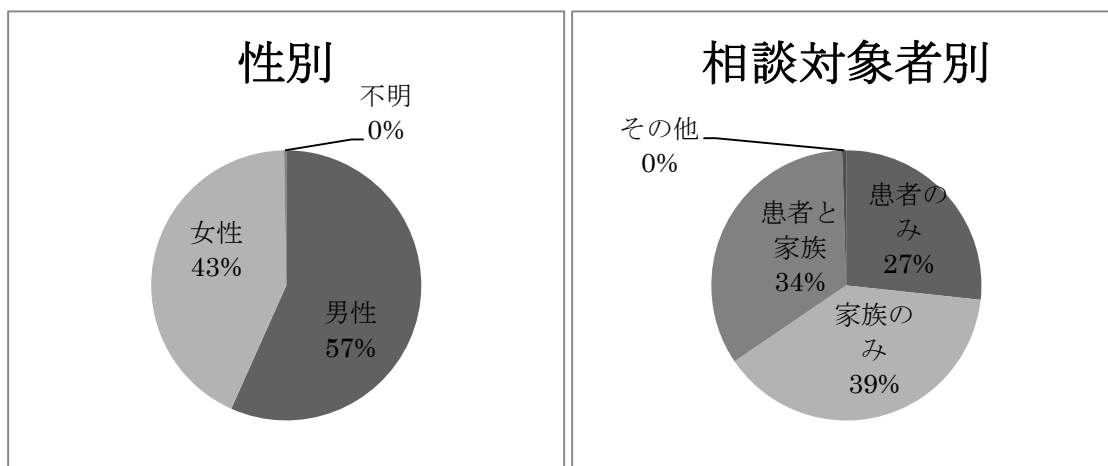
b) 個別のケースについて(患者・家族の体験を含む)

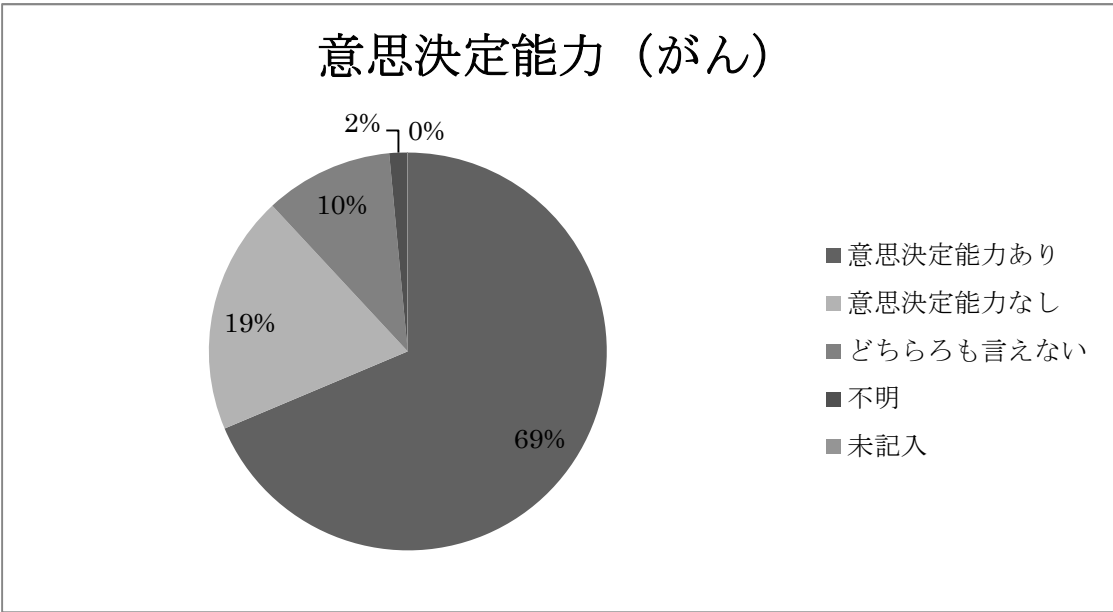
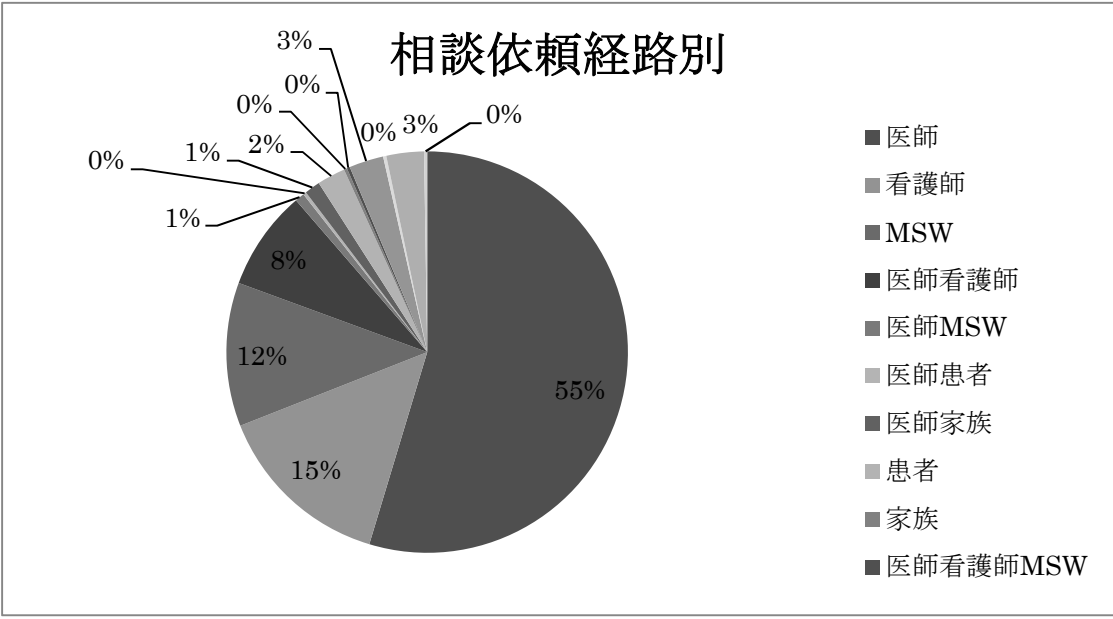
以下相談内容シートを記載した 397 例について円グラフでしめす

相談を受けた患者・家族の基本情報(年齢、性別、疾患名等)

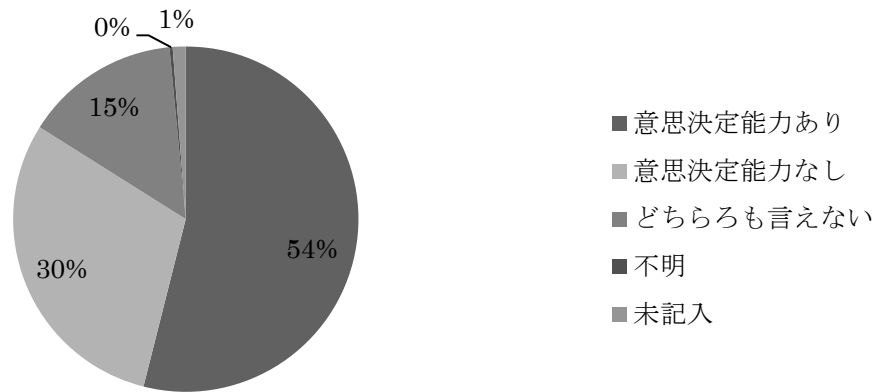


65 歳以上が全体の 88%、75 歳以上が全体の68%を占めた。





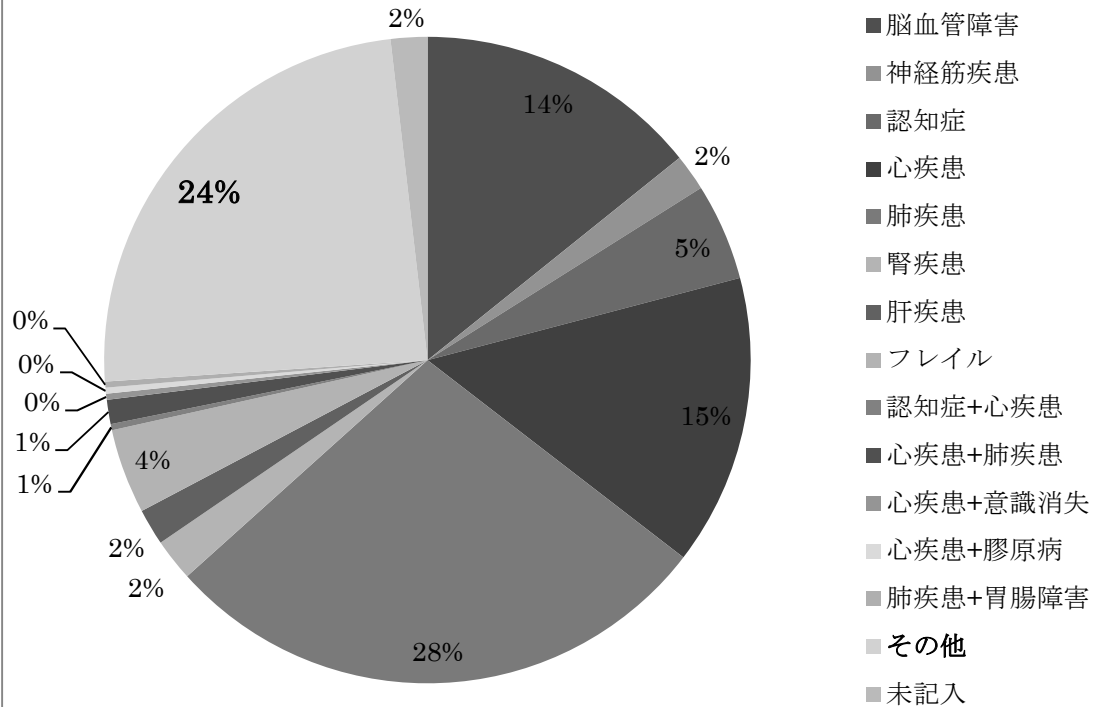
意思決定能力（非がん）



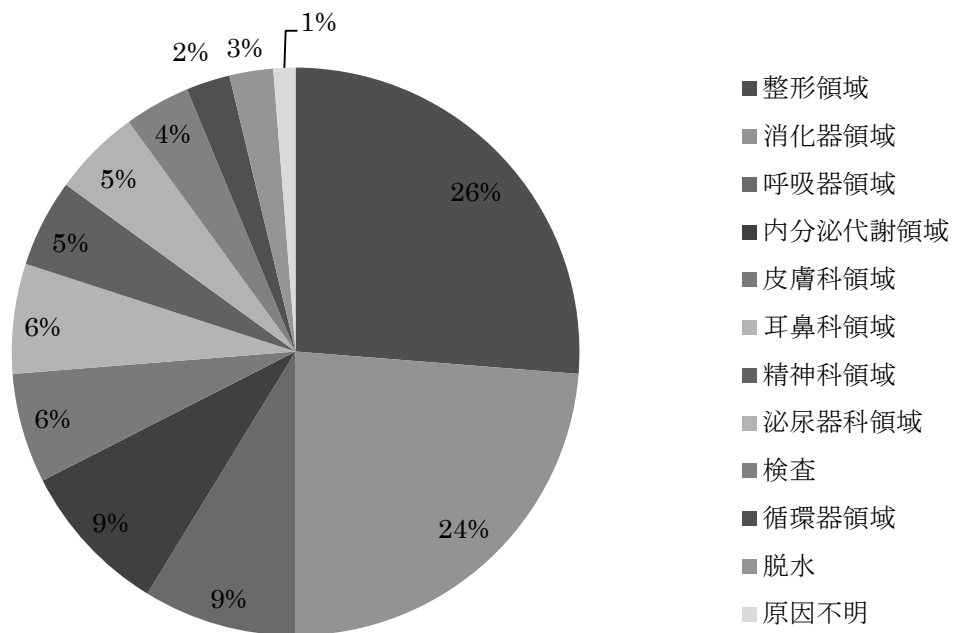
	悪性腫瘍		非悪性疾患	
	人数	割合	人数	割合
意思決定能力あり	46	69%	178	54%
意思決定能力なし	13	19%	99	30%
どちらとも言えない	7	10%	48	15%
不明	1	2%	1	0%
未記入	0	0%	4	1%
合計	67	100%	330	100%

患者の現疾患が悪性腫瘍であるものが67名、非悪性疾患であるものが330名であった。意思決定能力については、非悪性疾患群で有意に意思決定能力なしが多かった。
(カイニ乗検定:P=0.042)

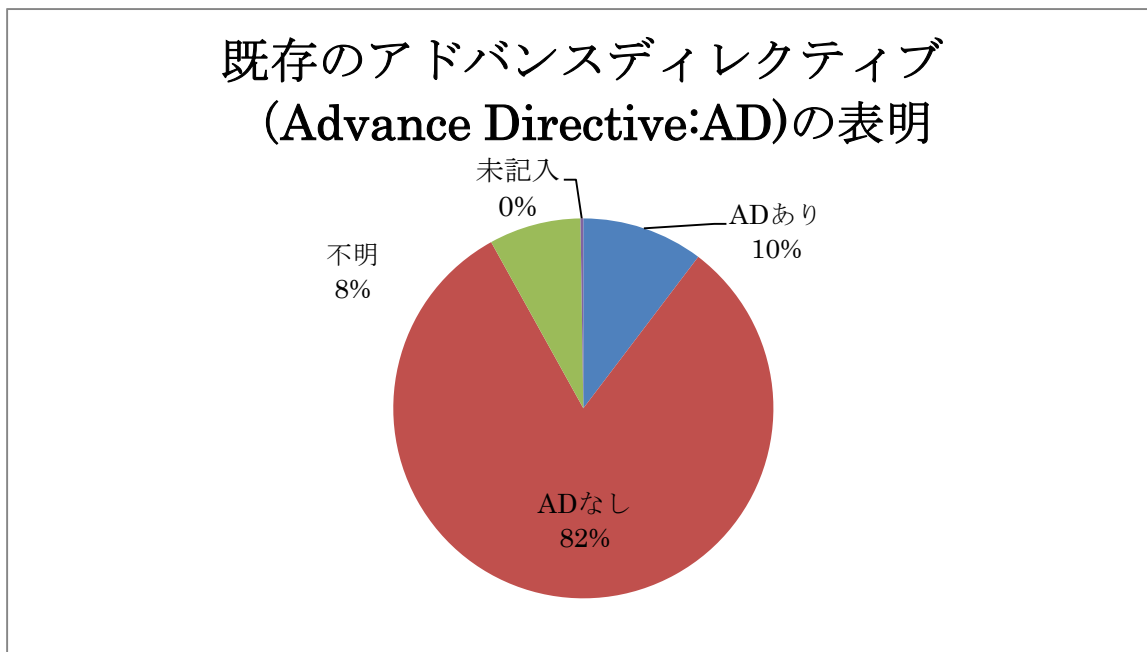
非がん疾患内訳



その他（80例24%）の内訳



- ※整形外科領域 21 例(26%)のうち、14 例(67%)は骨折
- ※内分泌代謝領域 7 例(9%)のうち、6 例(86%)は糖尿病
- ※精神科領域 4 例(5%)のうち、3 例(75%)はうつ病
- ※泌尿器科領域 4 例(5%)のうち、3 例(75%)は尿路感染症

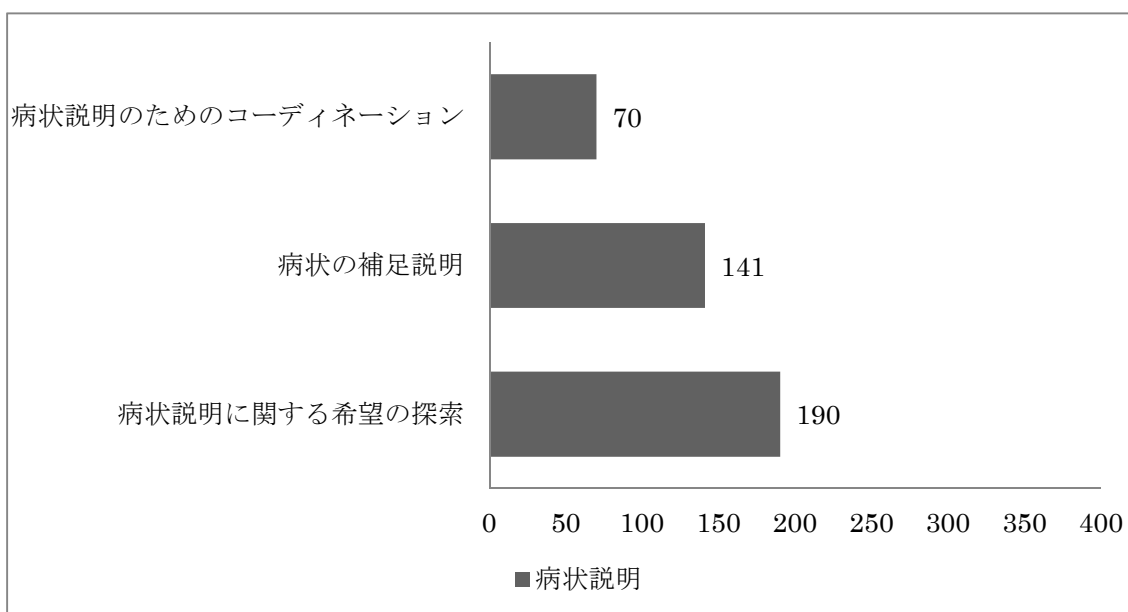
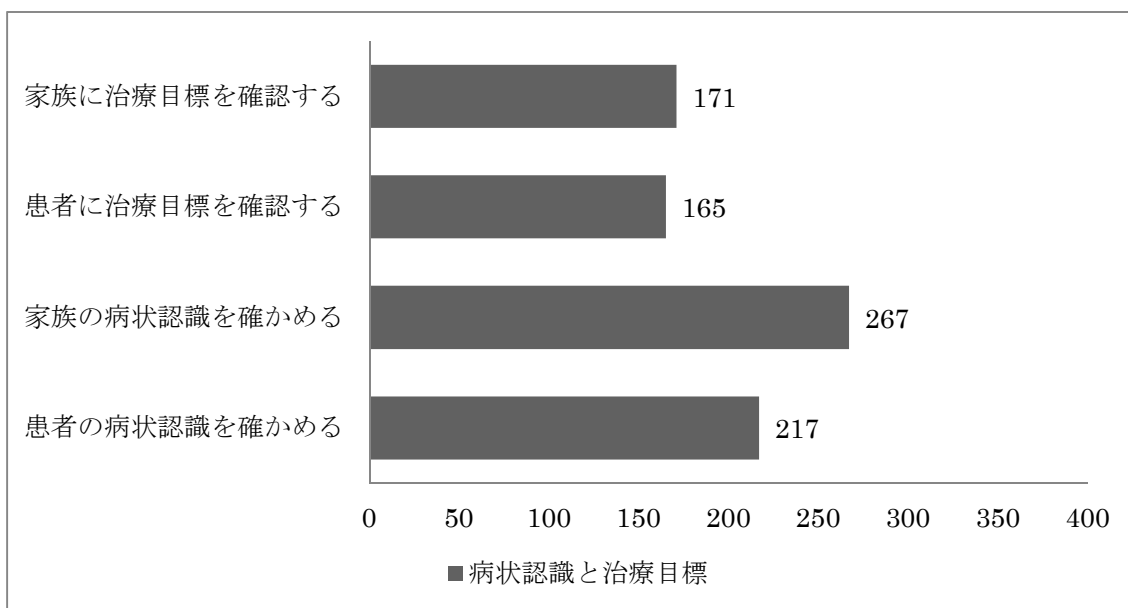


平成 26 年度人生の最終段階の医療体制整備事業において、相談員の支援を受けた 397 名の患者のうち、相談開始前に、アドバンスディレクティブ(Advance Directive:以下 AD と略)を、あらかじめ表明している割合は約 41 名(10.3%、95%信頼区間 7.3%–13.3%)であった。

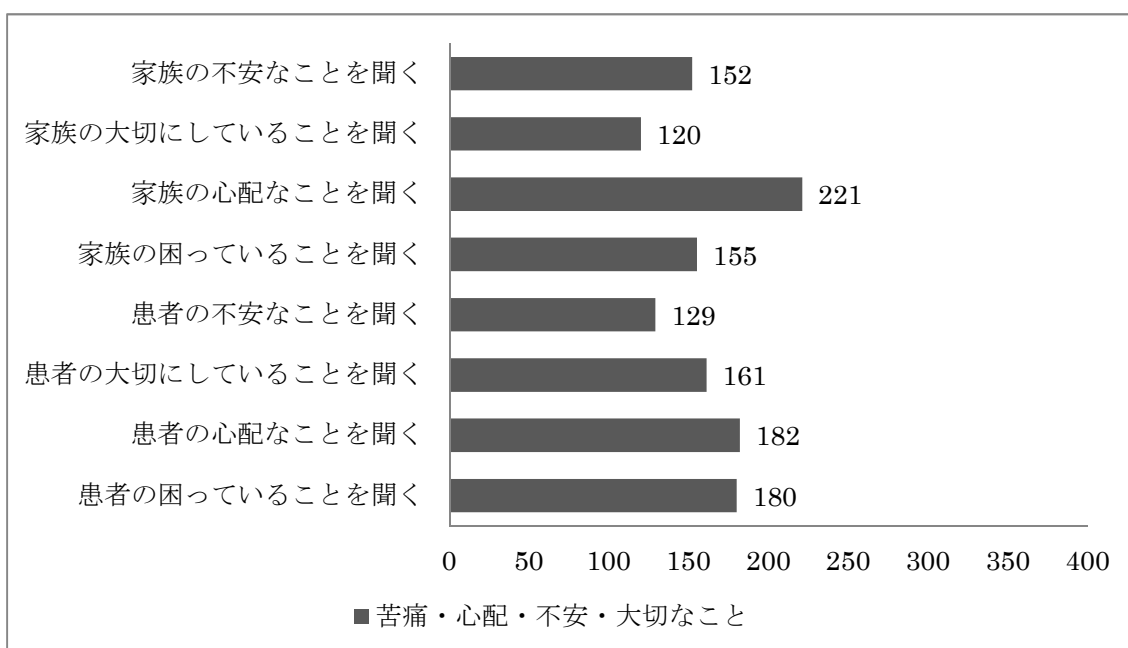
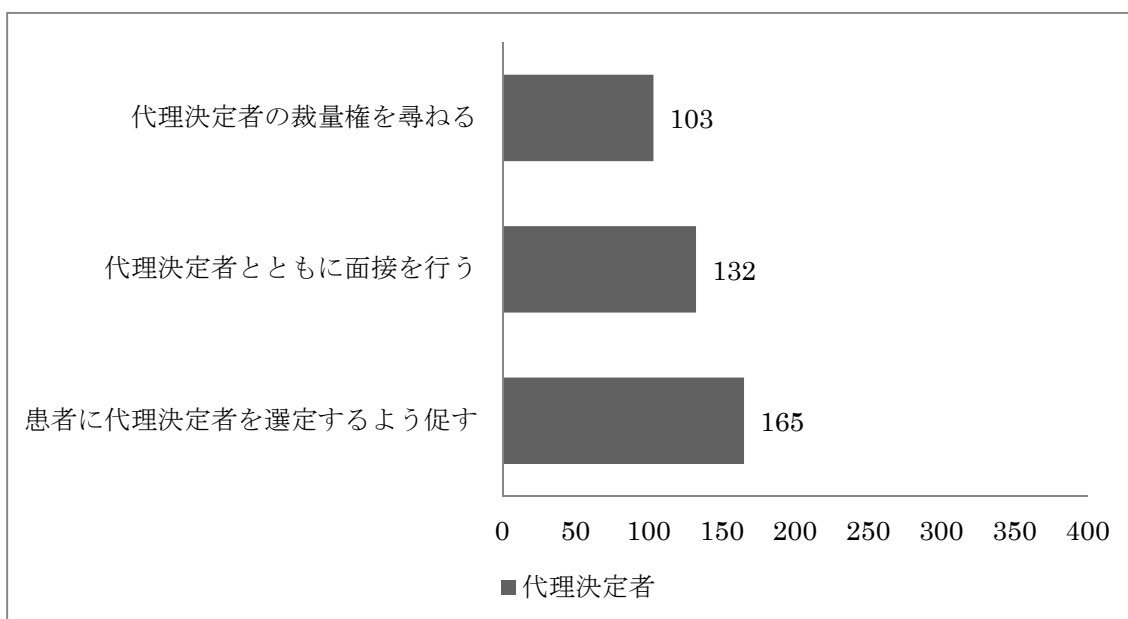
米国全体では、AD の書面での表明率は 30%前後であることを考えると、日本における、平成 25 年 3 月の人生の最終段階における医療に関する意識調査結果(3.2%)と同様に、自分の意思を書面に残している割合は、低い水準であると考えられる。

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.

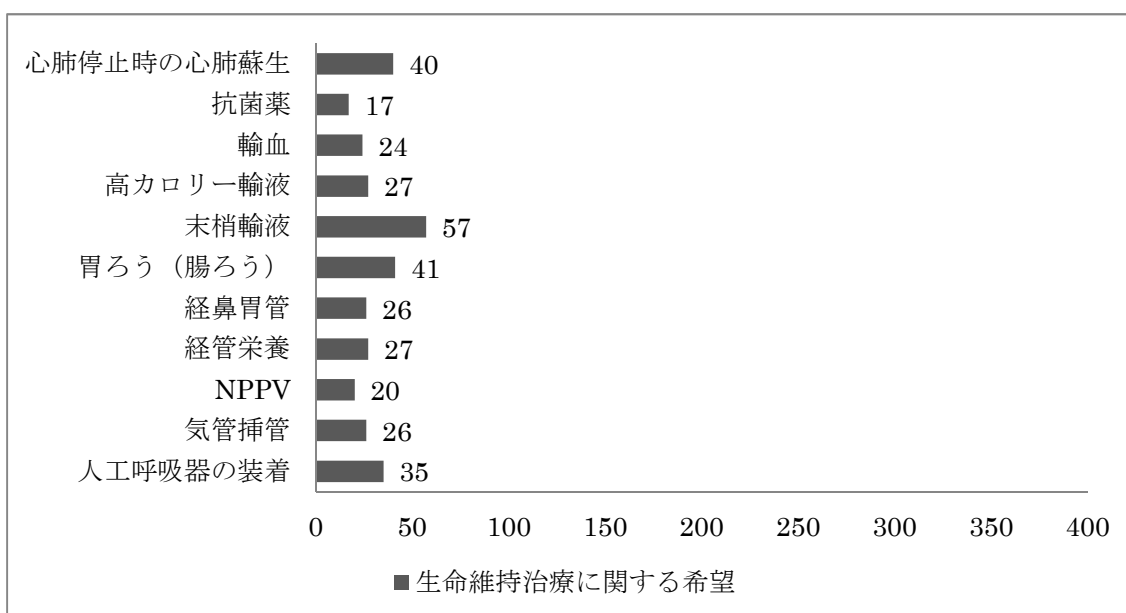
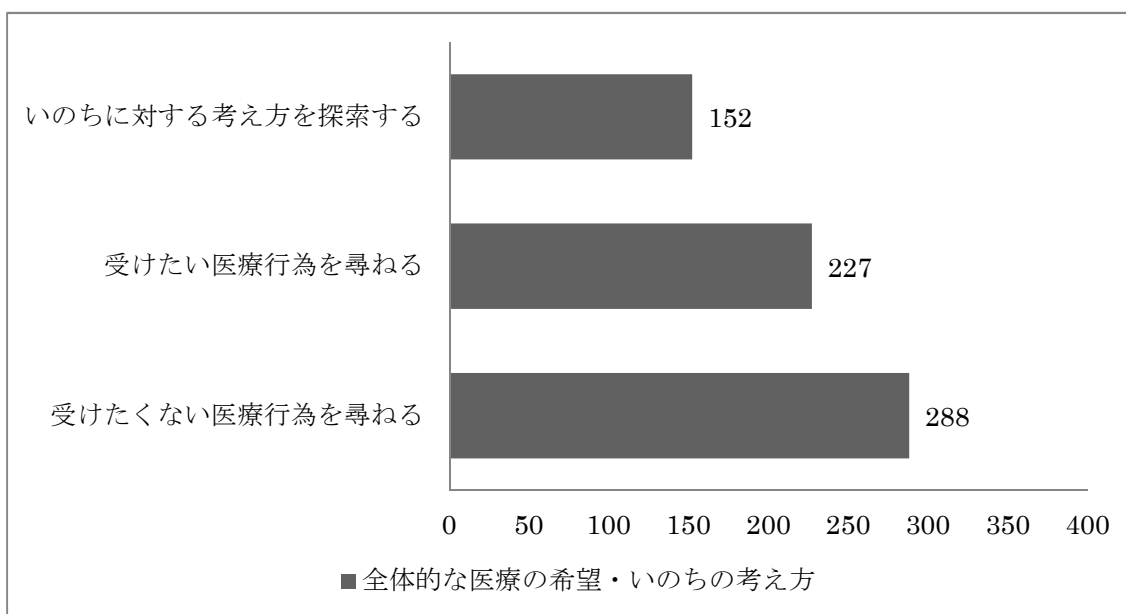
以下 397 件のうち、相談内容別の件数を示す



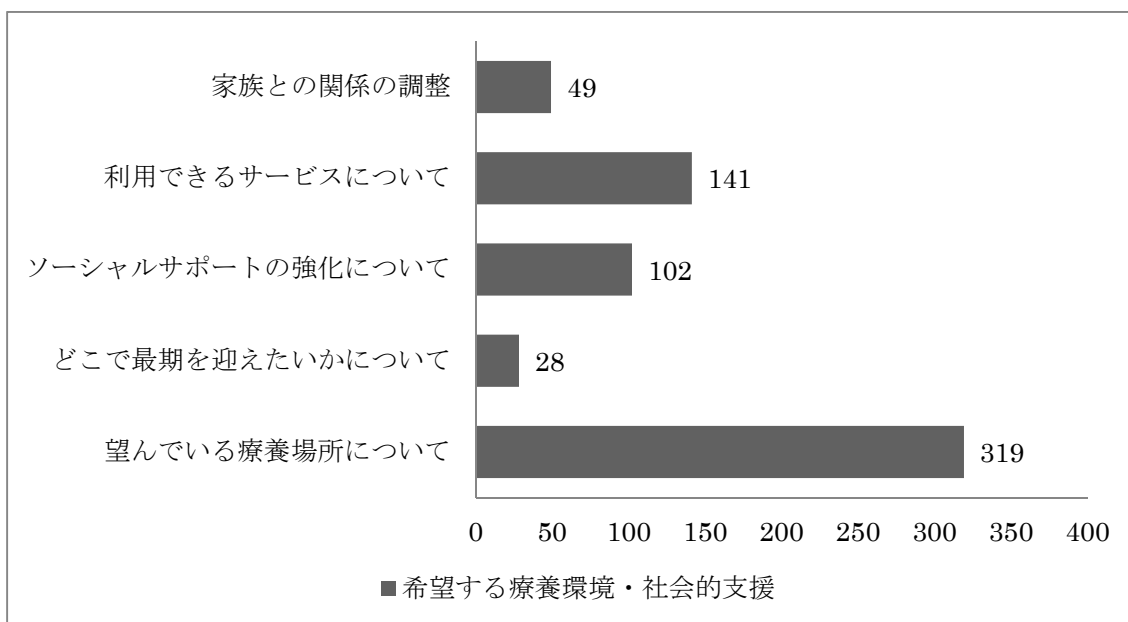
以下 397 件のうち、相談内容別の件数を示す



以下 397 件のうち、相談内容別の件数を示す

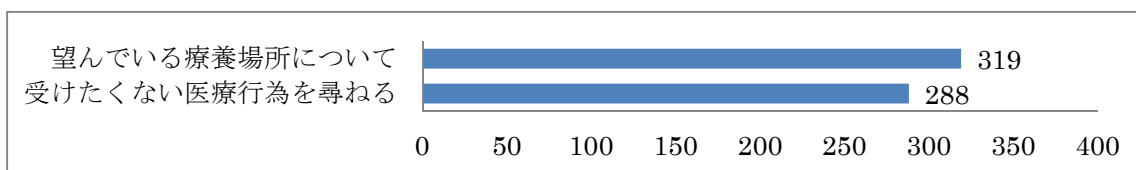


以下 397 件のうち、相談内容別の件数を示す

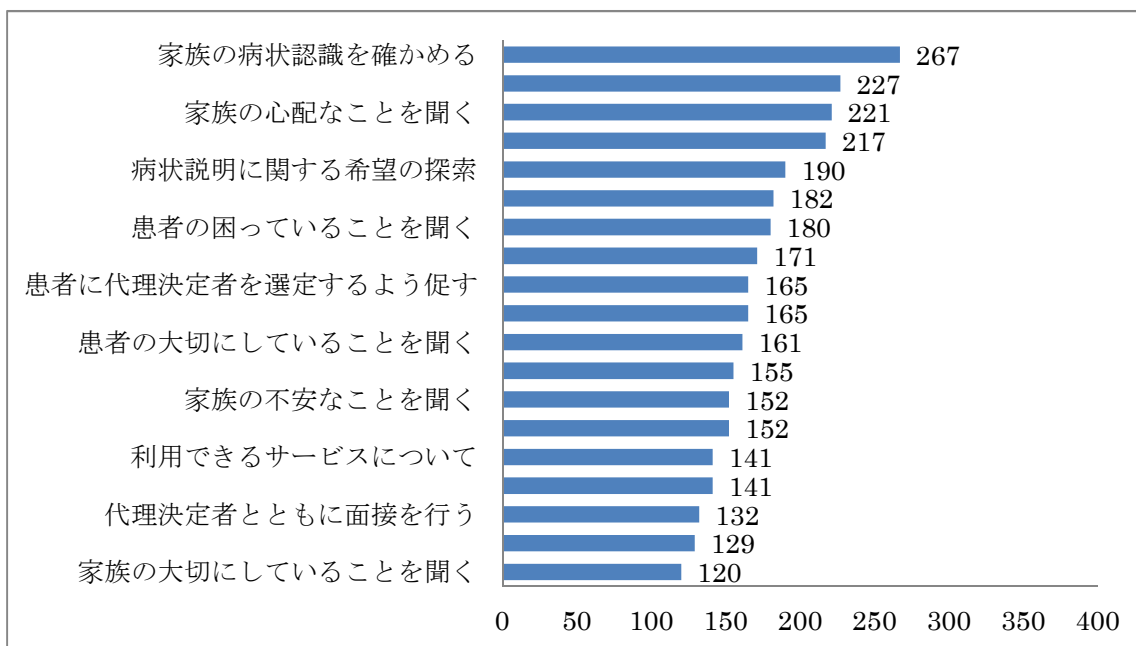


次項に、相談内容の件数の多い順に並べた横棒グラフを提示する

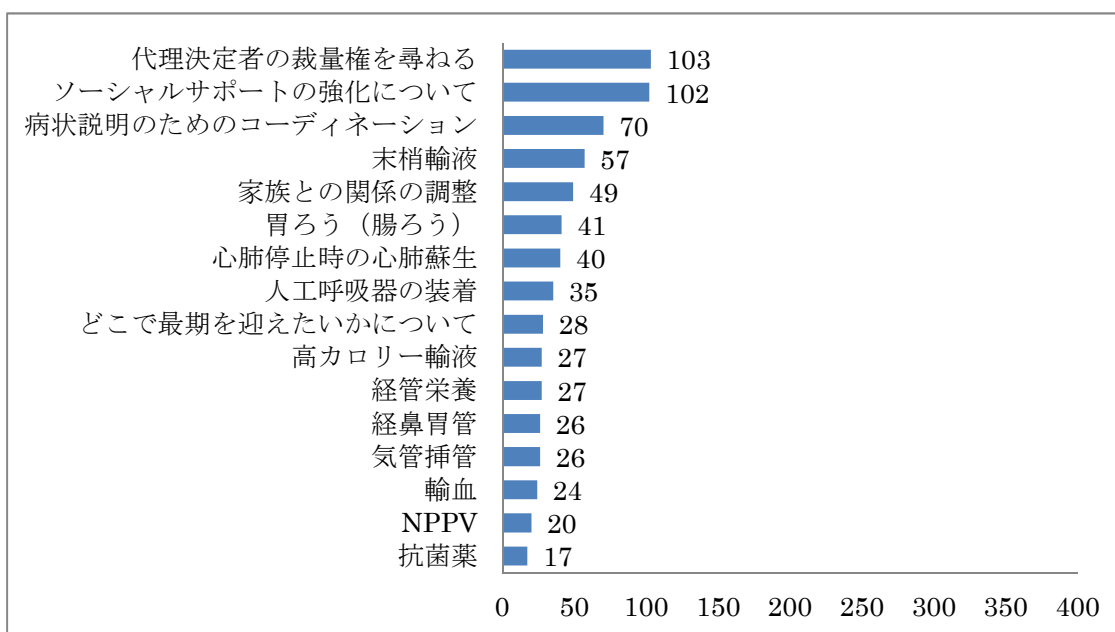
70%以上で相談された内容



30%以上 70%未満で相談された内容



30%未満で相談された内容



相談内容については、10 病院全体で 397 例の相談介入があった。

70%以上で相談された内容は、望んでいる療養場所について 319 例(80.4%、95%信頼区間 76.5%–84.3%)、受けたくない医療行為を尋ねること 288 例(72.5%、95%信頼区間 68.1%–76.9%)であった。

30–70%で相談された内容は、病状認識を尋ねる、不安、困っていることを尋ねる、大切にしていることを聞く、代理決定者を選定するなどが続いた(グラフ参照)。

胃ろう(腸ろう)、人工呼吸器の装着、心肺停止時の心肺蘇生といった生命維持治療に関する希望といったより具体的な相談は、それぞれ 41 例(10.3%)、35 例(8.8%)、40 例(10.1%)と約 10%に過ぎなかった。

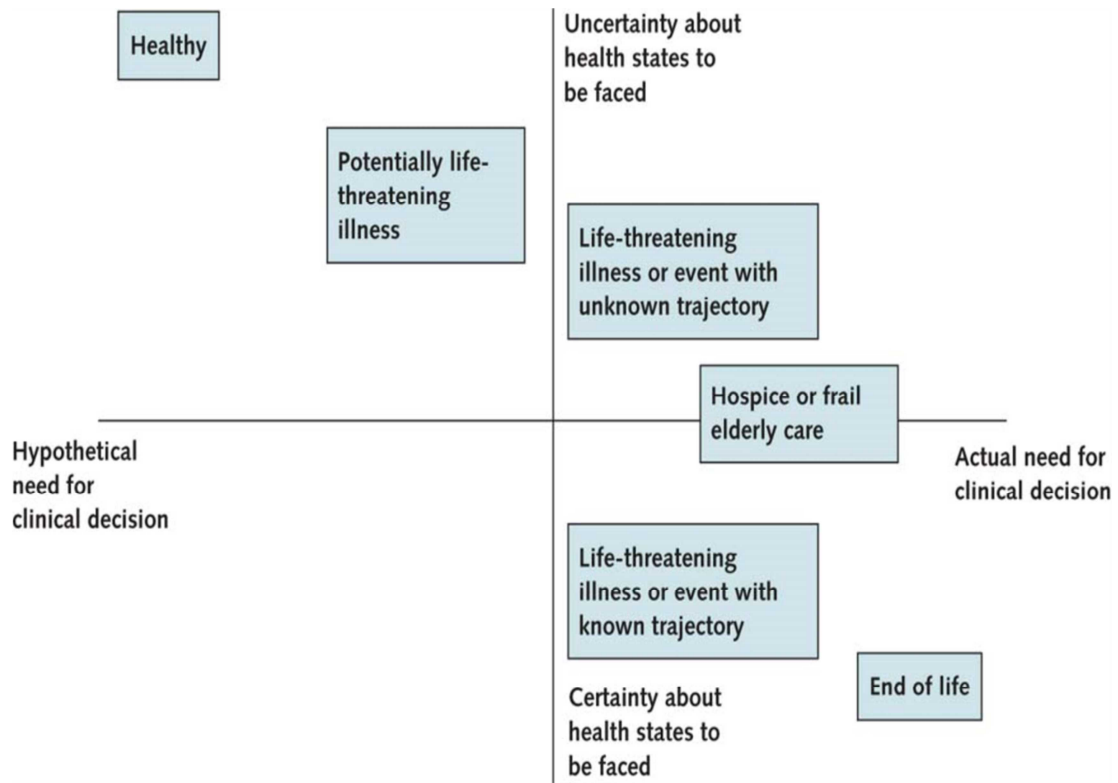
このように、今回の相談では、患者の望む療養場所と受けたくない医療行為について尋ねること、治療の目標を確認し、大切にしていることや不安にしていることを尋ねることに重点が置かれた。また、代理決定者の選定が約 4 割の患者で行われた一方で、具体的な生命維持治療に関する相談は約 1 割でしか実施されなかった。

これらは、具体的な生命維持治療に関する選好を聞くよりも、今後の医療や療養の希望やその希望の背景にある価値観に焦点を置いた相談が行われた結果と解釈することができる

Mary Butler らが、Ann Intern Med. 2014;161(6):408–418 の中で述べているが、相談員が患者に提供できる最も重要な情報は、患者の現在の健康状態や病気の進展経過の予測に依存している。例えば、健康な人であれば、代理決定者の選定やもしもの時の話が相談支援の中心になるだろうし、病状の進行した患者であれば、特定の治療を受けるか、差し控えるか、終了するかといった相談支援が中心になるだろう。相談支援は、このように患者の置かれた状況によってその内容が変わり、抽象的な意思決定から、具体的な意思決定に変化する。

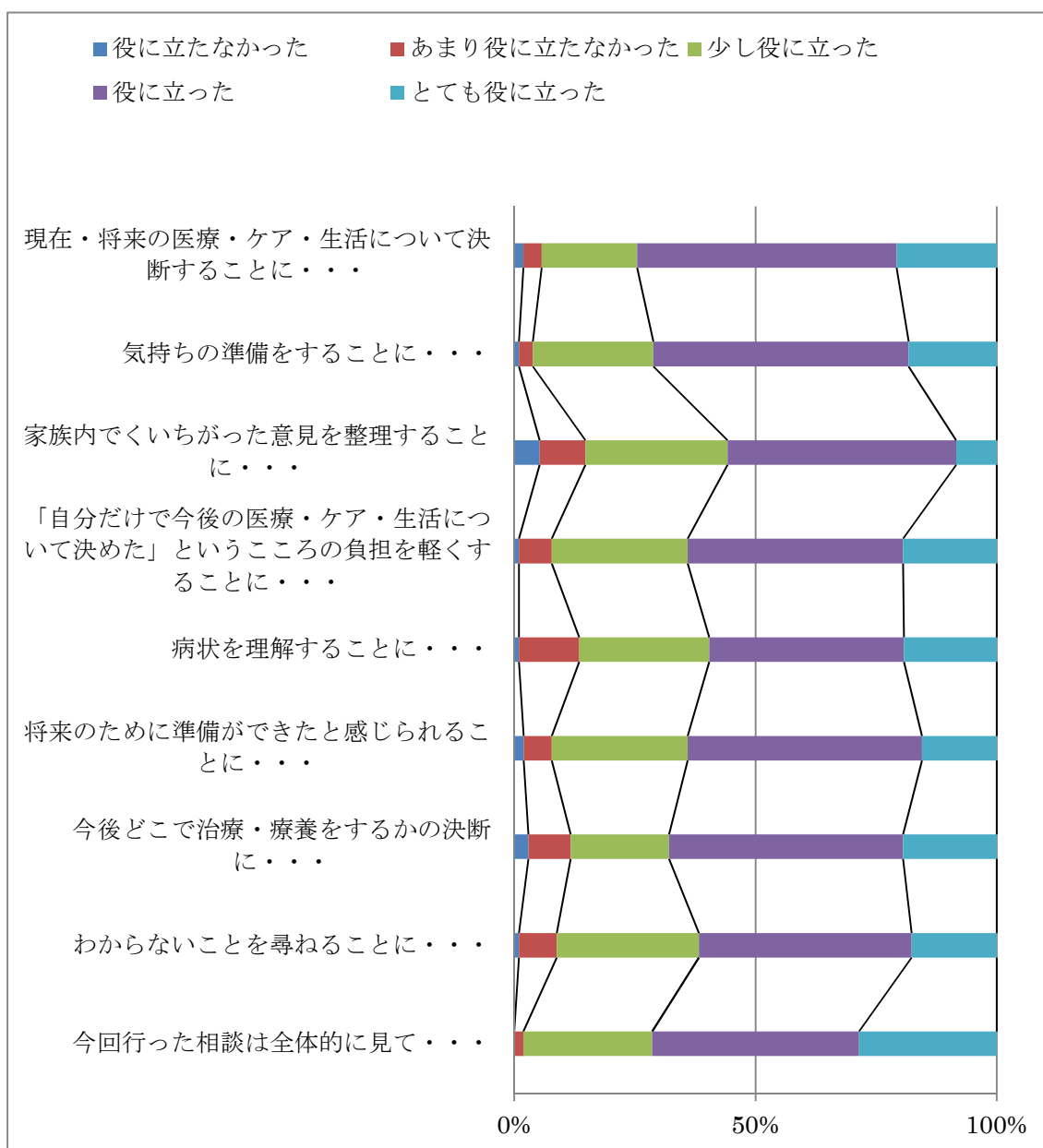
平成 26 年度人生の最終段階における医療体制整備事業において、相談員の行った相談内容で、望んでいる療養場所についての相談が最も多かった点については、多死時代にむけて療養・最期の場所の選択が難しくなりつつある昨今の医療現場の状況を鑑みれば、決して想像に難くない。相談員に対する重要なニーズを示している。また、生命維持治療の選択についての相談は、代理決定者を選定するように促す相談(41.6%)、受けたくない医療行為を尋ねる相談(72.5%)に比して、約 10%と低い値であった。このことは、Maryらの記載に合致する。相談内容が、抽象的な内容から具体的な内容に変化していくのだろう。この点からも、継続的な対話のプロセスが重要である。それをファシリテートする人材である相談員が求められている。

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



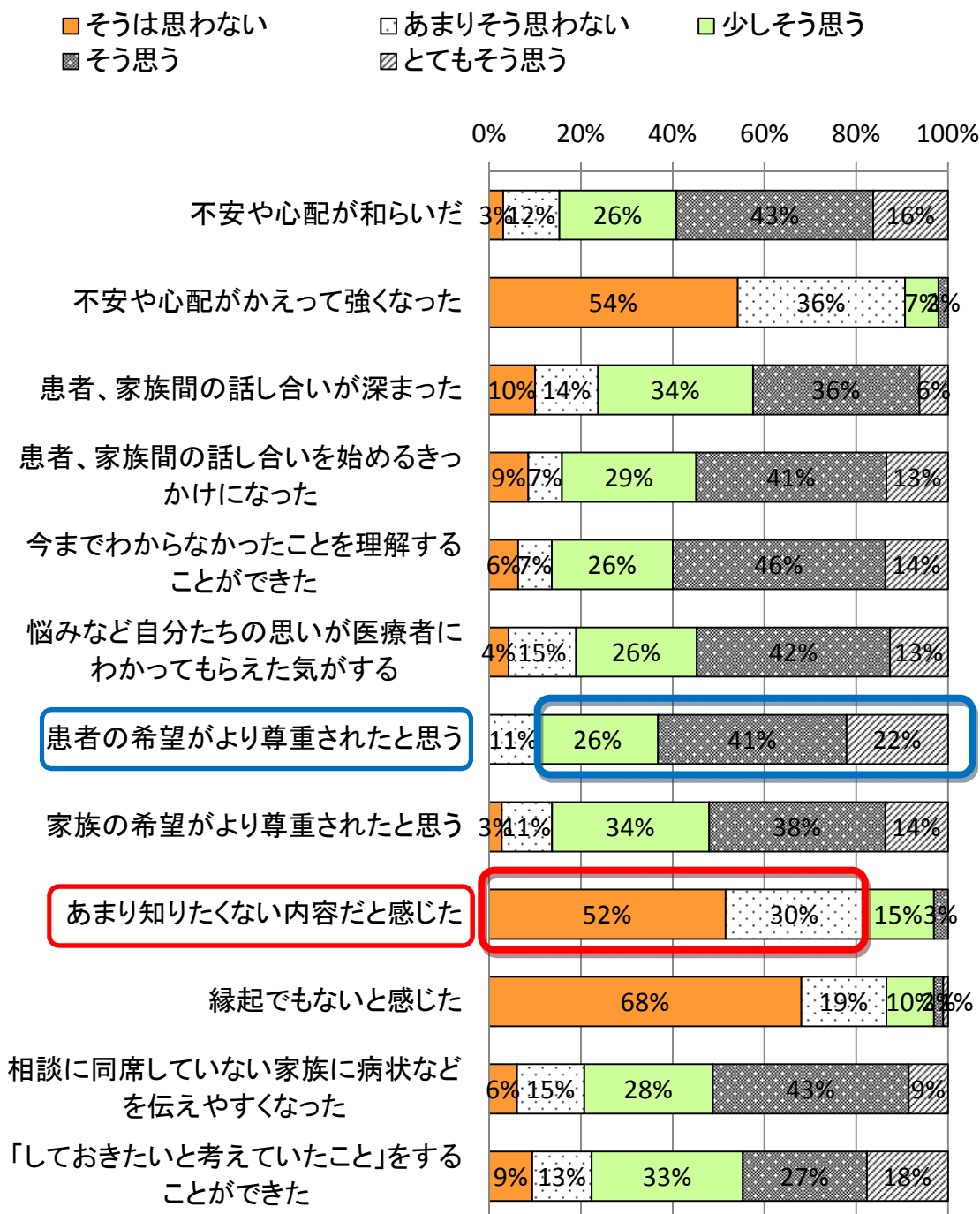
Ann Intern Med. 2014;161(6):408-418. doi:10.7326/M14-0644

相談支援を受けた患者にとっての有用性



相談員の相談支援を受けた患者 397 名のうちの 106 名 (26.7%) の患者から回収された質問紙調査の結果である。約90%の患者が、現在や将来の治療・ケア・生活に関する相談に対して、「少し役に立った」「役に立った」「とても役に立った」と回答している。患者にとっての相談支援の有用性が示された。

人生の最終段階における医療にかかる相談に対する患者の満足度



「患者の希望がより尊重されたと思う」と回答したものは、「とてもそう思う」「そう思う」「少しそう思う」の合算で、89%に達した。

「あまり知りたくない内容だと感じた」という問いに対して、「そうは思わない」「あまりそう思わない」と82%が回答した。

相談支援後の患者家族の自由回答の内容の分析

生命の危険のある病気にかかられた時に、このような相談を患者様・ご家族に行うことを、どのように思われますかという問いに対する自由な回答の内容を分析した。

カテゴリーA 【否定的な回答】

今まで考えたこともなかったが・・・
知りたい半面・・・
相談はショックも大きかったが・・・
相談に戸惑いもしたが・・・
難しい問題だと感じたが・・・
突然に感じたが・・・
生命の危機と聞けばつらいが・・・
感情をまじえずに会話することが難しかったが・・・
不安な気持ちにもなったが・・・
落ち込んでいる時には酷な場合もあると思うが・・・

カテゴリーB 【肯定的な回答】

話を聞いて、理解と覚悟ができた。
大切なことだと感じた。
自分の意思が尊重されると思った。
家族に説明しやすくなった。
家族に言い残すきっかけになった。
医師には言いにくいことを聞いた。
徐々に準備しなければいけないことだと思った。
家族が患者の意向をくむことを確実にするために重要だと思った。
準備ができ心の負担が減った。

【肯定的な回答】のみでストーリーラインが形成される回答、【否定的な回答】だけでなく【肯定的な回答】も含めてストーリーラインが形成される回答がほとんどであった。、相談支援を受けた患者家族の気持ちであるが、将来の悪いニュースについて率直に話しをすることに最初は戸惑いを感じつつも、その重要性について語られている。

相談支援後の患者の転帰

	4週経過	患者死亡	その他	退院	転院	施設	転棟	拒否	悪化	終了	未記入
稲次整形	20	1	15	8	1	3	0	0	0	0	3
亀田総合	4	0	17	10	5	0	0	0	0	0	2
国立循環	7	0	33	21	0	0	0	0	0	12	0
くわみず	10	3	21	18	2	0	0	0	0	1	0
諏訪赤十	10	2	5	1	2	0	0	0	1	0	1
健康長寿	2	6	12	8	1	0	0	2	0	0	1
国病長良	7	0	3	2	0	0	0	0	0	0	1
西岡病院	33	6	62	60	1	0	0	0	0	0	1
二戸病院	39	14	16	5	3	5	0	0	0	3	0
ゆきぐに	15	0	34	13	0	0	1	0	0	18	2
(合計)	147	32	218	146	15	8	1	2	1	34	11

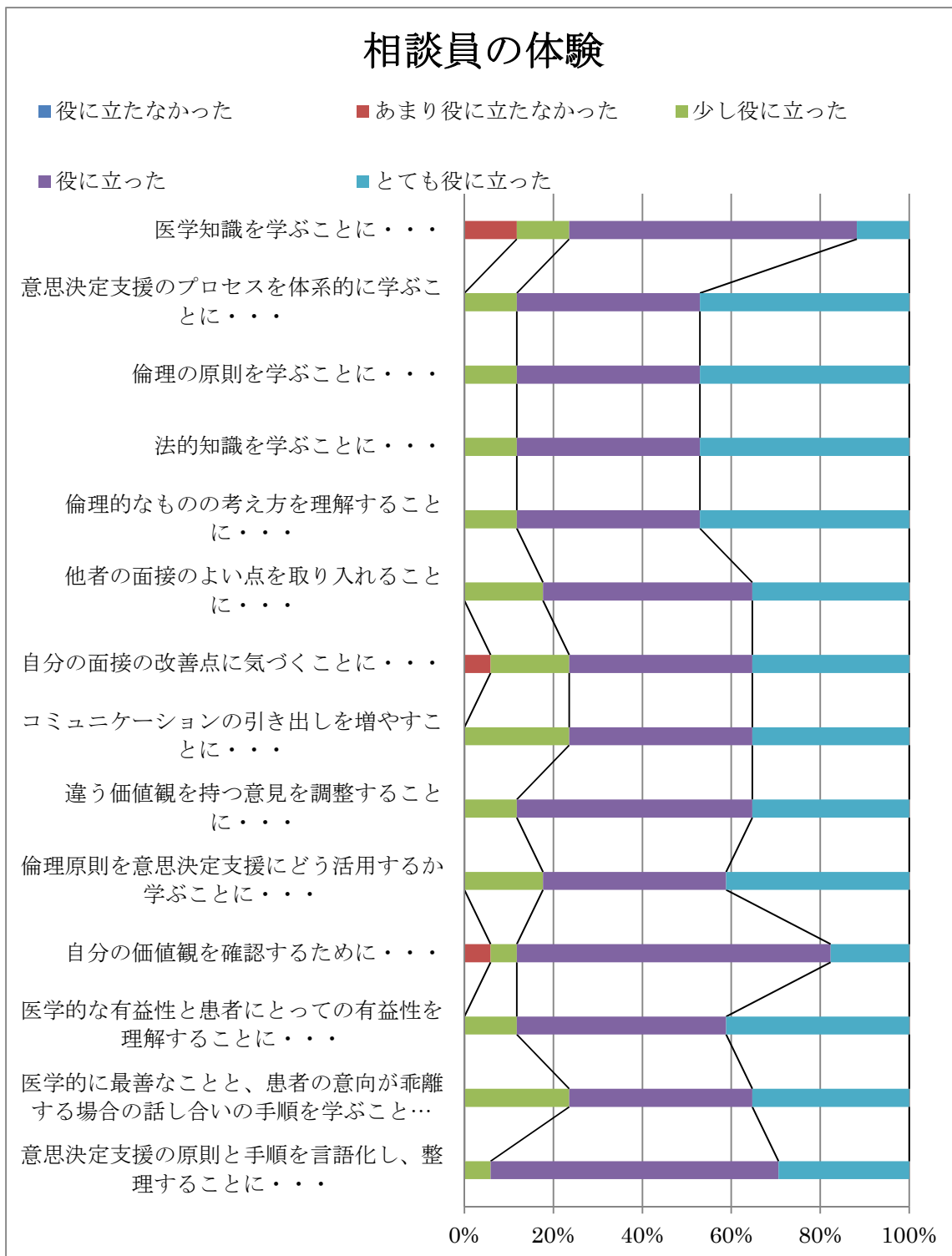
※ その他は、退院、転院、施設、転棟、拒否、病状悪化、支援終了の合計である

	4週経過	割合	患者死亡	割合	その他	割合
稲次整形	20	56%	1	3%	15	41%
亀田総合	4	19%	0	0%	17	81%
国立循環	7	18%	0	0%	33	82%
くわみず	10	29%	3	9%	21	62%
諏訪赤十	10	59%	2	12%	5	29%
健康長寿	2	10%	6	30%	12	60%
国病長良	7	70%	0	0%	3	30%
西岡病院	33	33%	6	6%	62	61%
二戸病院	39	57%	14	20%	16	23%
ゆきぐに	15	31%	0	0%	34	69%
(合計)	147		32	218		

※ 患者死亡割合が多い3病院は、高度急性期医療を担う病棟である。a) 相談支援体制、組織化について…の項でも述べたが、特段の工夫がなければ、相談支援数を伸ばすことは難しい。特段の工夫とは、主治医面談等の機会を利用した、組織的な相談支援の導入体制である。

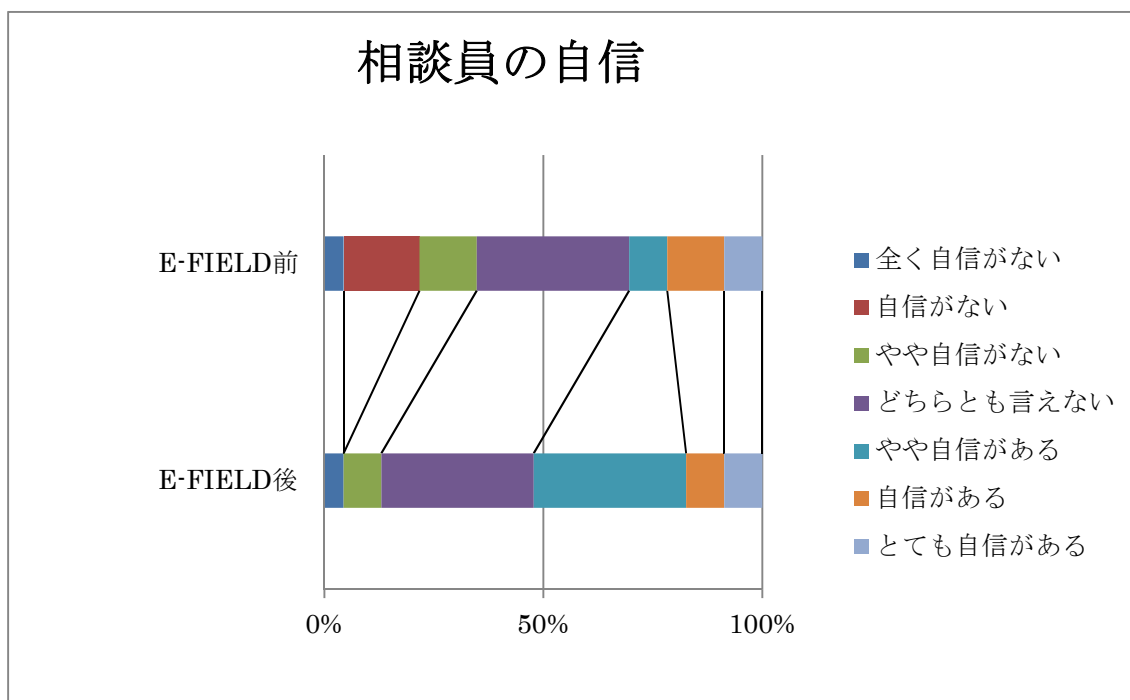
C) 相談員、相談チームの体験について

E-FIELD 研修受講や、実際の相談支援を経験した相談員の体験を述べる。



相談員の 80%以上は、E-FIELD 研修や相談支援の実践を有用な体験と考えている。

以下、E-FIELD 研修前後の相談員の自信の度合いの変化を見ている。



E-FIELD 研修の前後で、自信の度合いが増している。「全く自信がない」「自信がない」「やや自信がない」「どちらとも言えない」「やや自信がある」「自信がある」「とても自信がある」を各々「1」～「7」のスコア化し、E-FIELD 研修前後で比較すると、有意に自信の度合いが増していることが分かる。(p<0.01)

相談員の職種による果たした役割について各医療機関の事業報告書の内容の分析

【相談員医師】であれば、調整役の範囲内であるが、治療選択まで提示できる

【相談員看護師】であれば、入院中の質の高いケア全般について提示できる。エンドオブディスカッションに向いている

【相談員医療ソーシャルワーカー】であれば、入院前後の生活、経済的負担、社会資源について提示できる。アドバンスケアプランニング、特に疾患の重症度として早い段階の支援に向いている。一方で、病状が重篤になった後の支援は困難である。

【相談員の視座】は、各職種の職能の延長線上に人生の最終段階の相談支援がチーム連携とともにある。どの職種においても、人生の最終段階の相談支援を負担に感じることは普通である。

成果報告会後の相談員に対するフォーカスグループインタビュー(相談員の体験)の内容の分析

相談員は、体制を構築するのに苦労した。

相談員が、相談支援を開始することによって、周囲の医療ケアチームが意思決定支援に前向きに変化した。

相談員の、マンパワー不足を感じつつも、第3者が相談支援に入る有用性を感じた。

相談支援をしてみて、患者が病状をよく理解していないことがわかった。

相談支援をしてみて、患者は、1週間後のことは考えられても、数年後のことを考えることが難しいことが分かった。

相談支援では、患者によっては、自己決定ではなく、家族の決定がよい人もいるし、医療者に任せたい患者もいることが分かった。

相談支援において、最初は病気の話ではなくて、生活の話からはいったほうが、話を導入しやすいことを経験した。

相談支援のコツとして、病気の話であっても、最初から具体的な話ではなくて、大まかに捉えるような話し方がよい。

相談員事業により、病院の職員の文化、相談員自信のスキルに変化が見られた。

d). 各医療機関独自の取り組み(地域連携を含む)について

稲次整形

- ①東徳島地域連携協議会・郡医師会共催医療従事者研修会「終末期医療を含む医療の選択支援と事前指定書について」(発表)(四国放送、徳島新聞社)
- ③地域住民向け研修会「徳島がん対策センター 在宅緩和ケア支援事業公開講座『あなたのかえろう』事前指定書を書いてみよう」(発表)(四国放送)
- ④地域住民向け研修会 当院職員による寸劇「うちの最後はうちが決めるんじょ」(上演)(稲次整形 HP)
- ⑤地域サロン「楽カフェ」(毎月2回開催)(四国放送)

亀田総合

- ①人工栄養についての意思決定支援の施行と調査
- ②事前指示についての分析
- ③患者満足度調査
- ④ACP ワークショップ

国立循環

- ① 「循環器疾患の終末期医療を考える会」の開催
- ② 啓発冊子の作成
- ③ インタビュー調査への協力

国立長寿医療研究センターが行ったインタビュー調査に協力した。

平成 27 年 3 月 19 日 4 名(患者 3.家族 1)

くわみず

- ① EOLチームを立ち上げ
- ② りんりん110番のカンファレンス
- ③ 啓発活動への取り組み
医療倫理市民公開講座を開催
地域のサロンや当院の友の会開催

諏訪赤十

- ①一般市民対象の講演会
- ②医療者、介護職員向け緩和ケア事例検討会
- ③研修医対象の倫理研修会
- ④全職員対象の倫理講演会

健康長寿

- ① 地域住民を対象とした相談窓口開設に向けて検討開始

国病長良

- ①当地域における開業医を対象とした「人生の最終段階における医療に関する意識調査」

西岡病院

- ①「とよひら・りんく」を核とした地域の行政・医療・介護にまたがる多職種での取り組み
とよひら・りんく全体 1 回、有料老人ホーム 1 回、特別養護老人ホーム 1 回、グループホーム 1 回、
サービス付高齢者住宅 1 回、介護老人保健施設 1 回
- ②倫理研修会 弁護士を講師にまねき倫理研修会を開催
- ③小冊子の作作成
「自分らしく生きるために～もしもの時に備えるノート」、「リビング・ウィル(解説編)」
「病院で看取りをされるご家族の方へ」を作成
- ④インタビュー調査への協力
国立長寿医療研究センターが行ったインタビュー調査に協力した。

平成 27 年 1 月 28.29 日 9 名(患者 1.家族 8)

平成 27 年 3 月 27 日 5 名(患者 2.家族 3)

二戸病院

- ①他病棟入院中、外来通院中の選定基準対象患者について、病院独自の取組として特定病棟の対象患者と同様に相談支援
- ②カンオペア地域医療福祉連携研究会組織(医師会、歯科医師会、薬剤師会、保健所、県立病院、地域包括支援センター、介護保険事業者等により構成)を活用し、研究会主催の定期研修会、勉強会、世話人会での事業内容や意思決定支援についての周知に努めた。
- ③地域版ガイドラインを患者や地域住民へ普及・啓発を図るため、リーフレットを作成した。

ゆきぐに

- ①弁護士の講師を招き、当院職員全体を対象とした倫理研修会を開催した。
- ②独自の事前指示書を作成
- ③事前指示書や人生の最終段階における医療行為の解説冊子を作成した。
- ④インタビュー調査への協力

国立長寿医療研究センターが行ったインタビュー調査に協力した。

平成 27 年 3 月 17 日 3 名(患者 2.家族 1)

※ 相談支援が開始され、表明された患者の意思を繋ぐことは課題である。情報通信技術 (ICT) の普及により、患者の意思を、関係者がリアルタイムに共有できる体制が望まれる。しかし、今なお言葉と紙が主要な手段である。紙については、お薬手帳への記載、冷蔵庫での文書の保存等いくつかの候補がある。

e) 厚労省ガイドラインの認知率について

	病院名	周知方法 研修方法	厚生労働省 終末期ガイドライン 認知率調査(%)	
			認知率(前)	認知率(後)
1	稲次整形外科病院 (徳島)	研修の様様をビデオや院内 LAN で周知	21.2	71.0
2	亀田総合病院 (千葉)	部長会、師長会、各病棟、診療科で周知	10.6	51.0
3	国立循環器病研究センター (大阪)	掲示板、メールを用いて周知	18.8	54.9
4	くわみず病院 (熊本)	資料配布、読み合わせ、回覧で周知	19.1	81.0
5	諏訪赤十字病院 (長野)	独自のガイドラインと合わせて周知	13.7	36.5
6	東京都健康長寿医療センター (東京)	ポスター、チラシを用いて周知	19.8	46.1
7	長良医療センター (岐阜)	関わり薄いところにも気を配って周知	15.1	36.7
8	西岡病院 (北海道)	多様な研修会の機会を用いて周知	34.8	72.5
9	岩手県立二戸病院 (岩手)	特定病棟、看護師、意思決定支援チームにより周知	16.7	70.1
10	南魚沼市立ゆきぐに大和病院 (新潟)	パワーポイントを用いて周知	18.4	80.9

事業の前後で、認知率は有意に改善した。(P=0.03)

認知率の変化をもたらした理由についての内容の分析

(各医療機関の事業報告書の分析から)

【場】

下記の間を通じて、「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」を周知する工夫をした。

- ・各種会合(幹部会合、一般スタッフ会合)
- ・各診療科、各病棟、各外来
- ・新しく設けた倫理的判断支援カンファレンス
- ・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の読み合わせ会

【方法】

E-FIELD の DVD 貸出、E-FIELD の E-ラーニング周知、掲示板、院内メール、チラシ配布、ポスター貼付、パワーポイントによる講義、各種会合欠席者に対しても資料配布、独自のガイドライン作成とともに普及

【時間】

月に1度2時間くらいが平均的な時間

【受け手側】

エンドオブライフケアと関わりの多さ、意識の高さ、興味の有無、医師の協力の度合いなど受け手側の要因はあるが、受け手側を選ばず全てにガイドラインの情報提供受け手側の人数が多いと認知率の向上には時間を要する

9. まとめ(事業で得られた知見)

平成26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。

- 1) 本事業の考え方の基本にある、人生の最終段階の医療における決定プロセスに関するガイドラインの認知率が改善した。(P=0.03)
- 2) 事業実施10医療機関において、相談員、医療ケアチーム(4病院においては特定の倫理判断支援チーム)、臨床倫理委員会が設置され、医療体制が組織化された。臨床倫理委員会への諮問は1件のみであった。
- 3) 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、患者スクリーニング、主治医の了承と相談員参与の説明、日程調整、実際の相談支援の4段階が重要であった。
- 4) 継続的に長期間相談支援できる環境や、主治医面談への同席の回数が多いことは、相談支援件数は増加に寄与した。
- 5) モニタリング委員会の設定した400例のうち397例(99%)の相談支援が実施された。相談

員を中心にした体制は実現可能性が高いことが示された。

- 6) 当該病棟に入院した患者の約 17%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 1.0 時間、カンファレンスは 1.3 時間、病状説明への同席は 0.5 時間であった。
- 7) 人生の最終段階における相談員とのコミュニケーションについて、患者は、自らの希望がより尊重され有用であると考えており、将来の悪いニュースについて率直に話しをすることに最初は戸惑いを感じつつも、その重要性について十分に認識していた。
- 8) 相談員は、E-FIELD 研修プログラムで自信を深め、相談事業を通じてその有用性を実感していた。また、事業を通じて人生の最終段階の相談支援における、自らのそして周囲の医療者のよい変化を感じていた。
- 9) あらかじめ事前指示の表明されていた割合は約 10%であった。相談内容については、初期の段階から、生命維持治療等について直接的に話題にするのではなく、全体的な医療の希望・いのちの考え方など価値観にそって徐々に話題提供される傾向が明らかになった。病気のステージの進行により、次第に詳細な内容、例えば、生命維持治療の実施、差し控え、中止といった具体的な内容が語られるようになっていった。
- 10) この事業を通じて、研修プログラムの有用性が示された。また、改訂に向けた意見が集約された。

10. 今後の課題と提言

1) 平成 26 年度事業を踏まえ進むべき次のステップ

a) 組織化の推進

本年度の知見をもとに相談支援の導入をスムーズに行う。下記の方法を提言できる。

1) 導入方法の確立

a. 主治医面談相談員同席法

- ① 病棟スタッフ等のスクリーナーが、心身状態が不良等の除外基準にあたらない患者家族を選ぶ。
- ② スクリーナーが、相談員の役割と参与について説明し、主治医面談への同席の同意を得る。
- ③ 面談日時をホワイトボード等へ書き込んで、病棟の医療者全員に周知する。
- ④ 相談員は、主治医面談に同席し、面談後に患者家族の気がかり等を傾聴する中で相談支援を導入する。

b. 病棟スタッフ相談員連携法

- ① 病棟スタッフ等のスクリーナーが、意思決定能力があり、病状が軽快傾向にある患者家族を選ぶ。
- ② スクリーナーが、相談員との面談を促し、希望された場合、面談日時を調整する。
- ③ 相談員は、相談支援を導入する。

※ 相談員の背景職種に制限はないが、a)では、医療に長けた看護師、b)では生活支援に長けた医療ソーシャルワーカーが最適だろう。

2)継続方法の探究

本年度は明らかにならなかったが、表明された患者の意思を継続する方法を明らかにする必要がある。平成 27 年度は、地域に目を向け、相談員が地域と連携しながら患者の意思を繋ぐ。逆に地域に拠点を置く相談員が、病院と連携しながら、患者の意思を繋ぐ。平成 27 年度事業においては、在宅療養支援診療所の参入が望ましい。

平成 27 年度の評価実施機関は、患者の意思をいかに繋いでいくかに留意して事業評価にあたるべきだろう。

b)有用なコミュニケーションスキルについてのエビデンスの構築

平成 26 年度、患者家族に対する人生の最終段階におけるコミュニケーションは比較的侵襲も小さく、患者家族はその有用性を感じており実現可能であると考えられた。一方、本年度は比較的コミュニケーションスキルに長けた医療者が選ばれたためこのような結果になった可能性もあり、広く日本全体に普及されるために、平成 27 年度は、当該領域に必要なコミュニケーションスキルについてのエビデンスを構築することが望ましい。

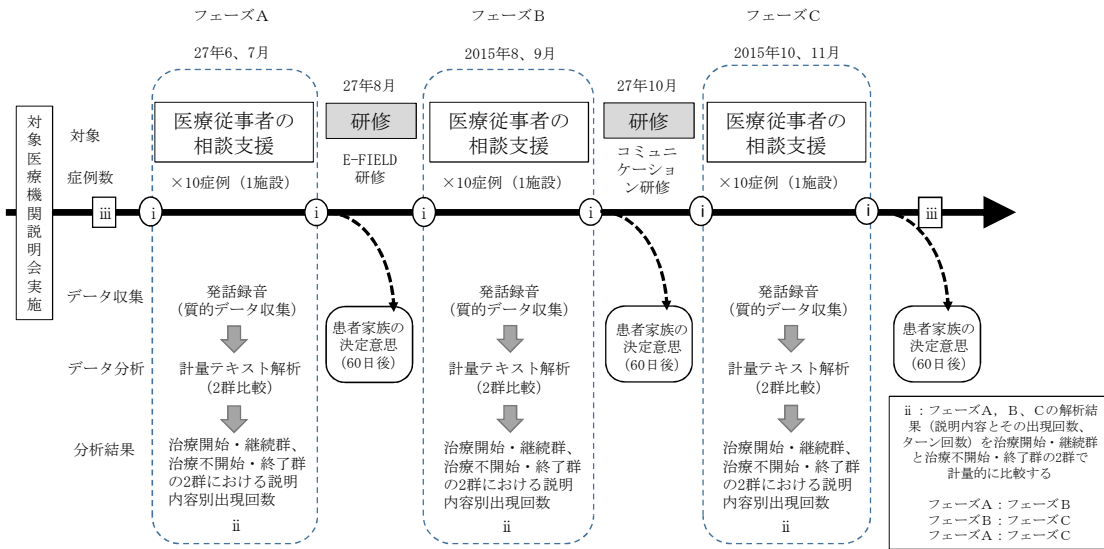
具体策としては、下記の方法を提言できる。これは、平成 26 年度の第 2 回モニタリング委員会でも提案された計画でもある。平成 27 年度の人生の最終段階の医療体制整備事業において、フェーズ A、E-FIELD 研修、フェーズ B、コミュニケーション研修、フェーズ C の順に事業をすすめる(下図参照)。E-FIELD 研修とコミュニケーション研修の前後で、フェーズ A、フェーズ B、フェーズ C の相談支援を実施する。相談支援の会話記録を録音し、それを、データマイニングソフト等を使用し、定量的に質的解析する。3つのフェーズにおいて、例えば、療養・最期の場所の選択を例に挙げると、患者家族の希望する場所を選択できた場合、できなかった場合で、会話記内容が異なるだろうと仮説を立てることができる。言い換えれば、患者家族の希望する場所を選択できた場合の、会話内容の特徴を抽出することで、コミュニケーションスキルを提案できる。また、フェーズ A、フェーズ B、フェーズ C において、各々で比較すれば、どのようなタイプの研修が、コミュニケーションスキルの獲得に有用かといったデータを得ることができる。

患者家族の人生の最終段階における難しい医療選択の際の、相談支援の会話記録から、データマイニングソフト等を使用し、有用なコミュニケーションスキル、その習得のために有用な研修タイプを、定量的に質的解析することができる。

平成 27 年度の評価実施機関は、本研究について実績の豊富な研究機関、又は研究者と協働して事業を進める必要がある。

人生最終段階における治療に関する医療従事者の知識、説明内容、コミュニケーション技術が患者・家族の意思決定に与える影響に関する前向きコホート研究

別添(アウトライン)



- アウトカム
- i 相談支援実施前後の意思決定に関する比較
 - ii 研修前後の相談支援（フェーズA, B, C）による群間の説明内容別出現数の比較
 - iii 延命に関する治療の開始・継続をする患者数、または不開始・終了する患者数の（病床数に対する）割合の比較

c) 相談員が有用であるというエビデンスの構築

2025年問題を見据えて、日本でも、相談員を介入群とするランダム化比較試験により、本事業の要である相談員の有用性を示す必要がある。文化差の大きな領域であり、日本で実施する意義は大きい。先行研究を参考にすると、被験者400人規模になるだろう。これは、この事業の枠外での実施が妥当かもしれない。

具体策としては、平成27年度に特定地域において、平成26年度人生の最終段階の医療体制整備事業に準じた実践を行う。当該地域での相談支援の実現可能性をみる。実現可能性の評価基準は、平成26年度の本事業の相談内容シート数等を参考に判断する。もし、特定の地域でも実現可能性があると判断されれば、平成28年から平成30年の3年間で、相談員の相談支援を介入群とするランダム化比較試験を実施する。

本研究、特に平成28年度からの3年間のランダム化比較試験にあたっては、経験の豊富な研究機関、又は研究者と協働して進める必要がある。

d) アドバンスケアプランニングの普及啓発

「病状が悪化した時のことを予め考えるなど縁起でもない」とか「その時になったら考えればよい」といった患者・家族の意見もないわけではない。一方、「先のことなど考えたこともなかったが、自分の意思が尊重されると実感でき、家族に言い残すきっかけになった」という意見も多い。前者に配慮し、後者の意見をくみ上げACPを普及啓発する必要がある。市民公開講座、マスコミ報道等

はよい機会になる。これらにより、患者の意思を尊重する ACP が普及するだろう。

平成 27 年度の評価実施機関は、事業実施医療機関と協働して、本事業に関連した啓発活動等を推進することが望ましい。具体的には、平成 26 年度の事業実施者である 10 医療機関や、E-FIELD プログラム作成や、平成 26 年度事業推進に関わった有識者の協力のもと普及啓発のための講演会などを支援する必要がある。

11. おわりに

平成 26 年 7 月 25 日から平成 28 年 3 月 31 日までの約 8 ヶ月間、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 医療機関の相談員の皆様、相談員を支援して頂いた病院スタッフの皆様、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、前向きの推進力だけで一気に進めることはできなかった。人生の最終段階の難しい医療選択に関わるため、時には歩みを止め、周囲の医療ケアチームとの連携を確かめ、時には言葉を選び、患者家族の気持ちに最大限配慮する必要があった。相談員は、自分 1 人ですすめることのできない無力感や、周囲の医療ケアチームへの感謝や、患者家族に対してコミュニケーションによって負担を与えはしないかと心配しながら経験を積んだと思う。人生の最終段階の医療ケアにおけるアドバンスケアプランニングやエンドオブディスカッションについて、国の事業としての第一歩を踏み出すことができたのも、10 医療機関の皆様のおかげだと思う。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、組織化が進められている。人生の最終段階の医療ケアについて、書面に記す時代から、対話のプロセスを重視した時代、そして医療体制を整を組織化する時代へと向かう潮流がある。

日本においても、この事業をきっかけに、10 病院から、いくつかの事前指示書の書面が提案された。また、対話のためのコミュニケーションのありかたについては、E-FIELD プログラムも完成し、実践経験を積むことが出来た。組織化についても、当初提案された臨床倫理委員会の設置に加え、医療機関によっては倫理的判断支援機能をもった医療ケアチームも構築された。また、観念的な組織構築にとどまらず、各医療機関が試行錯誤の中、苦労しながら構築した連携構築のノウハウが蓄積された意義は大きい。これは、評価医療機関としての切なる願いだが、10 医療機関には、この領域の先駆者として、日本の人生の最終段階の医療体制整備を牽引していただきたい。今後、日本国内の各医療機関から視察要請などあれば、時間の許す範囲で協力してほしい。そして、2025 年問題を見据えて待たなしの今、真の意味で、個人の尊厳が重んぜられ、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を中心とした取組みが、日本全体に広がって行くことを願ってやまない。

12. 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。)

13. 参考資料（添付）

- ・相談内容シート
- ・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