

議事録

第3回 西尾市「はあと」在宅ケアチームカンファレンス

Advance Care Planning (事前ケア計画) ～患者の希望によりそった医療とケアの連携～

日時：2016年11月9日(水)

場所：デイサービス「はあと」：西尾市一色町対米船原 61-1

参加者：63名 →内訳 ケアマネージャー 24名、看護師 17名、介護福祉士 3名、理学療法士 3名、柔道整復師 3名、生活相談員 1名、薬剤師 3名、保健師 1名、医薬情報担当者 2名、医師会在宅医療サポートセンター1名、医師 5名

内容(以下当日のスライド)

① Advance Care Planning (事前ケア計画) とは

■1990年頃に出てきた考え方で、米国やカナダ・オーストラリア・北ヨーロッパなどで発展した。

■リビングウィル

- ・医療に関する患者の指示や希望をあらかじめ表明した文書
- ・受けたくない治療や受けたい治療を明らかにしておく
- ・リビングウィル認知度は一般の方では5割強、医療・介護職では7～8割の認知度である。

■Advance Directives (事前指示)

- ・リビングウィルに加え、患者が決断を下すことができない状態に陥った場合に本人の代わりに決断を下す人(代理人)を指名するための文書。→欧米を中心とした諸外国で法制度が整備されている

■Advance Care Planning (事前ケア計画) とは？

- ・将来受けたい医療やケア・受けたくない医療やケア
- ・自分の代わりに医療やケアの決定をしてもらいたい人の指名
- ・希望する看取りの場所
- ・患者本人の価値観や思想信条・宗教に基づく希望

→など、上記全てが含まれる

・Advance Care Planning(ACP)では、患者の希望や価値観に沿った将来の医療・ケアを具体化することを目標にしている。従来の Advance Directives (AD)では補いきれなかった部分に力点が置かれている。

- ・ACPは患者・家族・医療従事者が話し合う (ADは患者本人が決める)

■日本でもACPを導入している病院がある

・国立長寿医療研究センター(大府市)では、患者・家族・医療従事者が終末期の医療について話し合い、その結果に沿って治療・ケアを行うACPを導入している。

- ・終末期の患者とその家族を支援するチームが作られている。

■ACP が有効であるデータ(BMJ 2010;340:c1345)

・ACP 群ではコントロール群よりも終末期医療において患者の希望が尊重され、遺族の満足度も高かった。

■患者の意思がわからないと・・・(静岡県医師会が多職種の方々へ行ったアンケート結果より)

・リビングウィルが不明瞭なまま救急搬送される患者に望まれない医療が提供されることがある (退院支援看護師)

→在宅療養時からかかりつけ医と患者家族とのコンセンサスがほしい

② なぜ日本人は意思表示ができないか

■日本人のリビングウィル所有率

・アメリカでは国民の 41%がリビングウィルを表明しているが、日本では 0.1~3%のリビングウィル保有率。

■Q:あなたは自身の死が近い場合に受けたい医療・受けたくない医療について家族とどのくらい話し合ったことがありますか？

・詳しく話し合っている : 2.8%

・一応話し合ったことがある : 39.4%

・全く話し合ったことがない : 55.9%

■宗教の違いによる死生観も影響しているか

・キリスト教では週末教会で礼拝を行い、生死について考える時間があるのに対し、日本人の 57%が「無宗教」との調査結果もある。

③ 医療と介護の連携

■西尾市吉良幡豆地区 第1回地域包括ネットワーク会議より

・医師との連携に関する問題点 : 介護職(ケアマネ)が病院勤務医・開業医との連携がとりづらい。

・家族との連携に関する問題 : 患者/家族の状況や意向に関するケアマネからの情報が十分でない→現場で誤解や食い違いが生じる。

■日本心不全学会のシンポジウムより(心不全の在宅医療における多職種連携)(2016年10月)

・医師 : 患者さんの意思確認の方法の一つにリビングウィルがありますが、どのタイミングで切り出していますか？

・病院看護師 : 私たちがリビングウィルについて話をすると、患者さんに死を意識させてしまうためか、ひかれてしまうことがあります

・在宅医療に関わる看護師(クリニック勤務) : 私たちのクリニックでは訪問開始時に同行するソーシャルワーカーから事務的にリビングウィルについて切り出します。医療職が聞くよりも患者さんの抵抗がありません。

→ACP を使って患者さんのためによりよい連携ができないものか・・・

④ ACP の聞き取り症例

■私が残念に感じた症例(症例1) 78才男性 直腸癌(末期)

末期がん・寝たきりで腹腔内膿瘍に対してドレーン留置された患者。

週1~2回の訪問診療を行っていた。徐々に体力・食欲は低下し、本人は「**自宅で最期を迎えたい**」と言っていた。

しかしながら容態悪化した際に家族は病院への救急搬送を依頼され、搬送5時間後に亡くなられた。

■理想と現実

Q: あなたが治る見込みがない病気になった場合、最期はどこで迎えたいですか？

自宅 : 54.6%→理想

病院 : 27.7%

戦後は自宅で亡くなる方が 80%、医療機関で亡くなる方が 10%であったが、昭和 50 年ごろにほぼ同数となった。

以後さらに病院死が増加し、**現在は医療機関で亡くなる方が 80%、自宅で亡くなる方は 10%強ほどである (→現実)。**

■Advance Care Planning のききとりを行った患者：(症例 2) 93 才男性 慢性心不全

リビングウィルをずっと聞くことができずにいた患者への ACP 聴取

<リビングウィルを聞くことができなかった理由>

娘：とにかく元気な状態でいてほしい (死を前提とした話をさせてもらえない)

長男夫妻：本人に死をイメージさせるようなことを言うと気力がなくなってしまうのではないか・・・

心不全の増悪から入退院を繰り返していたが、訪問診療開始後は 1 年以上入院もなく自宅で過ごすことができた。本症例は慢性の内科疾患(心不全)である。癌患者さんでは亡くなる時期が予測しやすいが、慢性の内科疾患では、亡くなる時期が予測しづらい。

→そのためリビングウィルについて切り出しにくい

そこで、ケアマネージャーから ACP の説明をしてもらったところ、**患者の希望を聴取することができた。**

→医療者が話をするよりも介護職からの話のほうが、**患者/家族は受け入れやすいのではないか。**

■これからの地域包括ケアシステム

Advance Care Planning を取り入れることによって、より患者・家族に寄り添うことができるのでは・・・