

【看取り支援に関する専門部会】

●第1回：平成30年1月17日（水）

<議題>・看取りの現状と課題について

●第2回：平成30年2月15日（木）

<議題>・神戸大学医学部附属病院 緩和支援診療科 木澤義之特命教授による講演

○アドバンス・ケア・プランニング (ACP) 「いのちの終わりについて話し合いを始める」

<主な意見>

- ・地域の診療所で在宅看取りをしているが、看取りは医師同士が連携することで医師自身の時間的束縛や精神的負担が少なくなる。
- ・患者を看取った後の遺族へのグリーフケアも大切である。
- ・自宅や施設看取りを増やすには、在宅死が選択肢の一つであるという市民啓発や、人が最期を迎えることがどういうことなのかを市民が理解する必要がある。家族や専門職の不安解消も大切である。また、看取りをする訪問診療医やホスピス等医療関係者とケアマネジャーが連携できるガイドラインの作成も必要。
- ・リハビリがメインの訪問看護ステーションが増えており、終末期になると対応できない訪問看護ステーションがある。
- ・終末期にも関わらず介護保険サービス上の訪問リハビリが多く提供され、訪問看護が夜間に呼ばれても介護保険利用限度額を超えていて提供できず、看取りに合わせたケアプランが作成されていないことがある。看取り期のサービスの使い方を制度的に考える必要がある。
- ・がん等で、保険外診療に多額のお金を使ってしまい、末期の在宅医療で、お金が残っていない人もいる。
- ・介護老人保健施設ではターミナルケア加算が認められ、看取りにかかる費用負担が軽減されたが、施設長の方針や協力がないと施設看取りは難しい。
- ・特別養護老人ホームは「終のすみか」のはずだが、看取り数の実態調査では0~50件までばらつきがあり、利用者側からは、どこの施設が看取りのできる施設なのか分からない。
- ・重症患者の看取りの大変さを十分に理解せず受け入れる場合があるので、施設ごとにそれぞれ研修をするのがよいのではないか。
- ・看取りのスキルのない医療職もいるし、医療的なアセスメントのできないケアマネジャーもいる。神戸市が中心となってケアマネジャーを含め介護職に研修するべき。
- ・ケアマネジャーの終末期のケアマネジメントに関する試験や教育が必要ではないか。その際、行政で介護保険制度における規制の上乗せをすることは難しいので、介護サービス協会で、ルール作りをしてはどうか。

<今後の方針>

- ① 人生の最終段階における医療・介護に関する意思決定を支援するため、ACP を医療介護従事者へ普及するための方策を検討する。
- ② 自宅や施設での看取りを含めた在宅医療に関する市民啓発の先行モデルを把握し、チラシ等の啓発物の作成及び市民啓発の仕組み作りについて検討する。
- ③ 施設看取の実態調査、及び医療介護従事者への看取りに関する研修の検討

(1) 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解説

- ① 終末期医療の中止、差し控えのためのガイドラインである。
- ② 一人で決めない、一度に決めない、多職種で関わる
- ③ 患者が十分な意思決定能力（理解、認識、論理的思考、表明）があるかを評価
- ④ 患者との対話が可能な場合、患者・家族・医療者で意思決定に向け継続的に対話
- ⑤ 患者との対話が困難な場合、患者の推定意思を知ったうえで、多職種で検討

(2) アドバンス・ケア・プランニング（ACP）について

- ① 今後の治療等について患者・家族と医療従事者が予め話し合う自発的なプロセス
- ② 終末期においては、約70%の患者で意思決定が不可能
- ③ 米国で9,000人の患者を対象とした比較試験において、アドバンスディレクティブ（リビングウィルなどの事前指示書＝AD）は有効でないとの結果。家族など代理決定者がADの作成に関与しておらず、患者がなぜその選択をしたか、その理由や背景、価値が不明であるのが要因（ADの書類があっても役立たない）。ADからACPへ。
- ④ 国民の意識調査では、人生の最終段階の医療について、家族と話し合ったことがある割合は3%、実際に事前指示書を作成しているのも3%。70%の人は予め、自分の治療やケアについての希望を書面に記載しておくことに賛成している。
- ⑥ ACPの効用
 - ・患者の自己コントロール感が向上・病院死の減少・代理決定者と医師とのコミュニケーションが改善・患者と家族の満足度向上による遺族の不安や抑うつが減少
- ⑦ ACPの課題
 - ・患者が将来を予想するのが困難・患者の意向が変化・臨床に活かすのが困難
 - ・患者、家族にとってつらい体験となる可能性・時間と手間がかかる
- ⑧ ACPのタイミング
 - ・健康な人には、ACPを知ってもらうのを目的に、ライフイベントにあわせて行う。
 - ・病気を持った人には、予後1年を一つの目安として実施
 - ・早すぎるACPは、1～2年経つと違う選択をする。覚えていないことがある。
 - ・遅すぎるACPは、患者が話し合うことを避ける傾向にある。
 - ・ACPは見直しが必要。特に健常人では約半数の意向が変わる。
 - ・この患者が1年以内に亡くなって驚かないなら、ACPを開始すべき。
- ⑨ 実際の進め方
 - ・代理決定者を選び、価値を話し合う（適切な時期を選ぶ）
 - ・病気に直面した際に、治療及びケアの目標や具体的な内容について話し合う
- ⑩ 日本で一番進んでいるのが千葉県松戸市の「ふくろうプロジェクト」。介護保険申請者を対象に、不必要な救急搬送を減らすことを目的としたランダム化比較試験で慶応大学の公衆衛生学教室が協力。約2,000人が参加。来年度に結果が出る予定。希望搬送先として、①救命救急医療を提供する病院、②苦痛を減らす医療をする病院、③苦痛を減らす治療を受けながら自宅や施設で過ごしたい、の3つの選択肢から選んで、「ふくろうシート」に本人の意向を聞きながら、地域包括支援センターが記載。それをQRコード化して、カードとステッカー（冷蔵庫に貼る）を発行。