

第14回八幡浜在宅医療研究会
ACPはプロセスであることの重要性
～地域で・多職種で支える意味を考える～

医療法人社団家族の森 多摩ファミリークリニック
大橋 博樹

Profile

- 2000年獨協医科大学卒業
- 武蔵野赤十字病院で初期研修の後、聖マリアンナ医科大学総合診療内科に入局
- 筑波大学附属病院総合診療科、亀田総合病院家庭医診療科で研修
- 2006年4月より川崎市立多摩病院総合診療科医長
- 2010年4月多摩ファミリークリニックを開業
- 東京医科歯科大学臨床准教授
- 聖マリアンナ医科大学非常勤講師

当院の紹介

- 川崎市多摩区登戸に2010年開業
- 内科・小児科・外科を標榜
(総合診療や家庭医療は院外標榜できないため)
- 常勤医師3名・看護師5名・薬剤師1名体制
(処方完全院外処方)
- 1日150名の外来患者と120名前後の訪問診療患者を担当



2018/2/16



2018/2/16



2018/2/16









2018/2/16



2018/2/16





2018/2/16



2018/2/16



2018/2/16





2018/2/16

今日のメニュー

- これまでの意思決定とは？
ADとACP
- ACPの実践方法（意思決定支援用紙を用いて）
- 当院での事例紹介
- 退院支援とACP

こんな経験ないでしょうか？

- ある日の昼過ぎ、地域の基幹病院の退院支援担当者から電話
- 「72歳の男性なのですが、肺がんで化学療法をしていたのですが、効果に乏しく副作用の嘔気も強くて食欲不振になり、家族の不安もあって10日前に入院となりました」
- 「化学療法を中断して、補液で経過をみたところ、嘔気は改善して、食欲も戻りました」
- 「主治医と本人・家族が相談し、こんなに辛い化学療法なら、もうやらない方がいいという結論になり、BSCの方針となりました」
- 「明日、退院の方針となりましたので、訪問診療をお願いしたいのですが・・・」

本人・家族と面談すると・・・

- いや～、化学療法やめたら逆に元気になりました
- 大学病院の先生も「これからは病気と仲良く付き合って行きましょう」と言ってくれました
- あと残り少ない人生ですが、旅行に行ったり、やりたいことを妻と一緒に考えます

???

紹介状には・・・

- 肺がんは徐々に大きくなっており、がん性胸水も貯留している
- 今後全身衰弱や呼吸困難感は必発
- 予後は3ヶ月程度

- 本人や家族の認識と違う??
- 恐らく、本人の最期を迎える場所・迎え方については話し合っていない感じ・・・

今までの考え方だと・・・

- 肺がんに対しては積極的治療は望まない
- つまり、BSC(Best Supportive Care)
- ということで、大学病院の使命は終わりました
- あとは、よろしく
- いよいよ終末期になったら、当院での入院も可能ですが、急性期病院なので長期の入院はできません、できれば緩和ケア病棟や在宅看取りを勧めてください

BSCを確認 DNARを取った

- 急性期病院ではベッドの回転が重要、そして積極的治療を行う患者を重視
- BSCやDNARを確認することは、自分たちの責任の範囲から離すことを意味する？
- 特に多忙な若手医師や若手看護師にこのような考えが染みついていることが問題

→これをACPのプロセスのないADの作成と言います

Advance Directive（事前指示）とは？

- 判断能力のある成人が将来自分（本人）の判断能力が低下または消失した時に備えて、自らに施される医療に関する希望や拒否などの意向を指示しておくもの
- 米国やカナダではADを「自己決定の明確な証拠」として法制化
- ADに関わる情報の提供や説明、教育、診療録への記載を義務化

→契約書締結のようなイメージ

ADの内容

- **内容的指示**

生命の危機に直面するような重篤な状態になった場合にどのような治療や医療処置を希望するか？または希望しないか？

→これを一般的には「**リビング・ウィル living will**」と言います

- **DNAR(Do Not Attempt Resuscitate)**

心肺停止状態に陥ったとき、心肺蘇生術をしないという意向
死が予期される不可逆的疾患の終末期などで蘇生の可能性がほとんどないことが前提

- **代理人指示**

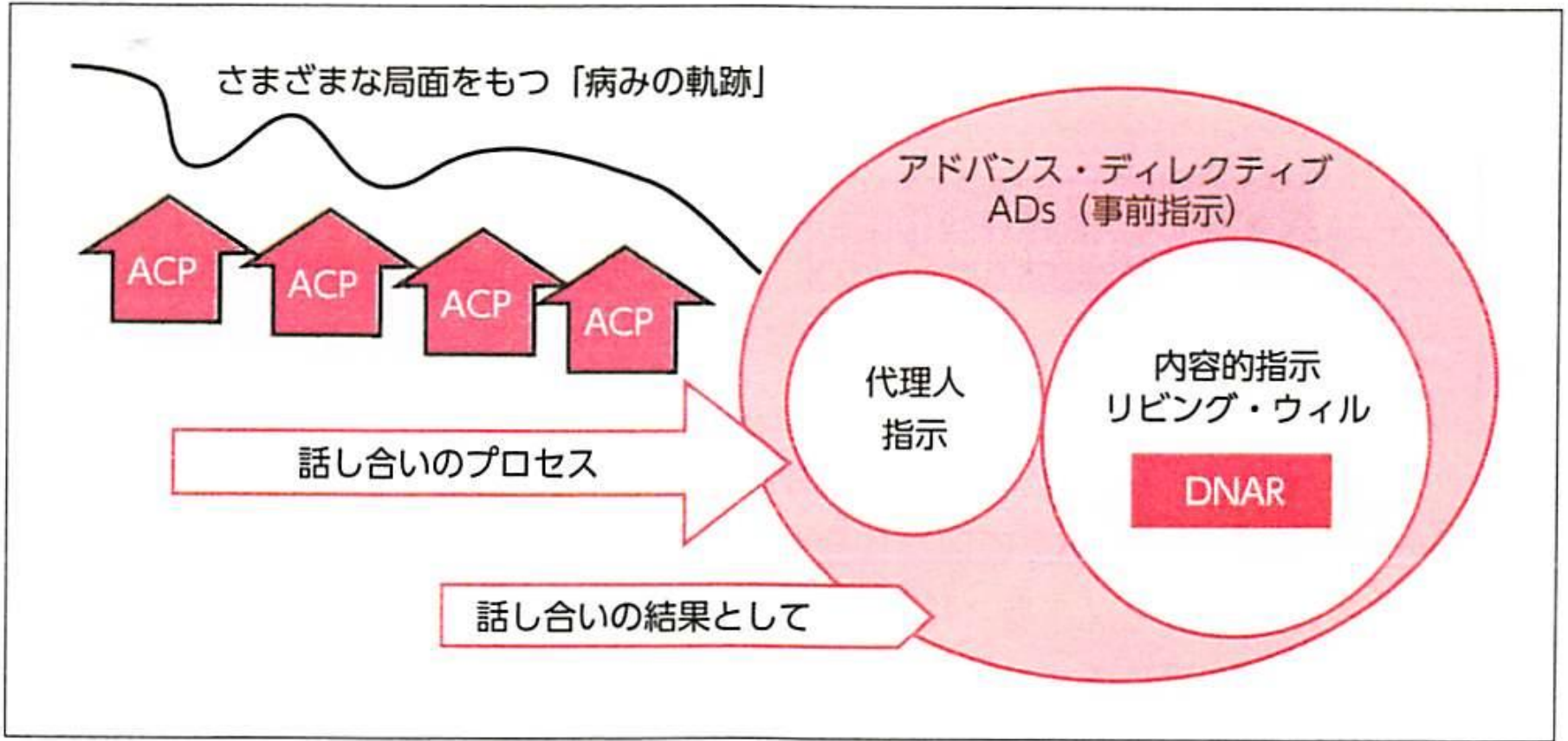
医療に関する判断を自分自身で行うことができない時に、本人に代わって医療に関する意思決定を行う人を事前に指名

内容的指示・DNAR・代理人指示

- このような重要な内容を一気に決めてくださいというのが、急性期病院入院中のAD作成です
- これって不可能じゃないですか？
- 入院中に決まっていなくて当然（病院の医師を責めるのは??）
- でも、とりあえず決めちゃっているのが現状なのです

内容的指示・DNAR・代理人指示

- これらは、患者さんのこれまでの人生や家族背景など様々な要因が関与します
- そして、一度決定しても、何度も変更して構わないのです
- ADはあくまでもその時その時の結果です
- 大切なのはその決定に至ったプロセス
- それがAdvance Care Planning(ACP)なのです



ACPの3つのステージ

- **第1ステージ（健康であるとき）**
死生観・人生観・倫理観の育成→教育としてのALP(Advanced Life Planning)
- **第2ステージ（壮年期や高齢期）**
慢性疾患はあっても深刻ではない→ALPとACP
病気と生活との折り合い、人生の最終段階の医療・ケア、最期の場所の選択
- **第3ステージ（病状が深刻）**
急性期病院や終末期医療におけるACP
人生の最終段階の医療・ケア、最期の場所の選択
主治医と治療計画を話し合うエンドオブライフディスカッション（EOLD）

→可能な限り、第2ステージからの関わりが重要
かかりつけ医やケアマネなど、普段から気軽に相談できる存在がいるか？

あなたはそのような存在になっていますか？

がん治療医はACPが苦手？

- 日本のがん治療医670人に調査
抗がん薬治療が効果がなくなってきたときに、
抗がん薬治療の中止を患者へ告げることが負担・・・47%
この負担のためにがん治療医を止めたいと考えたことがある・・・17%
- ACPのような精神的負担を避け、患者の「回復への誤った楽観」を誘発してしまうことも
- 治療の始めに「完治は難しい」と説明しても、ACPを避けることで「私はもう治った（治る）のではないか？」と信じ込む
- 医師は「患者がたずねてこないのだから、知りたいとは思っていないのだろ
う」と考え、診察室では抗がん薬治療や検査の話ばかりを話題にし、予後や終
末期の話題は避けてしまう

がん治療医はACPが苦手？

- 心理的危機をお互いに引き起こすかもしれないACPについて話題にするよりも、目先の治療計画を話す方が、精神的な安寧を得られる（医療者も）
- しかし、状態が悪化した際には「こんなはずではなかった」という悲劇を引き起こす要因に

→このような医師と患者の関係性は「馴れ合い（collusion）」と呼ばれ、ACPの大きな障壁となります

treatment brokerによる早期の介入を

- 馴れ合いを打破するためには、第3者ががん治療医と患者の関
係に介入することが必要
- treatment brokerがACPを行う役割を担うことで、がん治療医
と患者間の関係性を壊すことなく、またがん治療医の精神的負
担も軽減できる
- treatment brokerは職種は関係ないが、家庭医・在宅医・緩和
ケア医などを中心とした、多職種チームが理想

→本日出席の皆さんが、treatment brokerなのです

では、実践にうつりましょう！

今回は「本人の意思を尊重する意思決定支援」
のフォーマットを使用してみます

本人の意思の3本柱

- **過去**：事前の意思表示（リビング・ウィル）はあるのか？
ACPのプロセスは開始されているのか？
→もしなければ、患者・家族の人生の物語を傾聴（ライフレビュー）する中で、本人の意思を推定する
- **現在**：発せられる言葉だけでなく、うなずく、目を背けるなどの微弱なサインも見逃さない
→時間をかえ、人をかえ、十分に苦痛が緩和された時の本人の意思が重要
- **未来**：その患者にとってのbest interest（最善の利益）は何かについて家族を交えて話し合う。延命した場合の生活は？療養の場所
は？家族の生活は？など具体的に

医学的判断

- 今後の予後や治療による改善の可能性について記載
- 本人・家族への説明内容も記載すべきだが、大切なのは「何を伝えたか？」ではなく、「どう伝わっていると判断されるか」が重要
 - 「本人の意思」や「家族の意向」との現状認識でずれが生じている場合は、まずその介入が必要になる

家族の意向

- 代理意思決定者は誰か？ 明確になっているか記載
- 家族の意向がそれぞれ異なる場合はすべて記載
→どの意向が本人に近いものなのかが支援を考える際のポイントになる

支援のポイント

- どのような支援が必要になるかを判断するために、多職種でのチームカンファレンスを開催
- そこでのディスカッションのテーマを記載
- 例) 「死んでもいいから食べたい」という本人の願いを叶えるべきか？
代理意思決定者が娘3人の中でどう決定を促すか？
本人の意思が聴取できず「何かをしないで欲しい」という家族のみの意向の場合はどうするべきか？

合意形成に向けた具体的アプローチ・結果

- チームカンファレンスや本人・家族との話し合いを通して、合意した事項を記載
- 合意できていない事項はそのように記載する
- ACPは結果（AD）が目的ではなく、話し合いの過程が重要

患者決定支援用紙を使ってみましょう

- 58歳女性
- 以前より慢性気管支炎を患っていたが、安静時も呼吸が少し苦しくなったとのことで、精査した結果、左主気管支に狭窄があり、肺小細胞がんと診断された。すでに副腎と縦隔リンパ節転移もあった。
- 化学療法を開始し、X線の所見は改善したが、3コース目の途中で右手の脱力が出現。多発性脳転移がみられ、放射線療法（全脳照射）施行、その後肺炎も併発し、全身状態が次第に悪化、化学療法は困難な状況になった。

58歳女性

- 苦痛を取るために鎮静をしていくかについて、本人と家族と相談することになった
(注：痛みがなかったため、オピオイドは使用しておらず、本症例当時は呼吸困難緩和目的のオピオイド投与は認められていなかった)
- 夫、娘の3人暮らし、娘は半年後に結婚を控えている

本人の意思

- **過去**：娘の結婚を控え、何とか頑張って治すと意欲満々
- **現在**：脳転移はあるが意識に問題なく、意思決定能力はある状態の中、症状が出て全身状態も悪化するに従い「もうだめ、楽にして」と、延命治療等に前向きでなくなっている
- **未来**：予後も日単位であり、最大限の治療をしても「娘の結婚式まで生きていたい」という当初の目的を果たすことは到底困難と予測されるが、本人もそれをすでに覚悟して受け入れているように見受けられた

医学的判断

- 全身状態が悪化しており、これ以上化学療法を続けることは患者への負担が大き過ぎる。ステロイド投与、酸素吸入等を行なっても呼吸困難は悪化しており、予後も日単位と考えられるため、積極的治療よりも鎮静も含めた緩和的治療を優先させるべき段階になっている
- 鎮静によって、死期が早まる可能性はあり、意識レベルを下げることでコミュにケーションがとれなくなるというデメリットがあるが、苦痛を感じないようにすることはできる

家族の意向

- 本人の現在の状態を受け入れられず「お母さん頑張って」と声をかけている
- 1ヶ月後の結婚式までには何とか生きてほしい
- 眠らせて話せなくなってしまうのは嫌だ

支援のポイント

- これ以上化学療法を続けることが困難な状況になり、今後残された時間の少なくなった本人のためにできることは、緩和的な手段に切り替えていくことであることを、家族に受け入れていただけるかがポイント
- 家族は本人に頑張ってもらいたいと思いつつも、苦しんでいるのはつらいと感じている
- 本人は死を受け入れる覚悟ができていると思われ、本人の楽にしてほしいという願いをかなえる鎮静を許容する気持ちになっていただけるように支援すべきだろう
- 家族にも後悔が残らないよう、本人を思う気持ちを大切なことだとして十分に受け止め、寄り添っていくことが重要

具体的実践

- 本人を交えて家族と話し合い、鎮静しなくても残された時間は短くて結婚式に参列するのは難しいことを説明
- 楽にしてほしいという本人の希望をかなえる唯一の手段が鎮静であることも説明
- 鎮静によって死期が早まる可能性もあるため、家族にとっては重くつらい決断であることを十分受け止めつつ、本人の希望を許容する気持ちになっていただけよう支援
- 本人は「先生苦しい、早く眠らせて」と訴え続けており、家族了承のもと、浅い鎮静から開始
- 数日間家族と穏やかな時間を過ごされた後、静かに息を引き取られた

ここで大切なこと

- 本人の意向が一番大切です
特に本人が拒否の意思を示しているときは、家族が希望してもそれを尊重します
→そのためには家族を説得することが意思決定支援になります
- ただし、本人・家族が医学的判断（特に予後や今後悪化するとどうなるか）をよく理解していないで判断していると思われる場合は、本人・家族の意向が正確でない場合があるため、注意が必要です（再度、主治医からの説明が必要）

ここで大切なこと

- 本人・家族の意向を支援者側が勝手に想像していないか？常に注意
しまししょう
→特にかかわっている期間が短い場合、ベテランの支援者の場合注
意が必要です
 - 自宅で看取るのが必ずしもベストではありません
 - ALSの方に呼吸器を装着するのが常にベストではありません
 - 積極的な治療を本人が常に望むことを否定してはいけません
- 支援者側の「こうだったらいいのに」「おそらくこう考えているだ
ろう」は時として、本人や家族を苦しめることになります

当院での事例から

[事例] 70歳代後半 男性

[現病歴] ○△年5月より当クリニックに紹介受診され、糖尿病、高血圧、脂質異常症、糖尿病性腎症の加療継続にて通院開始となった。

○△+5年3月に腎機能悪化及び浮腫の増悪が認められ、○○病院腎臓・高血圧内科に入院となった。透析療法の適応であったが、本人の希望にて透析導入せず、保存的治療方針となった。

退院後は、末期腎不全の経過観察目的の為、当クリニックにて訪問診療を開始することになり、外来診療（診療陪席、薬剤師外来）から継続して訪問診療同行という形で関わることとなった。

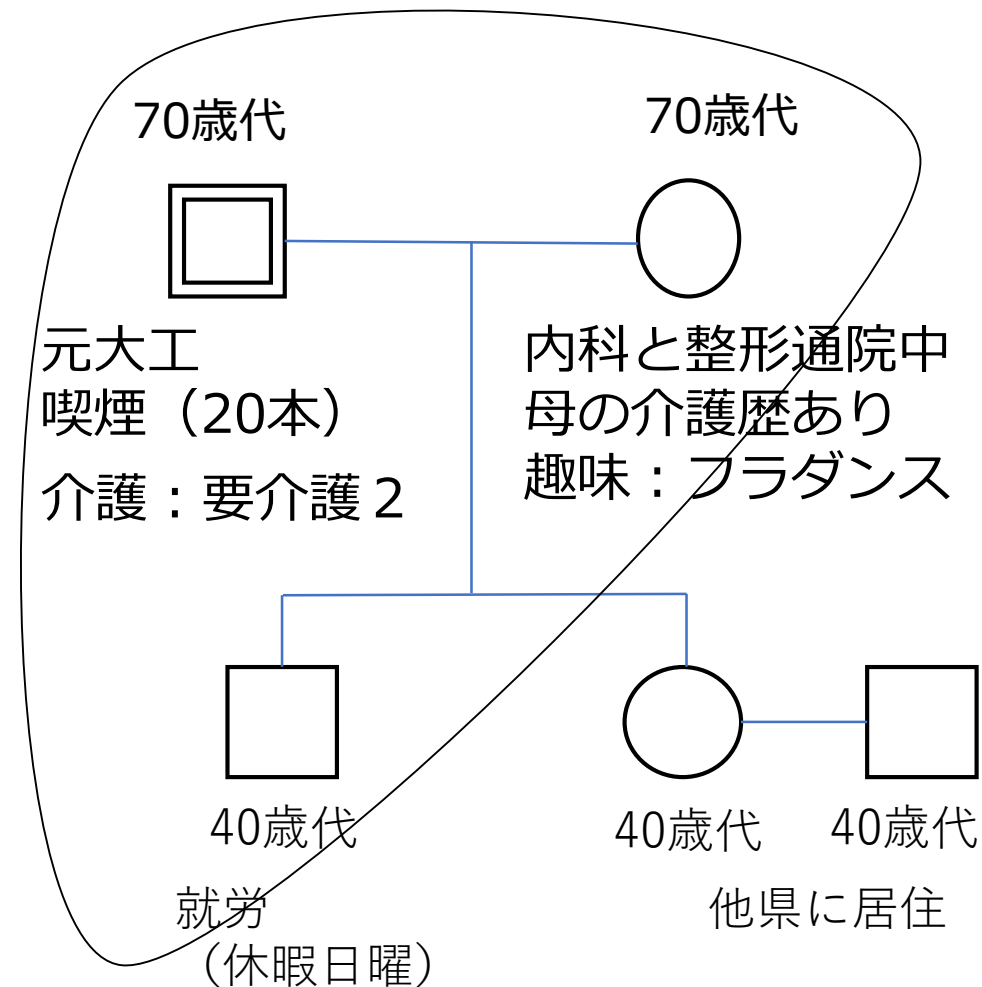
【既往歴】

右大腿骨骨折、網膜中心静脈閉塞症、
心房細動

【服用薬】

ワルファリン錠1mg 3錠
分1朝食後
フロセミド錠40mg 1錠
分1朝食後
エナラプリル錠5mg 1錠
分1朝食後
ランソプラゾール15mg 1錠
分1朝食後
アトルバスタチン錠5mg 1錠
分1朝食後
アムロジピン錠5mg 1錠
分1朝食後
ビルダグリプチン錠50mg 1錠
分1朝食後
センノシド錠12mg 1錠
分1眠前

【家族構成】



《事例経過 1》

訪問診療開始 2 週間後

下腿浮腫の増大
腎機能悪化
→利尿薬の増量
カリウム吸着薬開始

患者の状態悪化
不穏症状

医師より予後説明
・透析導入しない場合
腎不全増悪による肺水腫や呼吸不全、多臓器不全が生じる。心房細動による脳塞栓のリスク。
“予後1年は厳しい”
・透析導入
症状緩和、予後の延期は期待

妻「もうあきらめて透析をしてほしい。動けなくなって自宅で介護をすることはできない」

訪問診療開始1ヶ月後

本人「このまま死んでもいいんだよ」
妻「本人の生きたいようにすればいいかなと思ってきました。仕方ないですね。」

透析導入に対して前向き発言があり、全身倦怠感、呼吸困難があり、再入院となった

《事例経過 2》

再入院

腎不全による体液量過剰は利尿剤にてコントロールされ、呼吸困難などの症状が改善

退院

ニフェジピンCR40mg/day
フロセミド120mg/day

浮腫

→利尿薬の増量

不眠・不穏行動

→リスペリドン、ニトラゼパム

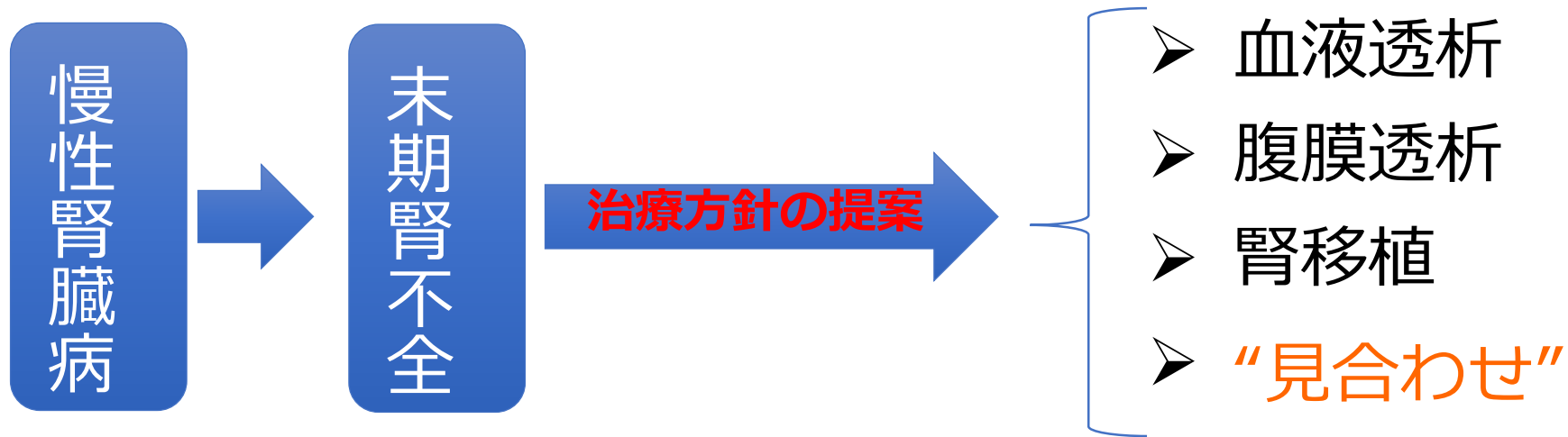
妻の介護疲れ：ショーステイ

体液過剰による呼吸困難などの症状が改善したが、**透析拒否の意思は再度強くなり**、家族もその方針に同意

訪問診療再開

体液量過剰による浮腫
尿毒症症状・不眠・不穏行動
妻の介護疲れ

徐々に経口摂取は落ち
終日ベット臥床
意識状態は徐々に低下



「維持血液透析の開始と継続に関する意思決定 プロセスについての提言」

提言 1:患者への適切な情報提供と患者が自己決定を行う際の支援

- 1) 医療チームは患者に“十分な情報を提供する”
- 2) 医療チームは患者から“十分な情報を収集する”
- 3) 医療チームは患者が“意思決定する過程を共有して,尊重する”

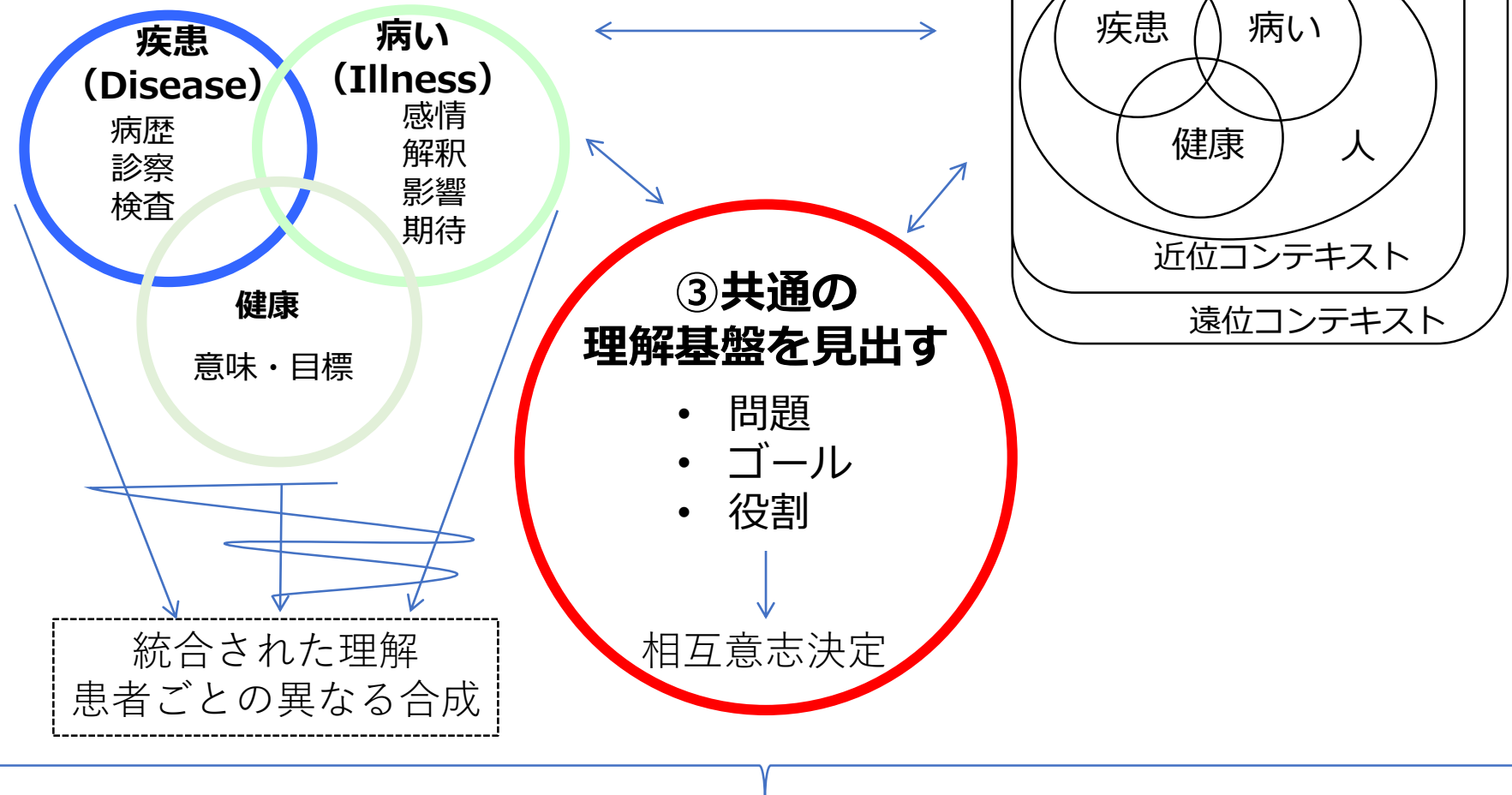
提言 2:自己決定の尊重

- 1) 患者が“意思決定した治療とケアの方針を尊重する”
- 2) 現時点で判断能力がなくなっている場合でも,判断能力があった時期に本人が記した事前指示書が存在する場合には,患者が希望した治療とケアの方針を尊重する
- 3) 判断能力がある患者が維持血液透析を開始する際には,事前指示書注を作成する権利があることを説明する

患者中心の医療の方法 (Patient Centered Clinical Method : PCCM)

①健康、疾患、病いの経験を探る

てがかり・きっかけ



②全人的に理解する

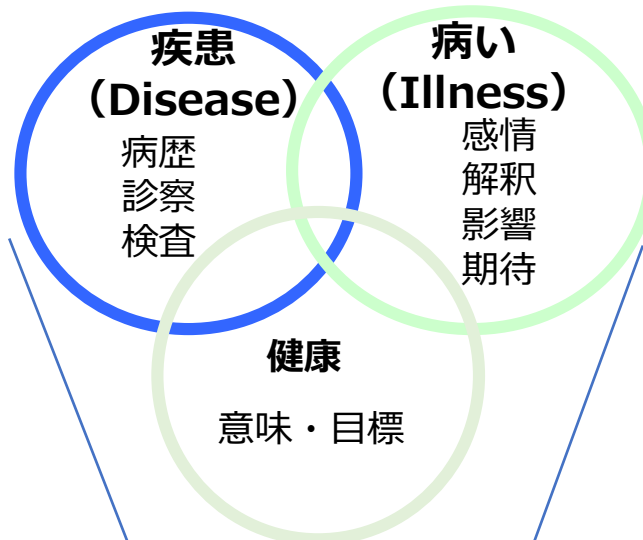
④患者—医師関係を強化する

患者中心の医療の方法

(Patient Centered Clinical Method : PCCM)

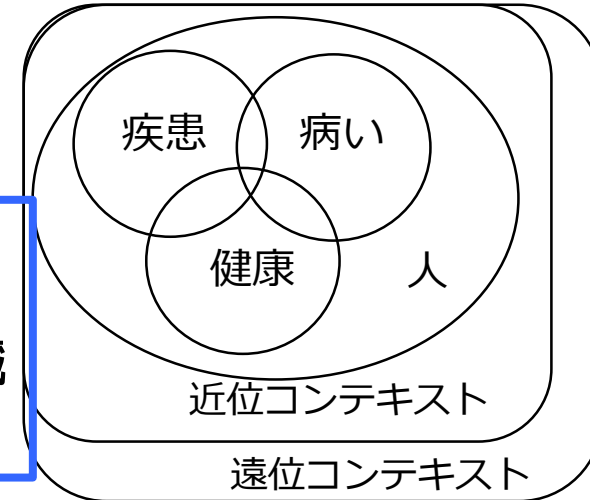
①健康、疾患、病いの経験を探る

てがかり・きっかけ



統合された理解
患者ごとの異なる合成

②全人的に理解する



疾患
末期腎不全
透析療法などの腎臓
代替療法必要

病い
“はやく楽になりたい”
“透析はベットで過ごす時間も長く”
“何もできない” “目も見えなくなる”
“今は透析しなくても大丈夫”

妻
“透析をしてもらいたい”
“頑固だからしょうがない”
“持病あり介護が大変”

患者中心の医療の方法

③共通の理解基盤を見出す

- 問題
- ゴール
- 役割

相互意志決定

訪問診療開始時の思い

医療者・家族：腎不全症状の緩和及び透析開始

患者：家での苦痛のない生活（透析見合わせ）

意思確認

再入院

病い

役割

医療者	患者の体液過剰に伴う苦痛 尿毒症症状などの不穏に対して薬物治療 緩和ケアの強化・継続とともに妻の精神的なフォロー
患者	今の思い・苦痛を家族や医療者に伝える
家族	患者の介護、薬の管理、病態変化の連絡

《共通目標》

“身体的・精神的な苦痛のない生活を家で過ごす”

当院での事例から（その2）

82歳男性

- 慢性心房細動（アブレーション後再発） ・ 脂質異常症にて6年前に〇〇大学病院循環器内科から紹介（当時76歳）
- 紹介状には「下記処方にて安定しております。継続加療よろしくお願ひします。」と記載
- 話を聞くと、2ヶ月に1回の外来受診であったが、がん検診などのCancer Screeningは受けていなかったとのこと
- 便潜血検査を施行したところ陽性であり、下部消化管内視鏡検査にて、進行大腸癌と診断。〇〇大学病院消化器外科に紹介、他臓器転移など認めず、根治切除し後療法の適応もなかった

82歳男性

- 本人や同居の妻は、大学病院に通院しているのだから全て調べてもらっているという安心感があった
- 大腸癌のエピソードとともに当院への信頼関係が構築、日常の健康管理や処方は当院で行い、大学病院（循環器内科・消化器外科）へは年に1回のフォローのみとなった
- 実は、本人と同居の長男（62歳）も高血圧症で通院
- 近隣にはその長男夫婦（28歳）も住んでおり、6カ月の娘（本人から見るとひ孫）も当院かかりつけであった

→ 4世代に渡って当院に通院

82歳男性

- 昨年秋より、徐々に血糖値とHbA1cが上昇
- 生活習慣の変化のエピソードは乏しく、当院での精査の結果膵臓がんと診断した
- ○○大学病院に紹介、すでにSMAに浸潤しており、切除不能であり、化学療法開始となった

ここで私たちがしたこと

- 本人へ告知（消化器外科受診前に）
- ACP(Advance Care Planning) の作成
→それに伴い、相続についても相談
→本人の希望もあり、終活に詳しい税理士を紹介
家庭医の現場では、本人の死後も家族との関係がずっと持続
良い看取りができた満足しても、その後相続でもめる家族は
想像以上に多い
- 本人は愛着のある自宅での看取りを以前から希望し、主治医へも伝えていた
- 今まで顔の見える関係である、当院の看護師・薬剤師も関わった院内チームを編成

ここで私たちがしたこと

- 主介護者は長男夫婦
どちらも介護には積極的に関わっていききたいとの意思あり
- しかし、長男は62歳、鉄道会社に勤務しており2年前の定年時に再就職できたことをとても喜んでいました。このまま、介護に専念させることで、職を失うことにならないか？父親の死後、職がなければ、彼の生き方はどうなるか？
- 妻も地区のフラダンスサークルのリーダー的存在、数ヶ月後にハワイでコンテストがあるとのこと
- 多職種での相談が必要！
家庭医は本人を取り巻く環境についての情報を多く持つことができる
- 本人の死後、どのような家族の状況になるか予測する必要があり、また、その後もずっと家族とともに歩むこととなる

ここで私たちがしたこと

- 多職種でのカンファレンスを開催
家庭医は他の職種との顔の見える関係がある
 - 退院時カンファレンス
 - サービス担当者会議
 - 介護認定審査会
 - 乳幼児健診・予防接種
 - 園医・学校医
- 他の職種や行政と顔を合わせるチャンスが多い

その後・・・

- 化学療法施行後、徐々に体重減少と衰弱は進行程なくして訪問診療に切り替えとなった
(このタイミングは個々の患者によって希望が異なる)
- 4世代の家族を集め、数回カンファレンスを実施
訪問看護（当院から）やヘルパーも導入
長男は仕事を辞めることなく介護を継続
孫家族も交代で介護に参加した
- 6ヶ月のひ孫の育児相談や予防接種も訪問時に同時に行い、ひ孫の成長を本人に伝えることができた

その後・・・

- 1ヶ月半の在宅での療養後、自宅で家族に見守られながら息を引き取った
- すでに税理士と相談し、エンディングノートを作成
- 本人の希望通りの葬儀を行い、財産の相続も滞りなく行うことができた
- グリーフケアは訪問もあれば、外来受診時も
- 長男の嫁のフラコンテストは無事終了
- 先日、ひ孫の予防接種で長男とともに来院
「なんだか先生には我が家の成長をずっと見ててもらっているようだね」「次にまた何かあるでしょうけど、その時はよろしく」

町医者家庭医の利点

- 外来診療時からの長い付き合いがあり、本人・家族との信頼関係が構築
- 腹を割った話ができることも
「先生、本当は怖いよ」「入院の方が安心かなあ」
- 時にはパターンリズム的な判断も
「俺は先生に全て任せてるから」「上手いようになんとかします」
- 家族背景の理解が深い
それぞれの関係・宗教・財産・仕事・地域での役割などなど
- 付き合いが短いと、つい多職種で勝手な想像をしてしまう
→意外とこれは間違っていることが多い
- 「寄り添う」は長い付き合いでない患者には躊躇してしまう単語
(もしかして、医療者の自己満足?)

町医者家庭医の利点

- 本人の死後も家族に寄り添うことができる
今回の死は、その家族のイベントの一つ
→それだけに責任がある
特に家族のその後を想像出来る能力が必要
- 多職種や行政とのつながりが強い
在宅医療以外でも顔の見える関係を構築
- 状態が良くなれば、外来受診に切り替えるという選択肢も
訪問リハで外出可能に→もしかしたら本来の姿？

町医者家庭医の欠点

- とにかく効率は悪い
どうしても家族との話や、本人以外のケアの相談があり、滞在時間が長くなる傾向が・・・
他の職種や事業所ではなく、先生にお願いしたいというニーズも
- 各種デバイスの管理や緩和ケアの最新知識は在宅専門医に比べ劣るかもしれない
- スケールメリットを活かしたケアは難しい
自施設で訪問看護ステーションを開設
施設への訪問診療
24時間対応
- これからの高齢化社会を考えると町医者診療所で全てを対応するのは不可能
- 在宅専門診療所との協力が不可欠

では、どう協力するか？

- それぞれの地域で協議が必要
かかりつけかどうか？
重症かどうか？（在宅医療の1次・2次・3次）
24時間対応が必要かどうか？
- 開業医と在宅専門診療所との協力
在宅専門医の専門性は高い
重症や24時間対応患者への協力
デバイス管理や緩和ケアなど、開業医への能力向上への協力
- ここで大切なのは医師会への加入
（川崎市多摩区では在宅専門診療所 2ヶ所の医師が医師会入会
によって、協力体制が大きく進む）

在宅医療における 1次・2次・3次（仮に定義）

- **1次在宅医療**
かかりつけ医が昼休みの時間に訪問診療
24時間対応なし、夜間連絡も不可
- **2次在宅医療**
基本的には訪問診療のみで管理しているが、年に数回は夜間の往診や電話連絡が想定される
- **3次在宅医療**
終末期や神経難病など、常に変化の可能性があり、24時間常に連絡や緊急往診が想定される

→まずは、1次在宅医療対して、かかりつけ医の更なる協力が必要（この負担をシェアするだけでもかなり状況は改善される）

→一方で、2次・3次在宅医療は、既存のかかりつけ医が対応するには困難な患者も多く、総合診療専門医や在宅医療専門医が担うべき

ACPと退院支援

退院支援とは？

- 退院後の退院後の患者さんが自宅で安心して療養できるように入院中から支援し、自宅療養のための環境を整えること患者さんが自宅で安心して療養できるように入院中から支援し、自宅療養のための環境を整えること

では、退院支援の目的は？

- 病院の収益
(在院日数・退院支援加算・・・)
- 医療費の削減
→わかりやすい、けれど情熱にはつながらない
- 患者さんの「諦め」を「安心」に変える
- 医療者と患者さんのギャップを埋める
- 入院から在宅へという医療の大きな流れを支える
→気持ちはこもっている、けれど具体的には??

地域で共有できる退院支援の目的が今ひとつ定まっていない

私の地域では

- とにかく、「**早期再入院**」を防ぐこと！！
- 早期再入院は退院支援が上手くいかなかったために起こる最もわかりやすい事象
- そのためには、病院スタッフだけでなく、在宅側の医師・看護師・薬剤師・ケアマネなどを含めた対応が必要
- 再入院を防ぐために、あえて退院を延期することも

早期再入院してしまう例 (病院側の要因)

- 予後が本人・家族にしっかりと伝わっていない (がんと仲良く付き合い合っていきましょう)
- 予想される病状とそれに対する介護内容の変化を家族に伝えていない
(このままの病状が続くと思っている)
- 今後どのように療養したいか、しっかりと本人や家族の希望が把握できていない
(予想される病状が変われば、当然療養の希望も変わってくる)

早期再入院してしまう例 (在宅チーム側の要因)

- 患者家族関係の詳細を入院時に伝えていない
(長男家族よりも独り身の次男と同居したい)
- 服薬のアドヒアランスが悪い
(退院したら内服拒否)
- 白米だけが異常に好き

退院支援の鍵は 病院と在宅の情報共有と作戦会議

- 入院時
紹介状だけでなく、
 - 患者と家族の関係性
 - 経済状況
 - 何を大切にしている患者さんか
 - いわゆる「人となり」についても
- 退院時
決まっていなかったことは決まっていなかったと伝える
 - 予後についてまだ伝え切れていない
 - 急変時の対応について決まっていなかった
 - 今後の療養について話が煮詰まっていなかった

→短い入院期間でできなくても当然！
→いかに在宅チームに引き継ぐかが重要！

退院前プレカンファレンス

- 退院前カンファレンスはスタッフが相談する場ではありません
- 患者さん・家族の思いを聞いて、各スタッフが短時間でケアの内容を説明する場です
- その前に病院・在宅のスタッフが情報を共有し、作戦を考える場が必要です
- 病院・在宅のスタッフが平等の立場で、できていることもできていないことも共有して、betterな作戦を立てるのがプレカンファレンスです

そのためにも顔の見える関係が重要 「チームたま」

- 多摩区医師会会長が在宅医療促進を目的に設立
- 区内すべての在宅診療診療所や病院の医師・看護師・薬剤師、ケアマネ、訪問看護師、PT・OT・ST、歯科医師などすべてに声をかけて、宴会を定期的に行う
- その後、自然と顔の見える関係に
- ルール「病院も在宅もフラットな関係で」
- 勉強会だけでなく、OJTを重視

まとめ

- ACPはプロセスが重要です
- 医療者も相当の覚悟とコミュニケーションスキルが求められます
- 急性期病院の医師がACPに携われることはわずかかも知れません
- treatment brokerになりましょう
→多職種連携が鍵になります
- 普段からACPを語り合える患者さんとの関係
→まだまだ難しいですが、挑戦したい課題です
- 地域での実践とその振り返りが地域力を高めます

ご清聴ありがとうございました！

このような機会を頂いた旭町内科クリニック
森岡明先生、八幡浜医師会梶原さまを始め、
関係者の皆さまありがとうございました！