

# 医療と介護のクロスロード

～同時改定とアドバンスト・ケア・プランニング～



国際医療福祉大学大学院 教授  
武藤正樹

# 国際医療福祉大学三田病院 2012年



JCI認証取得



# 国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

## 1. 構想の概要(4)

成田市と国際医療福祉大学は、「公津の杜(教育ゾーン)」および「畑ヶ田地区(学術・医療集積ゾーン)」で医学部をはじめとした大学の学部・学科と附属病院などの施設を整備します。



### ①公津の杜地区

#### 【教育ゾーン】

- 医学部 (1学科)
- 看護学部 (1学科)
- 保健医療学部  
(当初4学科⇒順次拡大)

### ②畑ヶ田地区

#### 【学術・医療集積ゾーン】

- 附属病院
- トレーニングセンター
- グラウンド・テニスコート
- 駐車場

### ③国道295号周辺地区

#### 【医療産業集積ゾーン】

- 製薬会社
- 診療機材メーカー
- 計測器メーカー
- 福祉設備メーカー
- 画像診断機器メーカー



国際医療福祉大学医学部  
2017年4月開校



# 2020年 国際医療福祉大学 成田病院を新設予定



2018年4月、国際医療福祉大学  
心理・医療福祉マネジメント学科  
大学院（h-MBA, MPH）

# 目次

- パート 1
  - 同時改定と改定率
- パート 2
  - 2018年改定と入院医療
- パート 3
  - 療養病棟と看取り
- パート 4
  - アドバンスド・ケア・プランニング



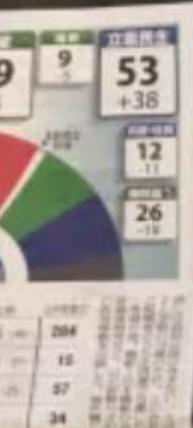
# パート1

## 同時改定と改定率





# 自民圧勝 与党310超



## 3分の2維持 立憲民主野党 希望敗北市

立憲民主野党は、衆院選で3分の2の議席を維持し、野党勢力を維持した。一方、希望の党は敗北を喫し、議席を大幅に減らした。

# 自公300に迫る



## 自民大勝280超

自民党は、衆院選で大勝を収め、議席数を280を超えた。公明党は29議席を獲得し、野党は120議席にとどまった。



## 再び3分の2

衆院選の新勢力

Party	Seats
自民党 (LDP)	10
立憲民主党 (CDP)	50
希望の党 (HPN)	120

## 衆院選 改憲熱

立憲民主野党は、衆院選で議席を伸ばし、改憲熱を煽った。希望の党は議席を伸ばし、野党勢力を維持した。

2017年10月22日衆院選挙の自民圧勝で安倍一強政権の継続

# 社会保障、高齢者中心を是正 ～さらなる財源が必要～

- 今後の社会保障政策についてこれまでの高齢者中心から「全世代型」に見直す意向を表明
- 9月12日、日本経済新聞インタビュー
- 幼児教育・保育の無償化
  - さらなる財源が必要！
- 2019年10月の消費税率10%への引き上げ
  - しかし2018年改定は消費増税なき改定



安倍晋三首相

## 診療報酬改定について

12月18日の予算大臣折衝を踏まえ、平成30年度の診療報酬改定は、以下のとおりとなった。

1. 診療報酬本体 +0.55%

600億円

各科改定率	医科	+0.63%
	歯科	+0.69%
	調剤	+0.19%

2. 薬価等

▲ 1.74%

1700億円

① 薬価

▲ 1.65%

※ うち、実勢価等改定 ▲1.36%、  
薬価制度の抜本改革 ▲0.29%

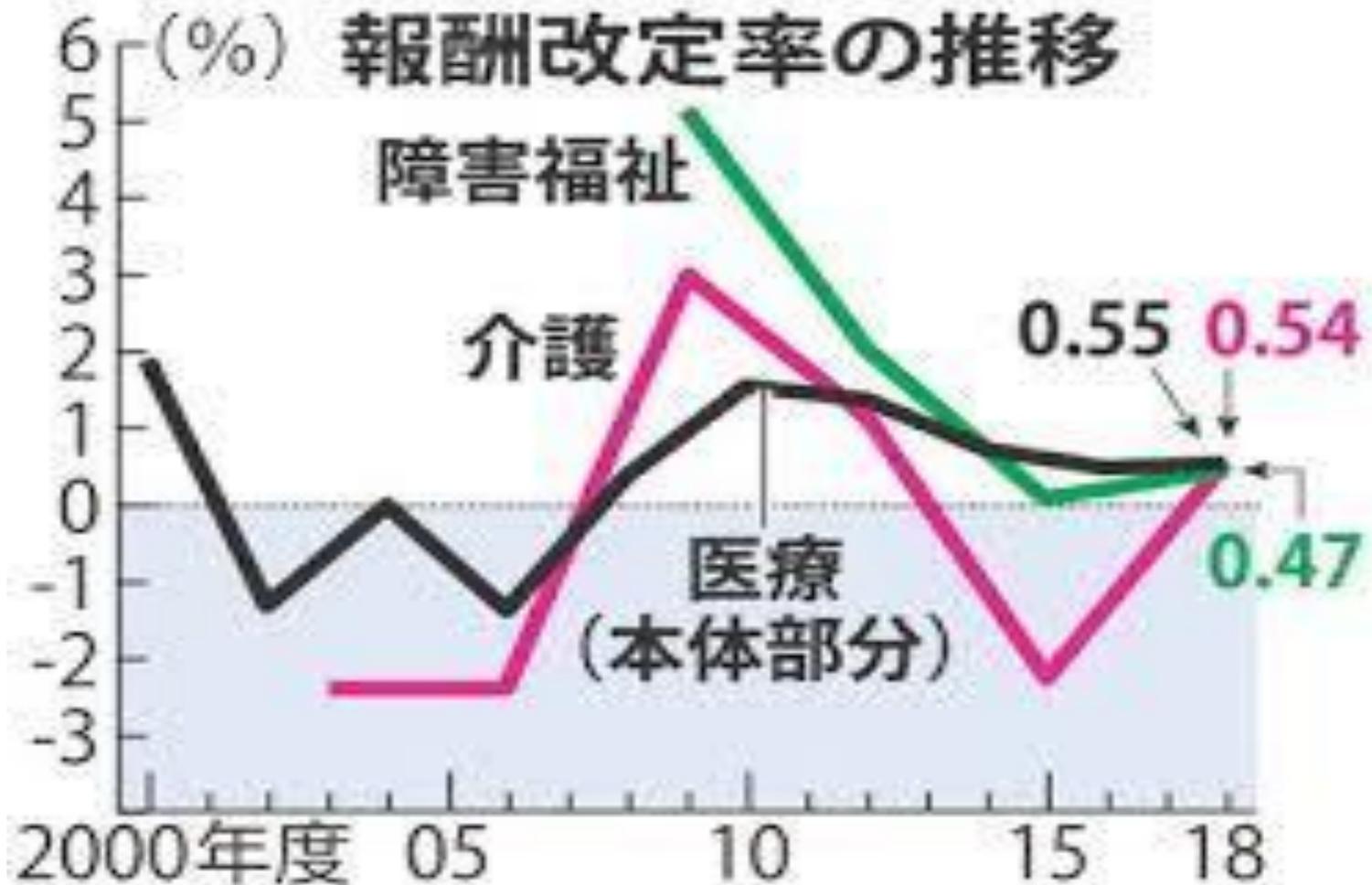
② 材料価格

▲ 0.09%

ネット  
1.19%  
マイナス

なお、上記のほか、いわゆる大型駅前薬局に対する評価の適正化の措置を講ずる。

# トリプルプラス改定



# 2018年診療報酬改定

## 次期診療報酬改定に向けた 基本認識、視点、方向性等について

# 2018年診療報酬改定 ～地域医療構想を下支え～



迫井正深医療課長

急性期入院医療の見直し（7対1病床見直し）

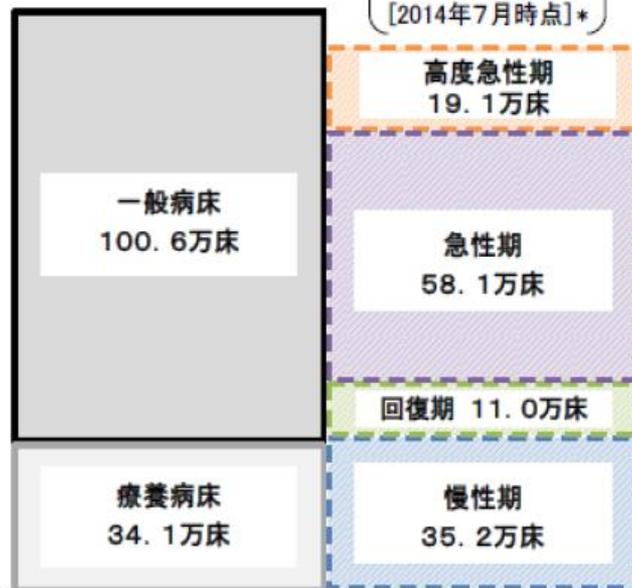
# 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。  
 (→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇨ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

## 【現 状:2013年】

134.7万床 (医療施設調査)

病床機能報告  
123.4万床  
[2014年7月時点]\*



## 【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)  
115~119万床程度※1

15万床  
減少



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

\* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度  
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度  
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

## 改定の基本的視点について

- 改定の基本的視点については、以下の4点としてはどうか。
- その際、特に、今回の改定が6年に一度の介護報酬との同時改定であり、2025年以降も見据えて医療・介護の提供体制を構築するための重要な節目となることを踏まえ、地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進に重点を置くこととしてはどうか。

視点1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進 【重点課題】

視点2 新しいニーズにも対応できる安心・安全で質の高い医療の実現・充実

視点3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

視点4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

# パート 2

## 2018年診療報酬改定と 入院医療

中医協診療報酬調査専門組織  
入院医療等の調査・評価分科会

診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会  
委員名簿

氏 名	所 属
いけだ しゅんや 池田 俊也	国際医療福祉大学医学部公衆衛生学 教授
いげばた ゆきひこ 池端 幸彦	医療法人池慶会 理事長
いしかわ ひろみ 石川 広己	社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長
おかむら よしたか 岡村 吉隆	公立大学法人 和歌山県立医科大学 理事長・学長
おがた ひろや 尾形 裕也	東京大学 政策ビジョン研究センター 特任教授
かんの まさひろ 神野 正博	社会医療法人財団董仙会 理事長
しま ひろじ 島 弘志	社会医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院 病院長
すがはら たくま 菅原 琢磨	法政大学経済学部 教授
たけい じゅんこ 武井 純子	社会医療法人財団慈泉会 相澤東病院 看護部長
たみや ななこ 田宮 菜奈子	筑波大学 医学医療系 教授
つづい たかこ 筒井 孝子	兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授
はやしだ けんし 林田 賢史	産業医科大学病院 医療情報部 部長
ふじもり けんじ 藤森 研司	東北大学大学院医学系研究科 公共健康医学講座 医療管理学分野 教授
ほんだ のぶゆき 本多 伸行	健康保険組合連合会 理事
むとう まさき 武藤 正樹	国際医療福祉大学大学院 教授

○：分科会長

# 7対1 入院基本料の 見直し

看護師配置数と重症患者割合  
(重症度、医療・看護必要度)

## 現在の7対1入院基本料における評価指標

評価指標	評価期間 (①患者単位、②病棟単位)	施設基準
(1) 重症度、医療・看護必要度	①毎日 ②直近の1か月	2割5分以上 (200床未満は2割3分以上)
(2) 平均在院日数	①1入院あたり ②直近3か月	18日以内
(3) 在宅復帰率	①1入院あたり ②直近6か月間	8割以上

# 一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直しの考え方 2016年改定

○ 入院医療等の調査・評価分科会のとりまとめを基に、これまでの中医協において資料として提示した考え方を、以下のとおり整理した。

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	/
2 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり	/
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	/
4 心電図モニターの管理	なし	あり	/
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	/
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	/
7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療 ⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧ 抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ) ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージの管理	なし		あり
⑪ 無菌治療室での治療	なし	/	あり
8 救急搬送(搬送日より1~2日間程度)	なし	/	あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 危険行動	ない	/	ある
3 診察・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	/
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

C 手術等の医学的状況	0点	1点
① 開胸・開頭の手術(術当日より5~7日間程度)		
② 開腹・骨の観血的手術(術当日より3~5日間程度)	なし	あり
③ 胸腔鏡・腹腔鏡手術(術当日より2~3日間程度)		
④ その他の全身麻酔の手術(術当日より1~3日間程度)		

## 重症者の定義

A得点が2点以上かつ  
B得点が3点以上の患者

又は

A得点が3点以上の患者

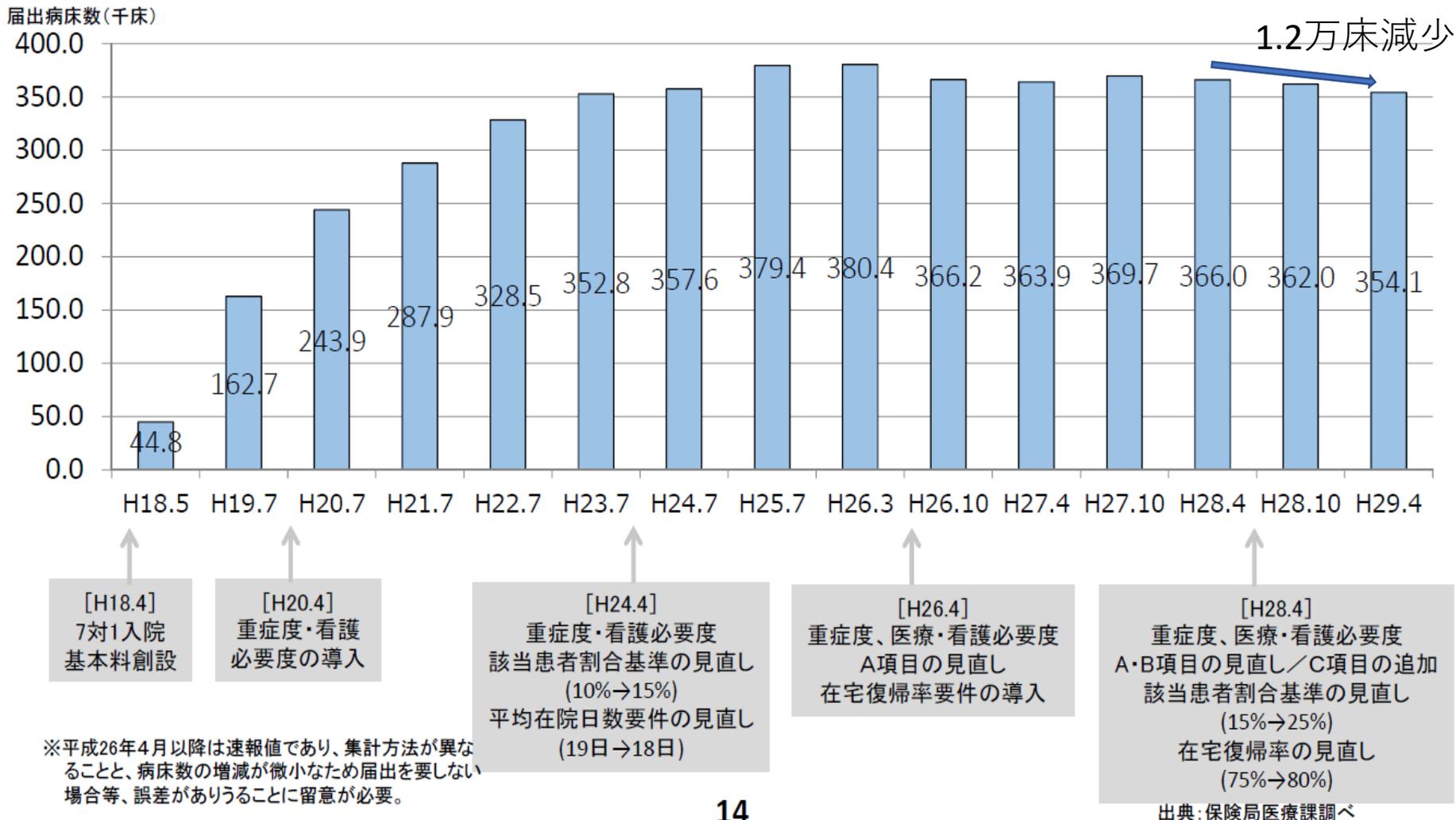
又は

C 1得点が1点以上の患者

# 2016年改定の 7対1への影響

# 一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年に創設されて以降増加。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、平成26年度以降は横ばいからやや減少の傾向となっている。



# 2018年診療報酬改定

7対1, 10対1を統合・再編して  
新評価体系へ

## 一般病棟（7対1）の施設基準による評価について

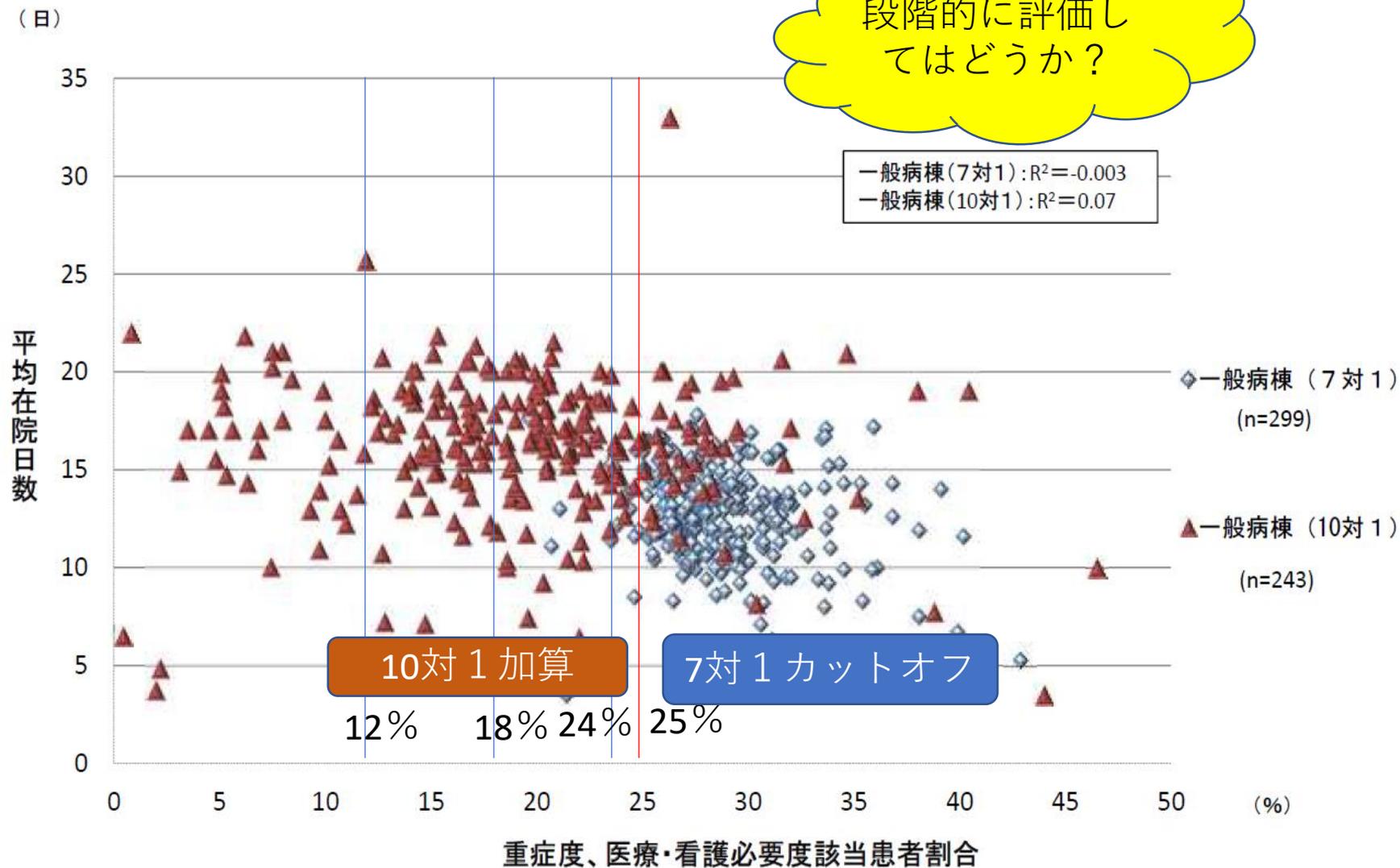
評価項目	評価期間 (①患者単位、②病棟単位)	基準値 (カットオフ値)
(1) 重症度、医療・看護必要度	①毎日 ②直近の1か月	2割5分以上 (200床未満は2割3分以上)
(2) 平均在院日数	①1入院あたり ②直近3か月	18日以内
(3) 在宅復帰率	①1入院あたり ②直近6か月間	8割以上

## 一般病棟（10対1）の加算による評価について

### 【加算の概要】

名称	点数(1日につき)	基準値
看護必要度加算1	55点	該当患者割合が2割4分以上
看護必要度加算2	45点	該当患者割合が1割8分以上
看護必要度加算3	25点	該当患者割合が1割2分以上

# 平均在院日数と重症度、医療・看護必要度該当患者割合の関係



7対1と10対1  
の診療報酬点  
数の差を考え  
れば、病院と  
しては7対1を  
維持したいと  
考えてしまう

7対1ではカットオフ  
値である25%ギリギ  
リの病院が圧倒的だ  
が、10対1では正規分  
布に近くなっている

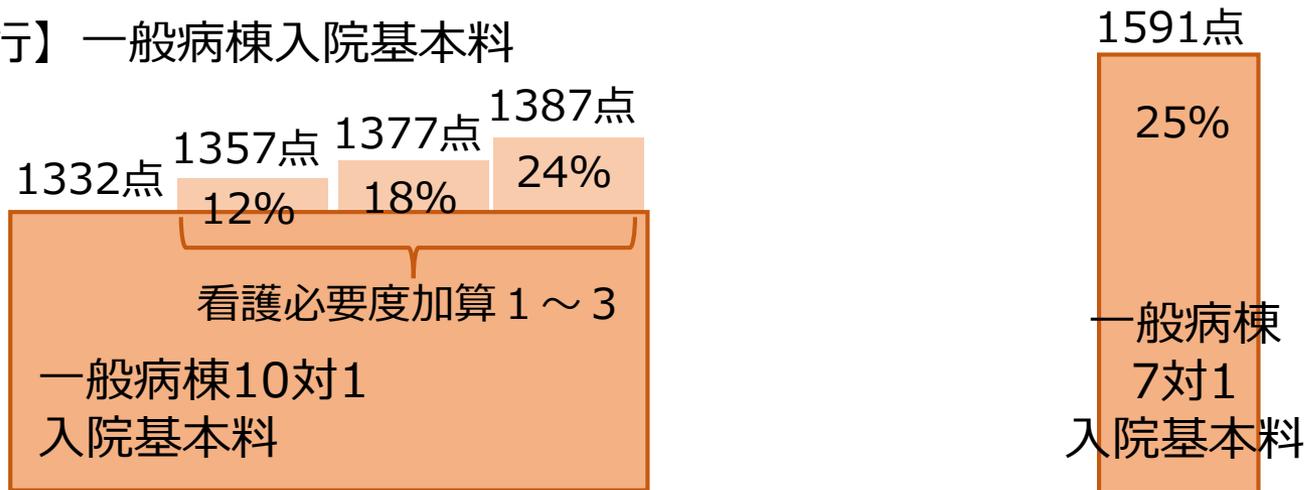
段階的に評価  
してよいので  
はないか？

○看護配置などに基づく「基本部分」と、「診療実績に応じた段階的評価」を組み合わせるかどうか？  
○医療機関の選択で従来方式の重症度医療看護必要度とDPCデータ（EF統合ファイル）に基づく重症患者割合計算を選択性としてはどうか？

中医協総会（2017年11月24日）

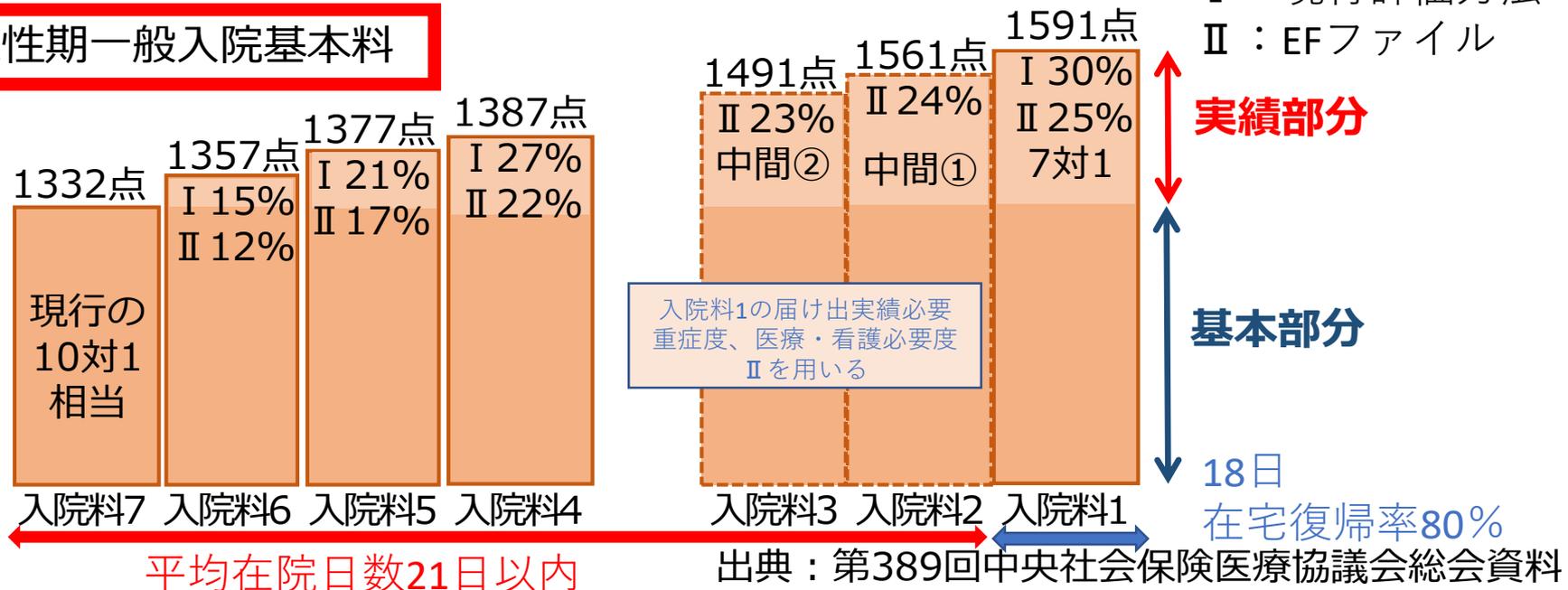
一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の再編・統合の具体的なイメージ

【現行】一般病棟入院基本料



【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料

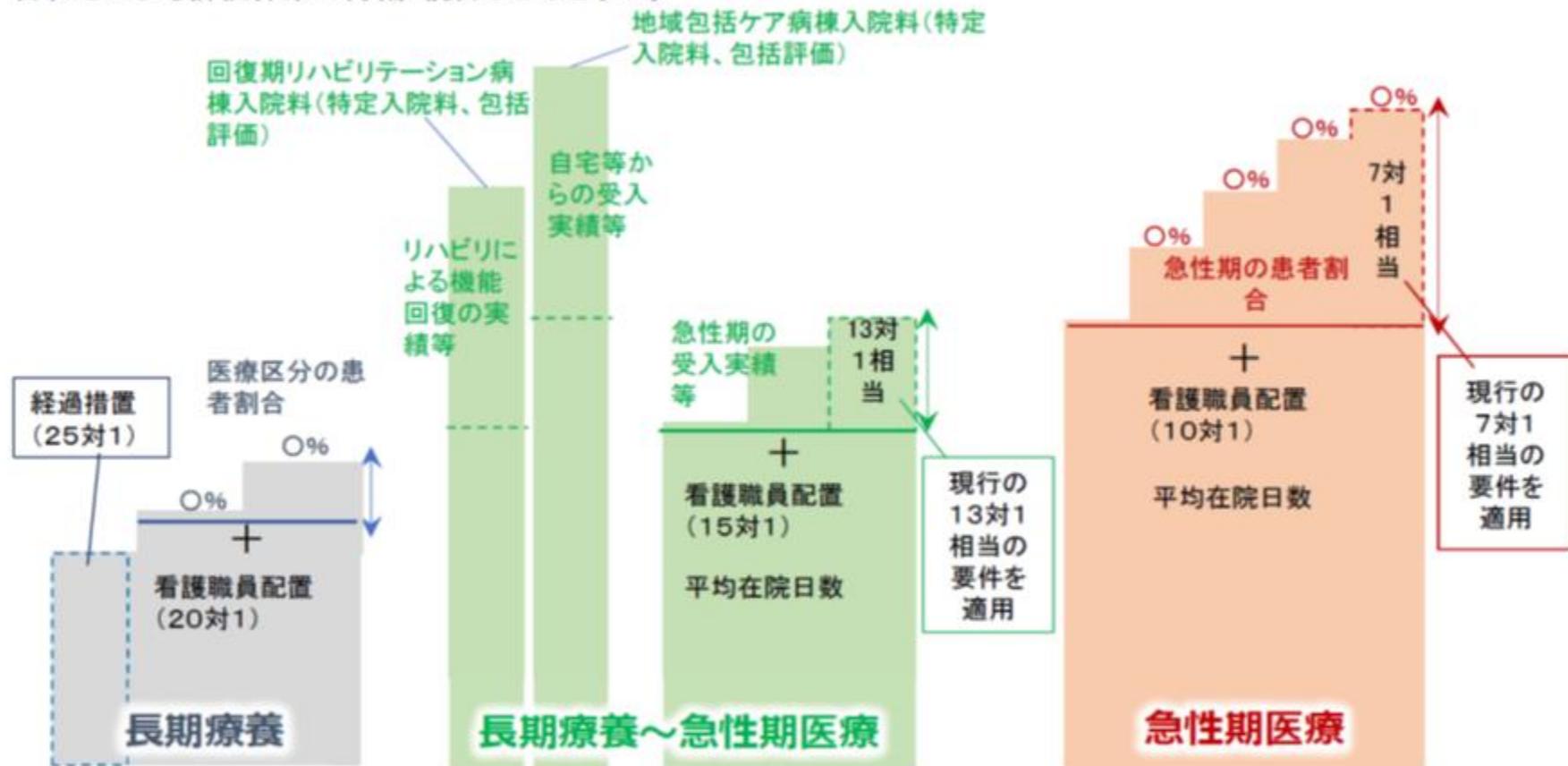


# 入院基本料の大再編

- ①急性期医療、
- ②急性期医療~長期療養、
- ③長期療養

## 二つの評価の組合せによる入院医療の評価体系(イメージ)

- 将来的な入院医療需要の変動にも弾力的に対応できるよう、現行の一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料等について、3つの機能を軸に、入院料(施設基準)による評価(基本部分)と、診療実績に応じた段階的な評価(実績部分)との、組み合わせによる評価体系に再編・統合してはどうか。



療養病棟入院基本料 (20対1、25対1) を再編・統合

一般病棟入院基本料 (13対1、15対1) 等を再編・統合

一般病棟入院基本料 (7対1、10対1) を再編・統合

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料ため、上記のイメージには含めていない。

# パート3 療養病床と看取り



# 療養病棟における患者の流れ

診調組 入-1  
29.6.7

- 療養病棟入院患者の入棟元をみると、他院の7対1、10対1病床からの患者が最も多い。
- 療養病棟入院患者の退棟先をみると、死亡退院が最も多い。

【入棟元】 (n=4,904)

自宅	11.0%	
自院	自院の7対1、10対1病床	12.5%
	自院の地域包括ケア・回りハ病床	4.0%
	自院の療養病床	3.8%
他院	他院の7対1、10対1病床	41.0%
	他院の地域包括ケア・回りハ病床	3.3%
	他院の療養病床	3.9%
介護療養型医療施設	1.4%	
介護老人保健施設	2.8%	
介護老人福祉施設（特養）	3.1%	
居住系介護施設	2.0%	
障害者支援施設	0.3%	
その他	9.7%	
不明	1.0%	

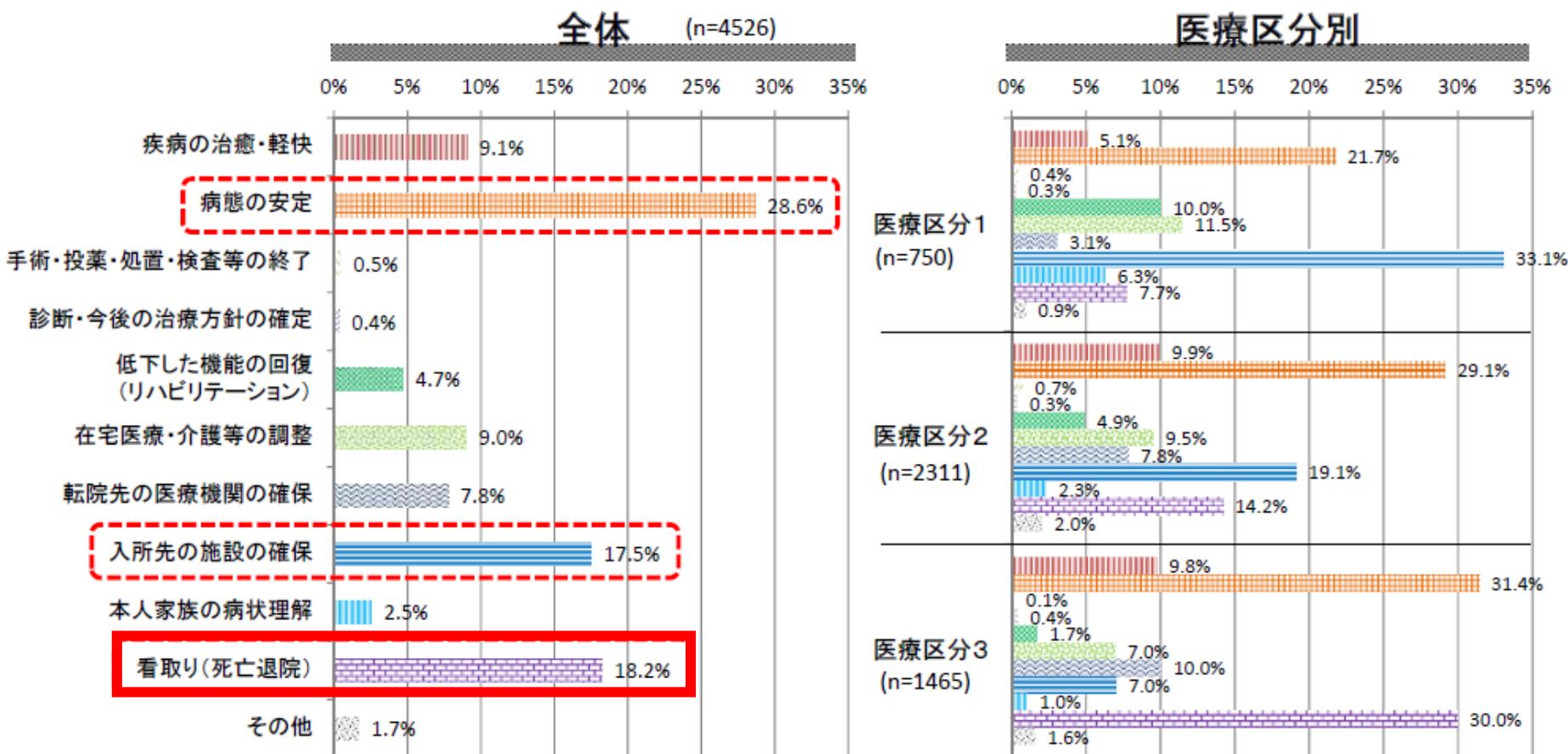
療養病棟

【退棟先】 (n=147)

自宅	在宅医療の提供あり	3.4%	
	在宅医療の提供なし	12.9%	
自宅等	介護老人福祉施設（特養）	4.8%	
	居住系介護施設（グループホーム等）	8.2%	
	障害者支援施設	0.0%	
自院	一般病床	2.7%	
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床	0.0%	
	療養病棟	在宅復帰機能強化加算あり	0.0%
		在宅復帰機能強化加算なし	1.4%
その他の病床	2.0%		
他院	一般病床	10.2%	
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床	0.0%	
	療養病棟	在宅復帰機能強化加算あり	0.0%
		在宅復帰機能強化加算なし	0.0%
その他の病床	0.0%		
有床診療所	在宅復帰機能強化加算あり	0.0%	
	在宅復帰機能強化加算なし	0.0%	
介護施設	介護療養型医療施設	1.4%	
	介護老人保健施設	在宅強化型	0.0%
		在宅復帰・在宅療養支援機能加算あり	0.7%
		上記以外	5.4%
死亡退院		40.1%	
その他		0.0%	
不明		2.7%	

# 退院に向けた目標・課題(主なものの1つ)

○ 退院に向けた目標・課題は、「病態の安定」が最も多く、次いで「入所先の施設確保」「看取り」が多い。



## 「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」

## 策定の背景

- 平成18年3月に富山県射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件が報道され、「尊厳死」のルール化の議論が活発化。
- 平成19年、厚生労働省に、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」を設置し、回復の見込みのない末期状態の患者に対する意思確認の方法や医療内容の決定手続きなどについての標準的な考え方を整理することとした。
- パブリックコメントや、検討会での議論を踏まえ、平成19年5月に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」をとりまとめた。

※平成26年に「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」に改称。

## ガイドラインの概要

## 1 人生の最終段階における医療及びケアの在り方

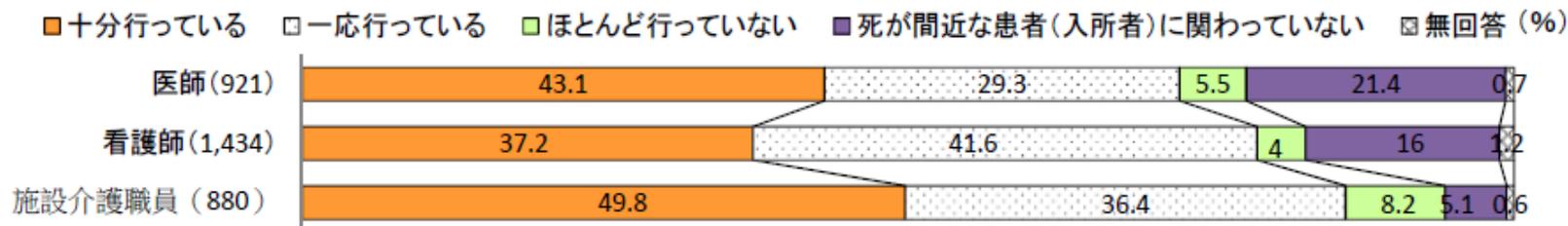
- 医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として終末期医療を進めることが重要。
- 人生の最終段階における医療の内容は、多専門職種からなる医療・ケアチームにより、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断する。

## 2 人生の最終段階における医療及びケアの方針の決定手続

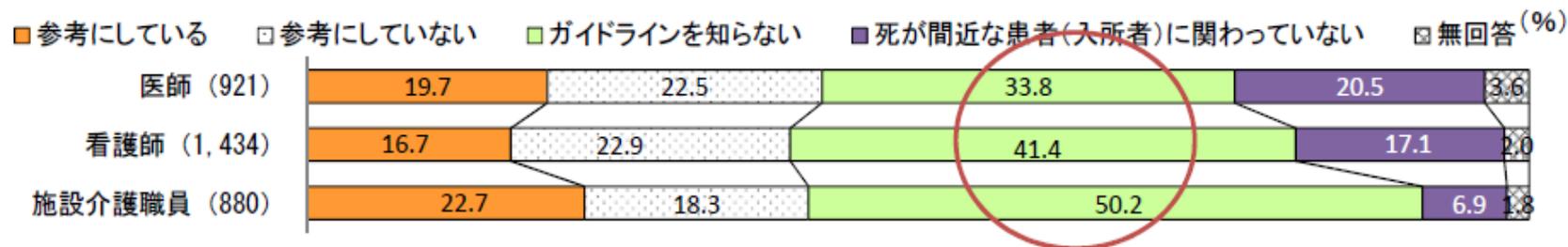
- 患者の意思が確認できる場合には、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その内容を文書にまとめておく。説明は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じてその都度行う。
- 患者の意思が確認できない場合には、家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- 患者・医療従事者間で妥当で適切な医療内容について合意が得られない場合等には、複数の専門家からなる委員会を設置し、治療方針の検討及び助言を行うことが必要。

# 人生の最終段階における医療に関する意識調査結果

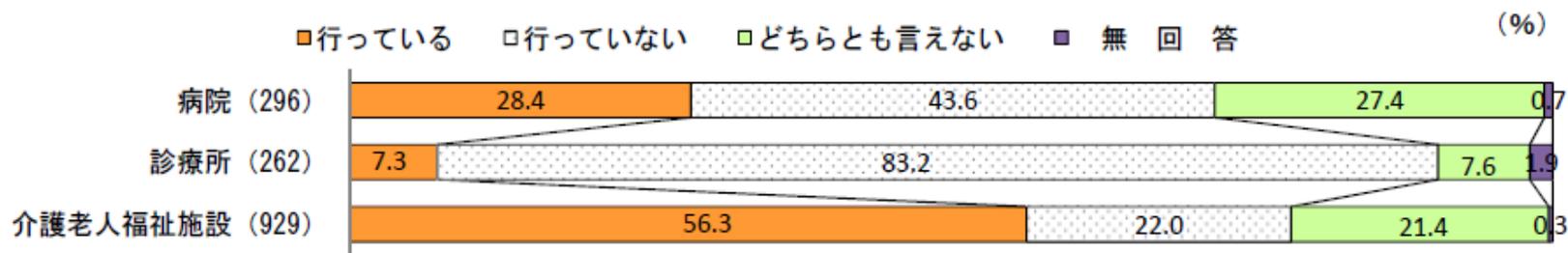
## ■ 患者(入所者)との話し合いの実態



## ■ 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の利用状況



## ■ 職員に対する終末期医療に関する教育・研修の実施状況

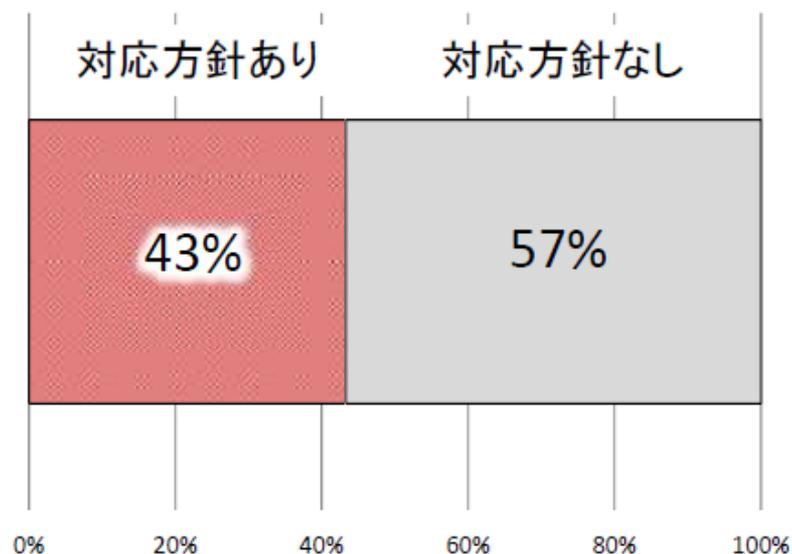


# 看取り患者に対する対応方針の有無（療養病棟）

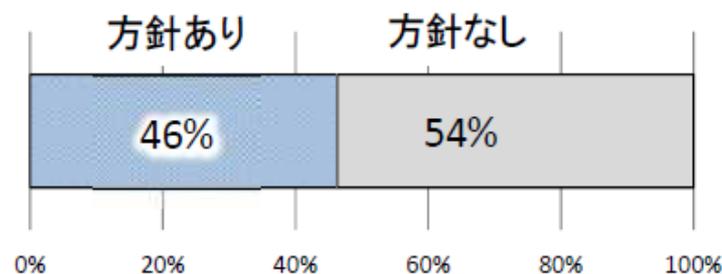
- 療養病棟のうち、看取りの患者に対する対応方針を定めている病棟の割合は、全体の約4割であった。
- 対応方針を定めている病棟は、療養1の病棟の方が、療養2の病棟に比べ、やや多い傾向にあった。

## 療養病棟全体

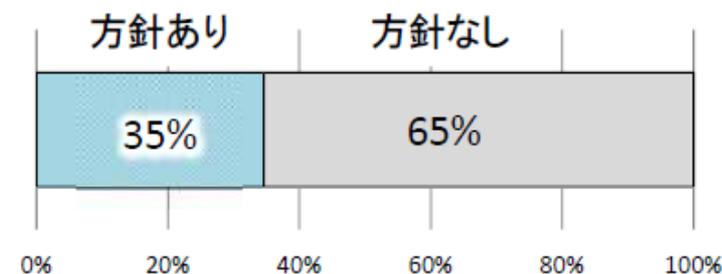
(n=816)



## 療養1 (n=605)

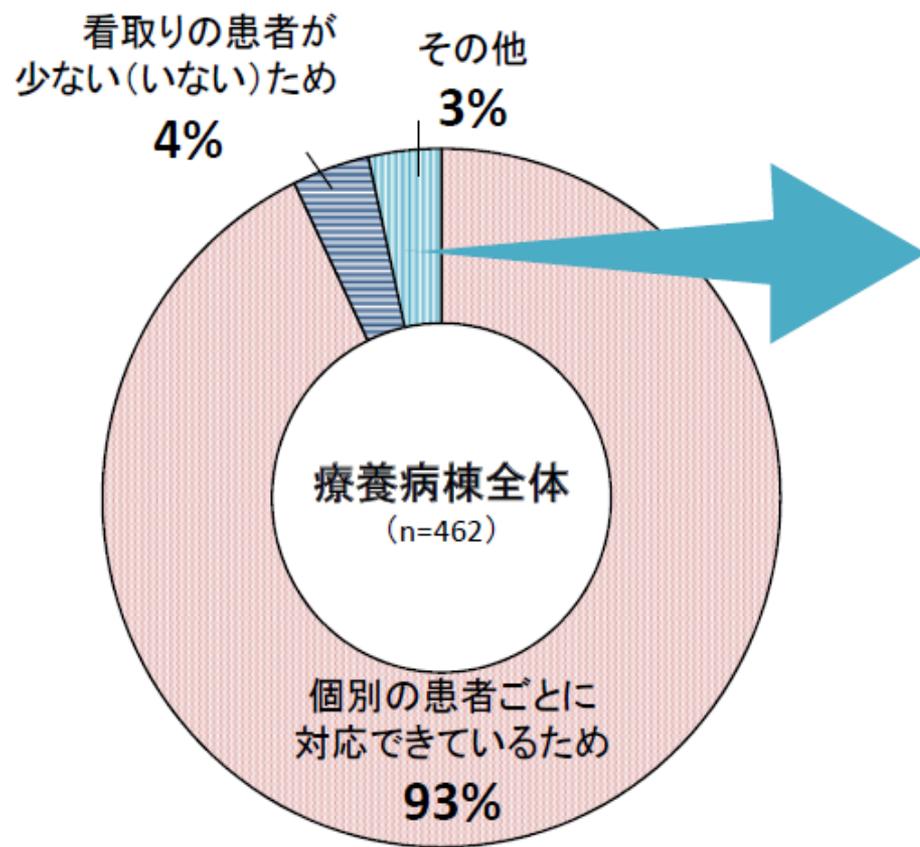


## 療養2 (n=211)



# 看取り患者に対する対応方針を定めていない理由(療養病棟)

○ 看取りの患者に対する対応方針を定めていない病棟に、その理由をきくと、「個別の患者ごとに対応できているため」が最も多くを占めた。



## 「その他」の主な回答(n=14)

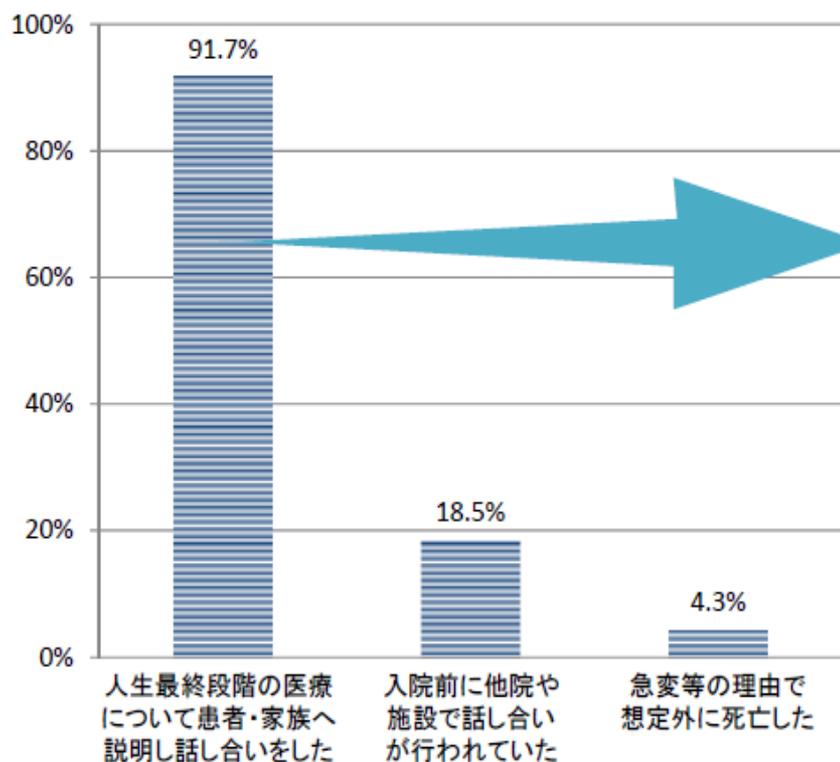
- ・ 主治医・家族との話し合いの上、希望に寄り添った対応に努めているため(複数)
- ・ 委員会を立ち上げて、対応方針を検討・作成段階であるため(複数)
- ・ 患者を治療病棟へ転棟させるため
- ・ 看取りについても業務の一環としているため、看取りのみの対応方針は作成していない

# 療養病棟における看取りに関する取り組み①

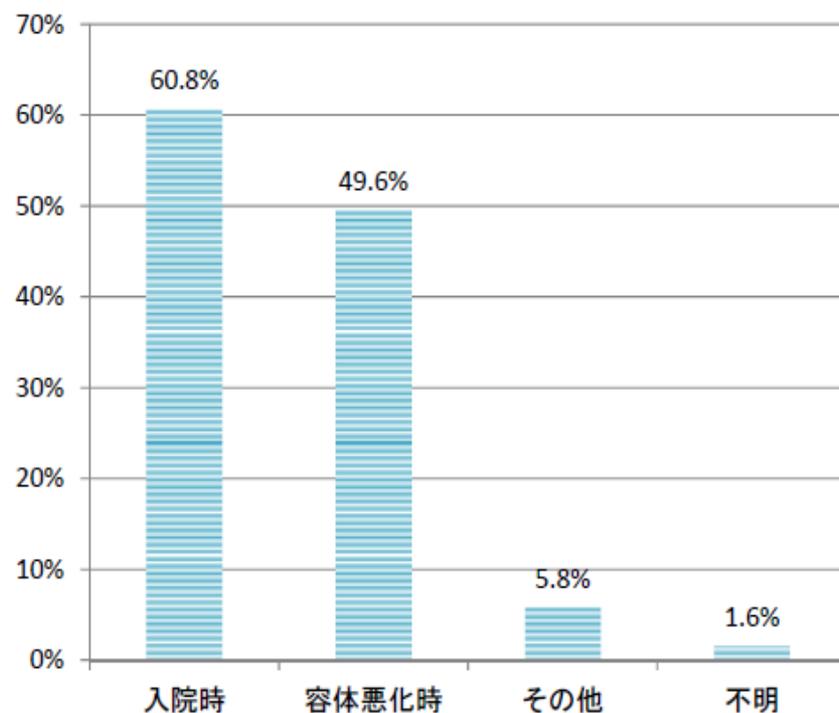
## 話し合いの有無、時期

- 看取りに関する取り組みをみると、死亡退院患者のうち約9割において、人生の最終段階における医療について患者・家族と話し合いが行われている。入棟前に他院・施設等で話し合いが行われていた患者は約2割弱であった。
- 自院で話し合いをした時期をみると、入院時に約6割、容体悪化時に約5割が話し合いを行っていた。

死亡退院患者に対する取り組み (n=12,050人)



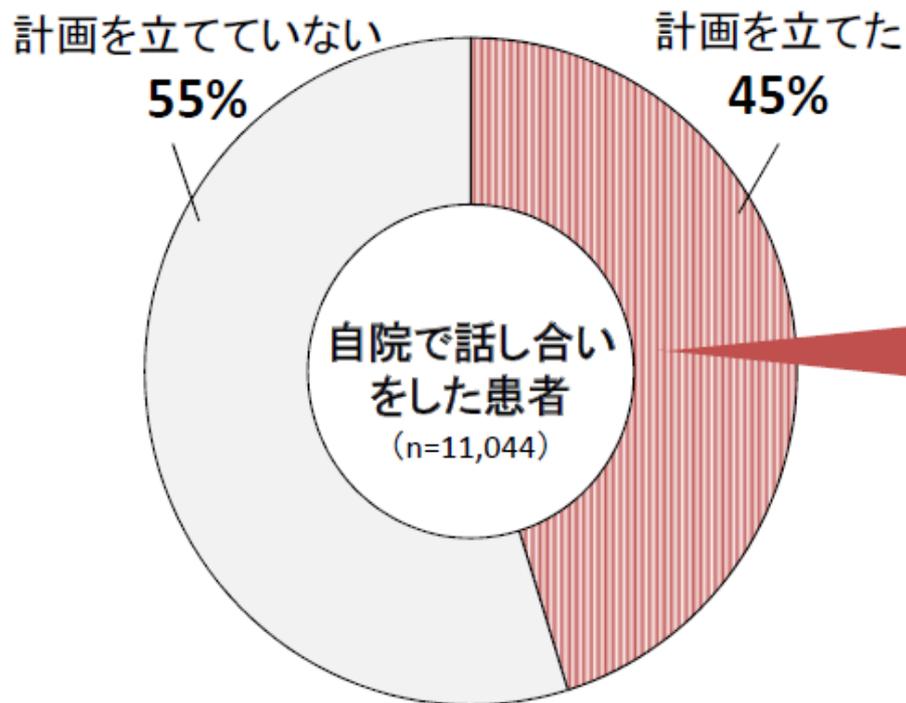
自院で話し合いをした時期別の内訳 (n=11,044人)



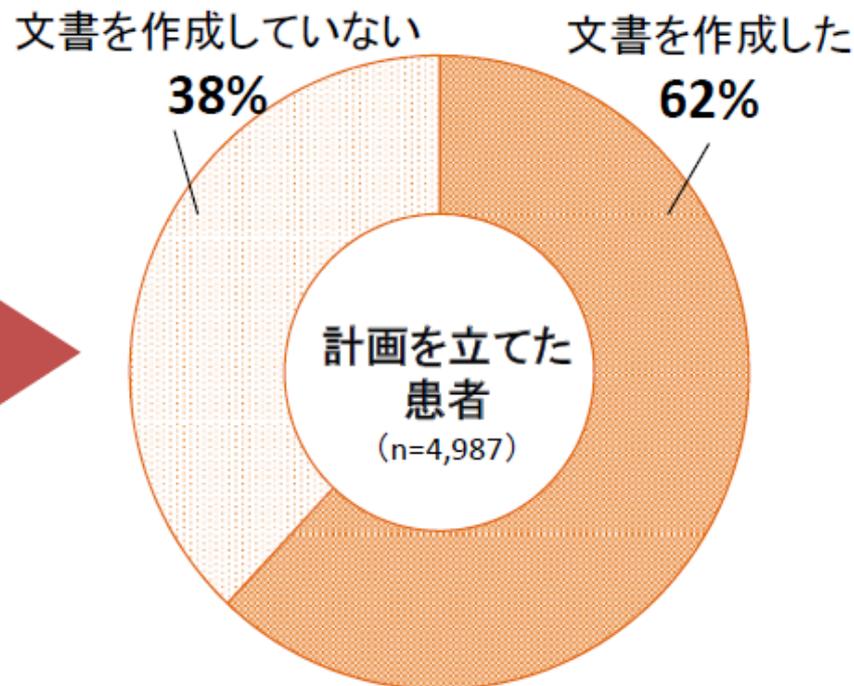
## 療養病棟における看取りに関する取り組み② 計画、文書の作成

- 患者・家族と話し合いをした患者のうち、人生の最終段階における医療について計画を立てた患者は、半分弱であった。
- 計画を立てた患者のうち、意思決定の内容について文書を作成した患者は、約6割であった。

人生の最終段階における医療について  
計画を立てたか

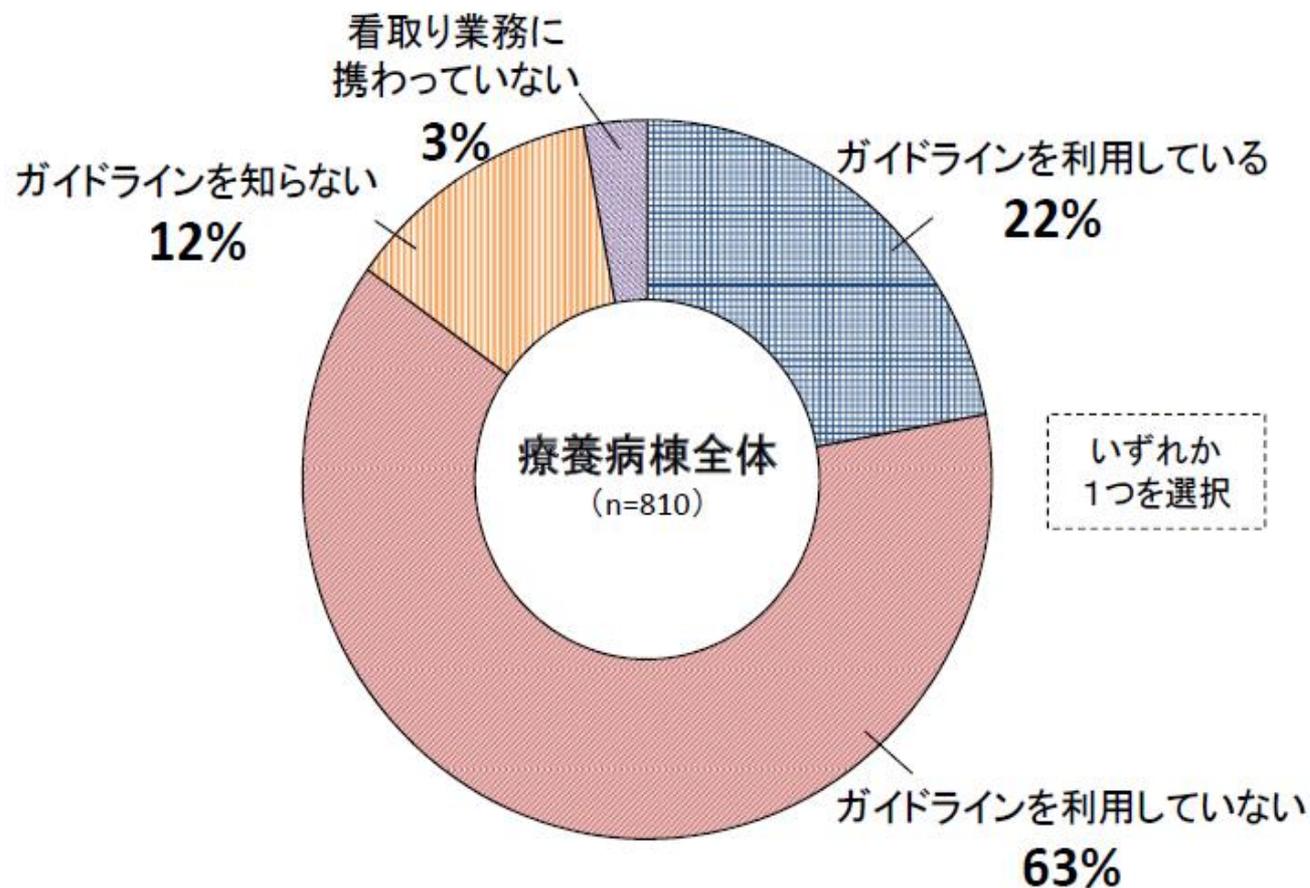


意思決定した内容について文書を作成したか



## 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関する ガイドラインの利用状況（療養病棟）

- 「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」を利用している病棟は、約2割であった。
- 「ガイドラインを知らない」とした病棟が約1割である一方、「利用していない」と回答した病棟は約6割を占めた。



# パート5 アドバンスド・ケア・ プランニング





第4回 人生の最終段階における  
医療の普及・啓発の在り方に関する検討会  
2018年1月17日

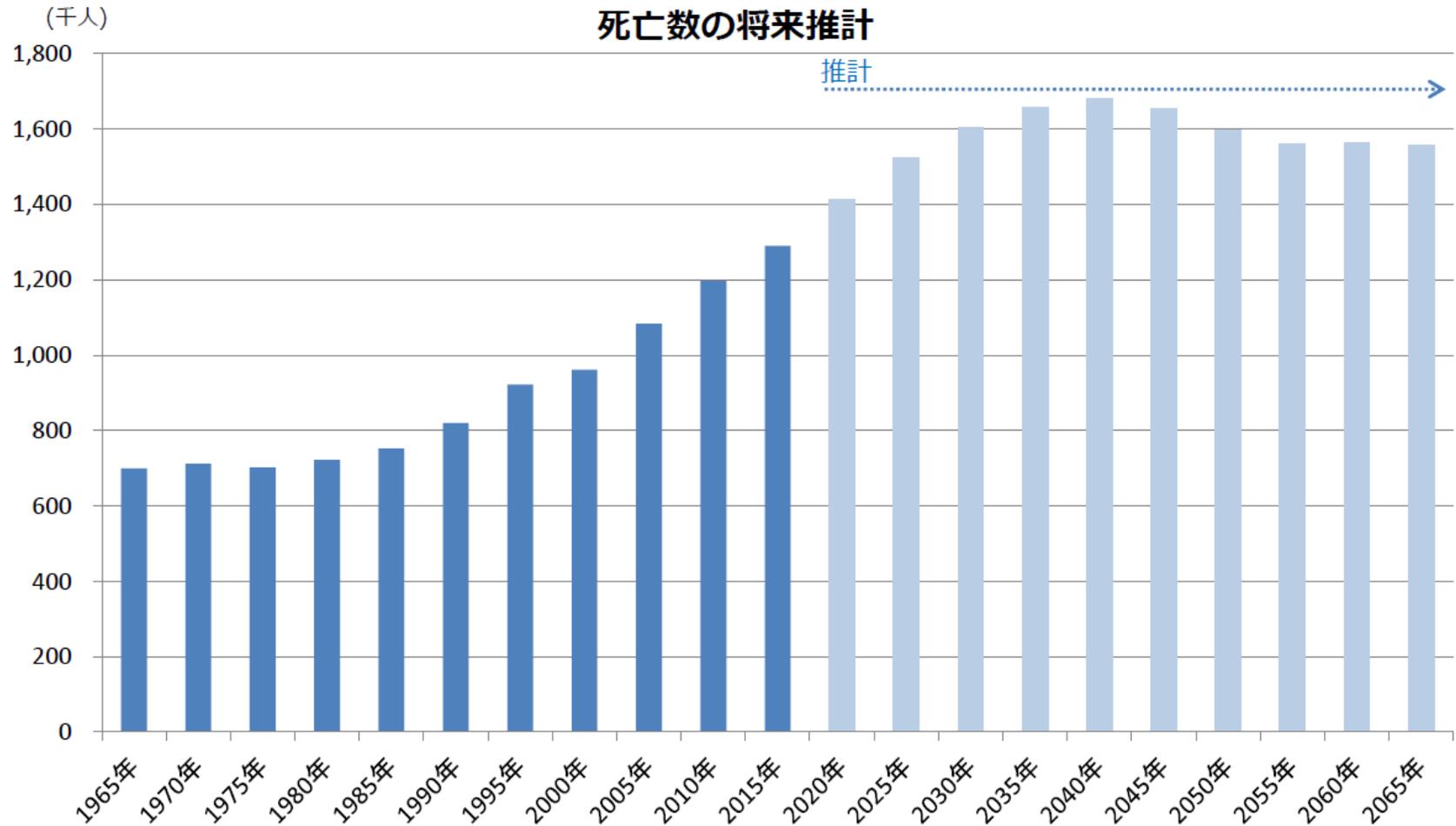
人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会  
構成員名簿

(敬称略。五十音順)

氏名	所属・役職
岩田 太	上智大学法学部教授
内田 泰	一般社団法人共同通信社編集局生活報道部編集委員
金子 稚子	ライフ・ターミナル・ネットワーク代表
川平 敬子	宮崎市健康管理部医療介護連携課長補佐
木澤 義之	神戸大学医学部附属病院緩和支援治療科特命教授
木村 厚	全日本病院協会常任理事
熊谷 雅美	日本看護協会常任理事
権丈 善一	慶應義塾大学商学部教授
齊藤 克子	医療法人真正会副理事長
斎藤 幸枝	日本難病・疾病団体協議会常務理事
佐伯 仁志	東京大学法学部教授
清水 哲郎	岩手保健医療大学学長
鈴木 美穂	NPO 法人マギーズ東京共同代表理事
瀬戸 雅嗣	全国老人福祉施設協議会理事
高砂 裕子	南区医師会訪問看護ステーション管理者
早坂 由美子	北里大学病院トータルサポートセンター課長補佐
樋口 範雄	武蔵野大学法学部教授
紅谷 浩之	オレンジホームケアクリニック代表
松原 謙二	日本医師会副会長
横田 裕行	日本医科大学付属病院高度救命救急センターセンター長

# 死亡数の将来推計

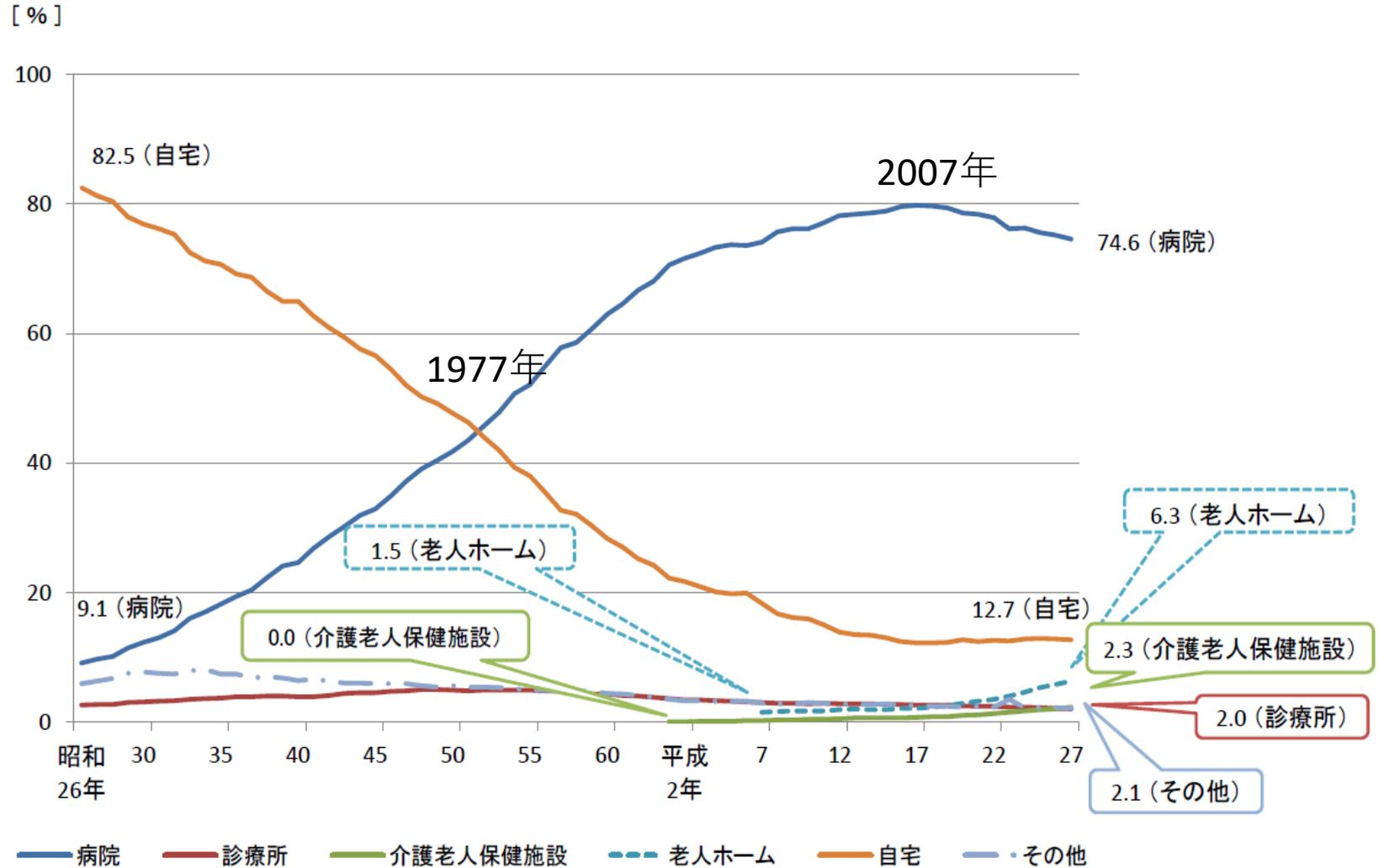
○ 今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約39万人/年の差が推計されている。



出典：2015年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）

2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

# 死亡場所の推移



※ 老人ホームとは、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいう。  
平成6年までは、老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれている。

資料：厚生労働省「人口動態統計」

# アドバンス・ケア・プランニング

## Advance Care Planning(ACP) : 定義

- 今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス
  - 患者が望めば、家族や友人とともに行われる
  - 患者が同意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアにかかわる人々の間で共有されることが望ましい。
  - ACPの話し合いは以下の内容を含む
    - ・ 患者本人の気がかりや意向
    - ・ 患者の価値観や目標
    - ・ 病状や予後の理解
    - ・ 治療や療養に関する意向や選好、その提供体制

人生の最終段階における医療およびケアについては、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として進めることが最も重要な原則



患者の意思が  
確認できる

患者と医療従事者とが十分に話し合い、  
患者が意思決定を行う

人生の最終段階における  
医療とケアの方針決定

患者が「自分の意思を  
推定できる人」を指名

十分な  
情報の  
提供

家族が患者の  
意思を推定できる

患者の推定意思を尊重し、  
患者にとって最善の治療方針をとる



患者の意思が  
確認できない

・家族が患者の  
意思を推定できない  
・家族がない

患者にとって最善の治療方針を、  
医療・ケアチームで慎重に判断  
(※家族がいる場合は十分に話し合う)



・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、  
治療方針の検討や助言



アドバンスト・ケア・プランニング

「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」  
(座長、武蔵野大学法学部教授樋口範雄氏) 2017年度厚生労働省

# アドバンス・ケア・プランニング (ACP)の必要性

- 患者本人が意思決定できなくなる事態に備えた ACP (アドバンス・ケア・プランニング) が必要
- ACPは、「人生の最終段階の治療・療養について、患者本人・家族と医療従事者が予め話し合う」取り組み
- 話し合いを繰り返すことで、患者本人の直近の意思を共有でき、本人が急変して意思を自ら伝えられない状態になった場合でも、家族などが的確に意思を推定できる。

# アドバンス・ケア・プランニング(ACP) に関する歴史的な経緯

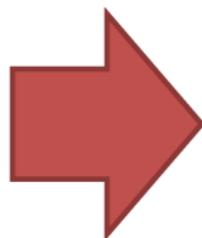
# 歴史的変遷

- いずれも、意思表示が難しい状態になっても患者の意向を尊重した医療を行うことを目的としている

アドバンス・  
ディレクティブ (AD)

代理決定者の決定

リビングウィル



アドバンス・  
ケア・  
プランニング  
(ACP)



# リビング・ウィル (日本尊厳死協会)

(2017年7月改訂版)

## リビング・ウィル - Living Will - 終末期医療における事前指示書 -

この指示書は、私の精神が健全な状態にある時に私自身の考えで書いたものであります。したがって、私の精神が健全な状態にある時に私自身が破棄するか、または撤回する旨の文書を作成しない限り有効であります。

私の傷病が、現代の医学では不治の状態であり、既に死が迫っていると診断された場合には、ただちに死期を引き延ばすための延命措置はお断りいたします。

ただしこの場合、私の苦痛を和らげるためには、麻薬などの適切な使用により十分な緩和医療を行ってください。

私が回復不能な遷延性意識障害（持続的植物状態）に陥った時は生命維持措置を取りやめてください。

以上、私の要望を忠実に果たして下さった方々に深く感謝申し上げますとともに、その方々が私の要望に従って下さった行為一切の責任は私自身にあることを付記いたします。

枠内は必ずお書きください	申込日	年	月	日
フリガナ 氏名 (自署)	男・女	年	月	日生
住所 □□□-□□□□	TEL 携帯	-	-	-

メールアドレス \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

私が自分で、この指示書に署名したことを、以下の方が証明しました。

氏名 \_\_\_\_\_ あなたとの関係 ( ) 連絡先 \_\_\_\_\_

私が自分で自分の意思を正常に伝えられない状態に陥った時は、以下の方に私の意思を確認してください。

氏名 \_\_\_\_\_ あなたとの関係 ( ) 連絡先 \_\_\_\_\_

会員様が保管する文書です

## 私の希望表明書

私は、協会の発行「リビング・ウィル（終末期医療における事前指示書）」で、延命措置を受けたくないという意思をすでに表明しています。それに加えて、人生の最終段階を迎えた際に備え、私の思いや具体的な医療に対する要望をこの文書にしました。自分らしい最期を生きるための「私の希望」です。

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 本人署名 \_\_\_\_\_

希望する項目にチェックを入れました。

- 最期を過ごしたい場所**（一つだけ印をつけてください）  
 自宅     病院     介護施設     分からない  
 その他 ( )
- 私が大切にしたいこと**（複数に印をつけても構いません）  
 できる限り自立した生活をする     大切な人との時間を十分に持つこと  
 弱った姿を他人に見せたくない     食事や排泄が自力でできること  
 静かな環境で過ごすこと     回復の可能性があればあらゆる措置を受けたい  
 その他 ( )

※以下「3」と「4」は、署名者が「ただちに死期を引き延ばすための延命措置はお断りします」という表現では伝えきれない希望や、「止めてほしい延命措置」の具体的な中身を明確にするためのものです。

- 自分で食べることができなくなり、医師より回復不能と判断された時の栄養手段で希望すること**（複数に印をつけても選ぶときはつけなくてもよいです。）  
 経鼻チューブ栄養     中心静脈栄養     胃ろう     点滴による水分補給  
 口から入るものを食べる分だけ食べさせてもらう
- 医師が回復不能と判断した時、私がして欲しくないこと**  
 （複数に印をつけても結構です。選ぶときはつけなくても結構です。）  
 心臓蘇生     人工呼吸器     気管切開     人工透析     酸素吸入  
 輸血     昇圧剤や強心剤     抗生物質     抗がん剤     点滴

- その他の希望**

**【用語の説明】**  
 ＊心臓蘇生：心臓マッサージ、気管挿管（口や鼻から気管に管を入れる）、電気的除細動、人工呼吸器の装着、昇圧剤の投与などの医療行為。  
 ＊人工呼吸器：自力で十分な呼吸ができない状態の時に、肺に機械ポンプで空気や酸素を送り込む機器。マスク装着のみで行う場合もあるが、重症の際はチューブを口や鼻から入れる気管挿管を行う。1-2週間以上続ける場合は、のどに穴を開ける気管切開（喉仏の下から直接気管に管を入れる）をしてチューブを入れる。  
 ＊胃ろうによる栄養補給：内視鏡を使い、局所麻酔で胃に管を通す手術を行う。その管を通して栄養を胃に直接注入すること。

(発行 一般財団法人 日本尊厳死協会)

# The SUPPORT study

- 米国で行われた、9000名の患者を対象とし、アドバンスディレクティブを介入としたクラスターランダム化試験
- 介入：熟練した看護師が病状理解を確かめ、ADを聴取。その情報を医師に伝えた
- ICUの利用、DNR取得から死亡までの日数、疼痛、ADの遵守、医療コスト、患者・家族満足度に差異は見られなかった

# ADが有効でなかった理由

- 患者が将来を予想すること自体が困難
  - 低いヘルスリテラシー、教育水準、重篤な病状
- その時点の選択が今も同じかわからない
- 代理決定者がその内容を知らない
- 代理決定者が、患者がなぜそのような判断をしたかがわからない
  - できるだけのことをしてほしい、と答える
- 実際の状況が複雑なために、ADの内容を医療・ケアの選択に活かさない

# 書類があっても役立たない？

## ADからACPへ

- 患者—代理決定者—医療者が、患者の意向や大切なことをあらかじめ話し合うプロセスが重要
- プロセスを共有することで、患者がどう考えているかについて深く理解することができる  
→複雑な状況に対応可能になる
- 価値感を理解し共有する

# 後期高齢者終末期相談支援料

- 「後期高齢者終末期相談支援料（200点）」
  - 2008年診療報酬改定でアドバンスド・ディレクティブが報酬評価項目となったことがある
  - 医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断した後期高齢者に対して、患者の同意を得て、看護師と共  
同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診  
療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等  
より提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定  
する」というものであった。
- 相談支援料は廃止
  - 「患者に、事実上の延命治療打ち切りを迫るものになりかねない」といった批判が続出し、あっけなくこの相談支援料は廃止されてしまう

# アドバンス・ケア・プランニング Advance Care Planning (ACP)

## アドバンス・ディレクティブ（事前指示）

代理意思  
決定者  
の選定

リビング  
ウィル

DNAR

DNAR: Do Not Attempt Resuscitate

# アドバンス・ケア・プランニング

## Advance Care Planning(ACP) : 定義

- 今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス
  - 患者が望めば、家族や友人とともに行われる
  - 患者が同意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアにかかわる人々の間で共有されることが望ましい。
  - ACPの話し合いは以下の内容を含む
    - 患者本人の気がかりや意向
    - 患者の価値観や目標
    - 病状や予後の理解
    - 治療や療養に関する意向や選好、その提供体制

<http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf>

# アドバンス・ケア・プランニング (ACP: Advance Care Planning)

- 年齢と病期にかかわらず、成人患者と、価値、人生の目標、将来の医療に関する望みを理解し共有し合うプロセスのこと
- ACPの目標は、重篤な疾患ならびに慢性疾患において、患者の価値や目標、選好を実際に受ける医療に反映させること
- 多くの患者にとって、このプロセスには自分が意思決定できなくなったりときに備えて、信用できる人もしくは人々を選定しておくことを含む

# ACPの分類

- 健康成人に対するACP
- 病気を持った患者に対するACP



# 健康成人に対するACP

- 意向は曖昧で、その度が変わり、遠い未来に対する仮の選択になる
- 不確実な判断、何をもたらすかわかっていない

Sudore RL, *J Health Commun* 2010

- どんな選択をしたか覚えていない
- 1 - 2年経つと違う選択をする

Wittink MN, *Arch Int Med* 2008

- Nursing homeの居住者のうち4割が5年間のうちに心肺蘇生に関する意向を変える Mukamel DB, *Med Care* 2013

- ADを書いてから死亡に至る時間が長い

- Nursing homeでも平均61ヶ月

Bischoff KE, *JAGS* 2013

# 早すぎても遅すぎても難しい

- 生命の危機に直面している患者には
  - 行われない Heyland DK, *JAMA Intern Med* 2013
  - 患者は話し合うことを避ける傾向（否認）  
Evangelista LS, *J Palliat Med* 2012
  - 救急や死の前日などに短時間で行われる  
Camhi SL, *Clit Care Med* 2009
  - 話し合いがされても、行われる医療行為をするかしないかに限られ、その背景にある価値観や目標が探索されない
  - 平均1分という調査もある

# 病気を持った人に対するACP

- 以下の状態にある患者に対する研究結果が蓄積されている
  - 予後が限られた患者
  - 慢性疾患を持つ患者
  - 人生の最終段階にある患者

# どのような介入が求められるか

- 診断について話し合う
- 予後と治癒が可能かについて率直に話し合う
- 治療のゴールを話し合う
- 標準化された症状評価ツールに基づいて症状マネジメントする（ESASやMSAS）
- つらさの寒暖計などつらさを評価する
- 精神的評価とサポート
- 早期からのホスピスプログラムの関与（亡くなる3-6か月前にあらかじめ受診しておく）

# ACPは質の高いEOLケアに必須

- 英国のGold Standard Framework
  - Advance Care Planning *first* for quality end-of-life care
- カナダやオーストラリアでも保健医療政策の中で重要なものと位置づけられる

# ACPの効用

- ACPを行うと

- 患者の自己コントロール感が高まる

*Morrison, J Am Geriatr Soc. 2005*

- 死亡場所との関連（病院死の減少）

*Degenholtz, Ann Intern Med. 2004*

- 代理決定者-医師のコミュニケーションが改善

*Teno J. JAGS 2007*

- より患者の意向が尊重されたケアが実践され、患者と家族の満足度が向上し、遺族の不安や抑うつが減少する

*Detering K, BMJ 2010*

# アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の実際

**いつ、誰に、誰が行うのか？**

# 早すぎても遅すぎても適切でない Goldilocks phenomenon

- 早すぎると不明確、不正確なものとなってしまう
- 遅すぎると、行われぬ
  - 患者の不安と否認
  - 医師の配慮、はなしにくさ
  - 直前に事務的に、もしくは家族のみに
- タイミングを逃さない実施が必要



## ゴディロック現象

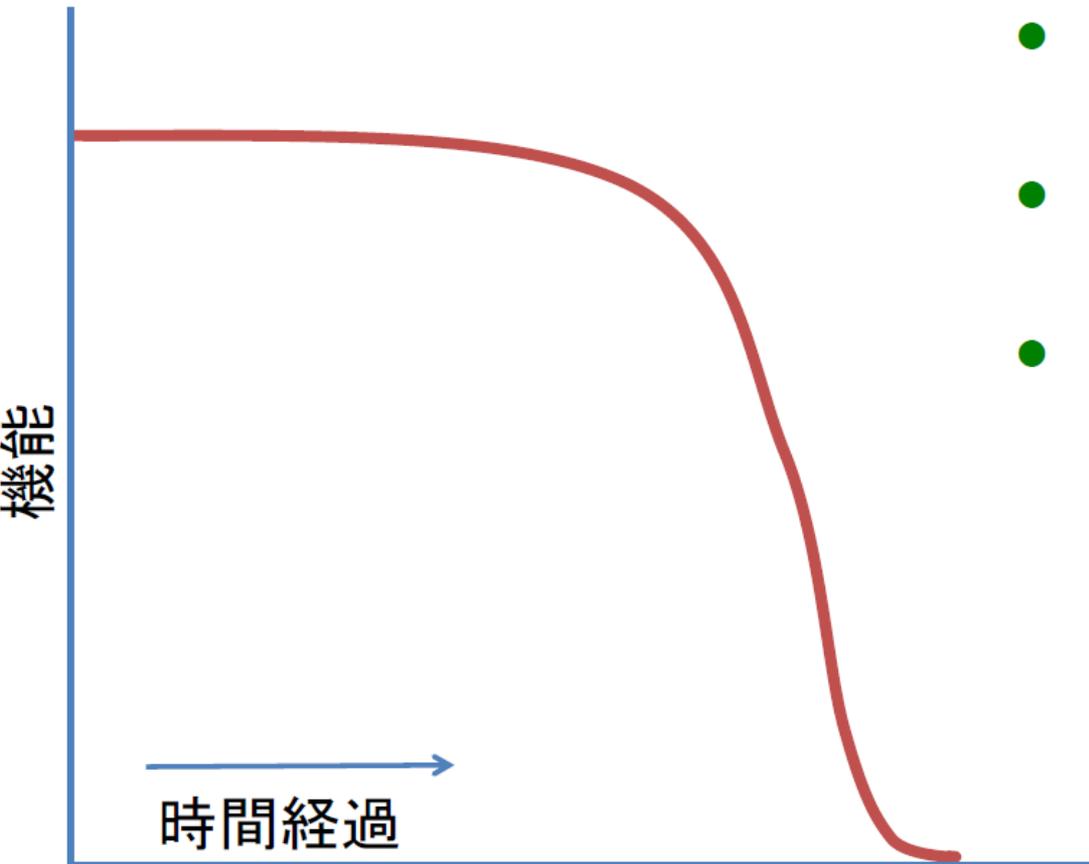
パパ熊のおかゆは too hot!! で  
食べられず  
ママ熊のおかゆは too cold で  
食べられず  
小熊のおかゆは just right だっ  
たので、全部食べてしまう。



# 早すぎるACPは望んでいない

- 病状の悪化や大きな身体機能の低下があった時
- 治療の変更時
- 早すぎると利益より害が多い
- 複数に分けて、適切な時期に適切な話題を

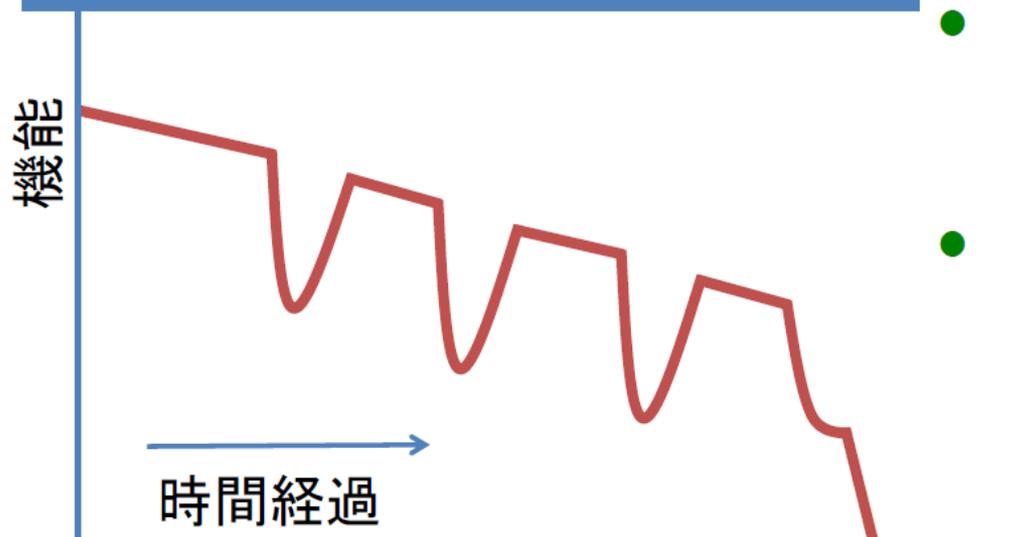
# がんの疾患軌跡



- 全身の機能は比較的良好に保たれた期間が続く
- **死亡前1~2ヶ月で、急速に状態が悪化する**
- **予後の予測が比較的容易**

# 心不全（臓器不全）の疾患軌跡

終末期の判断が  
難しい！



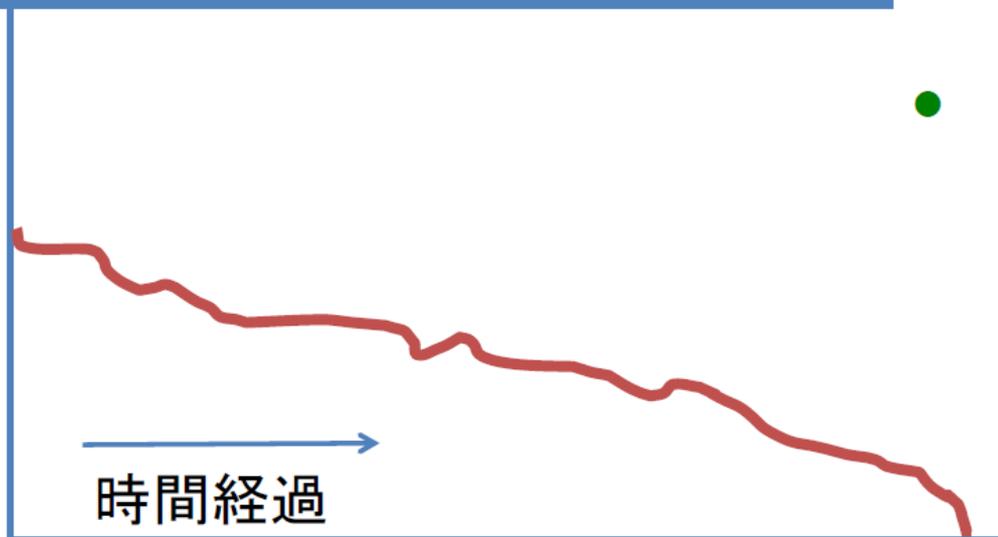
- 肺炎をはじめとした感染症の発症などによる**急激な悪化と改善を繰り返しながら**穏やかに状態が悪化する
- 急激な変化が起こったときに、それが**改善可能な変化であるのかどうかの判断が難しい**
- 死亡直前は比較的急速に変化する

# 認知症や加齢による衰弱の疾患軌跡

終末期の判断が  
難しい！

- 全身の機能が低下した時間が長く続く
- 全体的にゆるやかな低下が続き、死亡まで機能が低下していく
- **そもそもいつからが終末期なのか不明確**

機能



# どのような患者に緩和ケアを実施する？

この患者さんが1年以内に  
亡くなったら驚きますか？



もし**驚かない**のなら  
緩和ケアを開始したほうがよい

- スクリーニングツールとして

# ツールを用いる 例) SPICTを利用する

## Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT™)



**The SPICT™ is a guide to identifying people at risk of deteriorating health and dying. Assess these people for unmet supportive and palliative care needs.**

**Look for two or more general indicators of deteriorating health.**

- Performance status is poor or deteriorating (the person is in bed or a chair for 50% or more of the day); reversibility is limited.
- Dependent on others for most care needs due to physical and/or mental health problems.
- Two or more unplanned hospital admissions in the past 6 months.
- Significant weight loss (5-10%) over the past 3-6 months, and/ or a low body mass index.
- Persistent, troublesome symptoms despite optimal treatment of underlying condition(s).
- Patient asks for supportive and palliative care, or treatment withdrawal.

# SPICT

- PSが低下、もしくは悪化傾向（50%以上をベッドもしくは椅子で過ごす）にあり回復が望めない
- 身体的・精神的問題で、ほぼ全ての日常生活に他者からの支援が必要
- この6ヶ月以内に2回以上、予定外入院の病歴がある
- 3-6ヶ月以内に5-10%の体重減少があるか、BMIが低い
- 基礎疾患に対する治療が行われているにもかかわらず、持続的に問題となる（つらい）症状がある
- 患者から支持療法、緩和ケア、もしくは治療中止の希望がある
  - この他、疾患別にクライテリアが用意されている

# 専門緩和ケアの紹介基準

## ACPのタイミングと考えても良い

- 患者のニーズからみた基準
  - － 重度の身体症状（痛み、呼吸困難など。10段階で7-10）
  - － 重度の精神症状（抑うつ、不安など。10段階で7-10）
  - － 早く死なせてほしいと患者が求めた時
  - － スピリチュアル・実存的な危機にある時
  - － 意思決定支援、ケア計画の支援が必要な時
  - － 緩和ケアを受診したいと患者が求めた時
  - － せん妄がある時
  - － 脳転移・髄膜転移
  - － 脊髄圧迫・馬尾症候群
- 病期・病状からみた基準
  - － 予後が1年以内と推定される進行がん診断から3ヶ月以内
  - － 二次化学療法でPDと判断された進行がん患者

# 患者は医師とのACPをのぞむ

- 自分を最もよく知っている医師

Hancock K, *Palliat Med.* 2007.

Dow LA, *J Clin Oncol.* 2010.

- オンコロジスト
- 担当医
- 家庭医

# ACPをどのように進めるか

- 医療従事者のトレーニング、特にCST
- 必要な患者を同定
- ACPについて切り出すタイミングを見極める
- 患者・家族と話し合いをすすめる
- チェックリストやマニュアルを活用する
- 重要な情報を電子カルテ等参照できるところに保存する
- 結果を評価する

# 概要

- 一般的なルール
- 病状の認識を確かめる
- 話し合いを導入する
- 代理決定者を選定する
- 療養や生活での不安・疑問を尋ねる
- 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる
- 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する
- 代理決定者の裁量の余地について尋ねる

*Modified from Respecting Choices,  
Sudora R, Ann Int Med 2010.*

# 一般的なルール…

- 礼儀正しく、丁寧に
- 患者・家族の防衛機制に応じて**侵襲的でない**コミュニケーションを
- 表情、動作に留意し空気を読む
- つらそうな反応や言動があったらそこで止める
- もしよろしければ～について伺いたいのですが
- もしも・・・万が一・・・

## …一般的なルール…

- 相手の感情に留意
  - 表情、視線、しぐさ
- 感情に気づいたら、感情への対応を優先する
  - これをおろそかにすると、質の高いコミュニケーションは難しい
    - 時には時間の浪費になってしまうことさえある

## …一般的なルール

- Hope for the best, Prepare for the worst.
  - まず患者・家族の希望や大切にしていることを尋ね、探索し、共感し、理解する
  - そのうえで、今後の病状の変化に備えて、もしもの時についての話を切り出す

*Back AL, Arch Int Med 2007*

- まず経験を尋ね
  - その内容を探索する

# まとめ

- ACPは生命の危機がある疾患に直面している患者・家族のQOLを向上する有力な手段である
- 生命の危機に直面している患者・家族とACPを行うには以下のことが重要である
  - 非侵襲的なコミュニケーションを心がける
  - 感情に注目し、対応する
  - 代理意思決定者ととともにプロセスを共有する
  - 大切にしたいこと、してほしくないことを尋ねる
  - 患者にとっての最善を協働して探索する

# 市民へのACPの普及に関連する要因

## 市民啓発を行う意義

- UKでの調査：ACPについて話し合う機会の提供、男性、高齢、よい健康状態

Musa I, Seymour J. *Age Ageing*. 2015

- 家庭医を持っていること（OR 2.0）、ACPに関する知識があること（OR 2.0）

Morrison RS. *Arch Intern Med*. 2004

- ACPという言葉を知っていること、そしてその内容を知っていること

Tripken JL. *Am J Hosp Palliat Care*. 2016

# 検討会の報告をもとに ガイドラインが公表

## 人生の最終段階における医療・ケアの 決定プロセスに関するガイドライン

厚生労働省

改訂 平成30年3月

## 「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」 をご存知ですか？

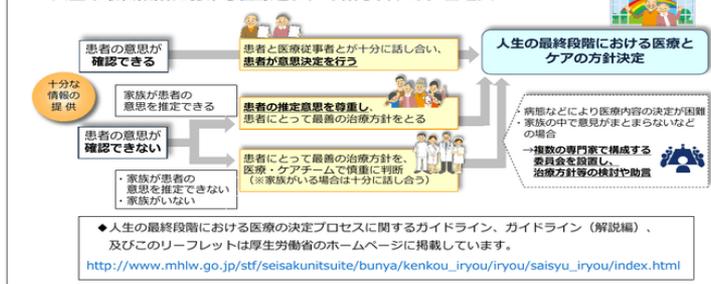
### 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」とは？

人生の最終段階を迎えた患者や家族と、医師をはじめとする医療従事者が、患者にとって最善の医療とケアを作り上げるためのプロセスを示すガイドラインです。

#### ▶ 人生の最終段階における医療とケアのあり方

- ① 医師など医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本とした上で、人生の最終段階における医療を進めることが最も重要な原則である。
- ② 「人生の最終段階における医療」における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止などは、多専門職種医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより可能な限り痛みやその他の不快な症状を十分に緩和し、患者や家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療とケアを行うことが必要である。

#### ▶ 人生の最終段階における医療とケアの話し合いのプロセス



### 「人生の最終段階における医療」の表記について

厚生労働省では、従来「終末期医療」と表記していたものについて、広報などで可能なものから、「人生の最終段階における医療」と表記します。これは、最期まで尊厳を尊重した人間の生き方に着目した医療を目指すことが重要であるとの考え方によるものです。

「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」  
に変わります

# 2018年診療報酬改定と 新ガイドライン

- 評価された入院基本料
  - 「療養病棟入院基本料」
  - 「地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1、3」
- 訪問診療料
  - 「在宅患者訪問診療料」の「在宅ターミナルケア加算」・「訪問看護ターミナルケア療養費」など
- 要件
  - 「ターミナルケアの実施については、ガイドライン等の内容を踏まえ、患者本人およびその家族等と話し合いを行い、患者本人・家族等の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること」

# 医療と介護のクロスロード to 2025

- **2月20日緊急出版！**
- 2018年同時改定の「十字路口」から2025年へと続く「道」を示す！
- 医学通信社から  
2018年2月出版予定

本体価格 1,500円 + 税

アマゾンの医療倫理  
の項目で瞬間風速で  
第一位！



# 今日のまとめ

- ・ 団塊の世代の大死亡時代が目前
- ・ アドバンスド・ケア・プランニングを普及させよう
- ・ ACPのポイントは本人意思・選好の尊重と  
チーム医療による繰り返しの話し合い

# ご清聴ありがとうございました



フェイス  
ブックで  
「お友達募  
集」をして  
います

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>  
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開し  
ております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで  
[mutoma@iuhw.ac.jp](mailto:mutoma@iuhw.ac.jp)