

在宅・施設・病院 それぞれの多職種によるACPの在り方

がん診療連携拠点病院での ACPの取り組みについて



市立函館病院緩和ケアチーム
山崎 裕

市立函館病院のACPの取り組み 1

- 2017年10月 リビングウィルワーキンググループ（WG）発足
 - 当初は終末期における事前指示書（リビングウィル）を作成することを目的とした多職種（医師、看護師、SW、連携担当、事務など）のWG
- 2018年3月 厚生労働省が『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』改訂
 - 事前指示書の記入ではなく、患者、家族等と医療者が繰り返し話し合う（＝アドバンス・ケア・プランニング（ACP））ことに重点
- 2018年10月 厚労省委託事業『患者の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会』にWGから医師、看護師、SWが参加
 - 院内で相談員養成のためのミニセミナーを開催
- 2018年11月 ACPを話し合うツールとして、“もしも”の時に希望する医療・ケアを記入する『もしもノート』第1版を作成
- 当院のACPの取り組みを『もしもプロジェクト』として道南医療圏での講演会、勉強会で紹介
- 2019年8月 患者サポートセンターなんでも相談コーナーで、『もしもノート』の配布を開始

市立函館病院のACPの取り組み 2

- 2019年10月 各職種対象のACP研修会を開始

コロナ禍 勃発

- 2020年2月以降 院内研修会、外部講演会→すべて中止
- 面会制限で診療目的以外の来院者が激減
- 『もしもノート』配布数はゼロに。。。

当院でのACPの実際

- 特に定型化されたものはない
- がん診療では、診断→治療→再発→療養の場の決定の流れの中で、**患者・家族とがん治療医のあいだでACP的な事項について話し合われることが多い**
- 患者サポートセンター内「**がん相談**」「**緩和ケア相談**」「**なんでも相談**」各コーナーで、随時相談を受けつけている
- 非がん疾患、救急疾患でのACPが今後の課題

2021年6月 日本緩和医療学会 発表

アドバンス・ケア・プランニングの 実施状況と死亡場所の関連について

山崎 裕¹⁾²⁾ 村田 京子²⁾ 小野 裕子²⁾
安藤 嘉朗²⁾ 中嶋 紘文²⁾ 根本 将太²⁾
赤松 直子²⁾ 中村 万希²⁾ 藤田 佳子²⁾

- 1) 市立函館病院 緩和ケア科
- 2) 市立函館病院 緩和ケアチーム

対象と方法

【対象】

2019年1月-12月に緩和ケアチーム（PCT）が新規介入して、2020年12月までに死亡が確認されたがん患者

【方法】

ACPの構成要素から6項目を選択。電子カルテから、患者本人と医療者が話し合ったことが確認された項目を後方視的に抽出

実施されている場合は1点、未実施は0点として、合計したものを「ACPスコア」として集計

最終的な死亡場所とACPスコアの関連を一元配置分散分析（ANOVA）で検定

調査対象の6項目

- ① Do Not Attempt Resuscitationの指示
 - ② Best Supportive Careの指示
 - ③ ①②以外の事前指示
 - ④ 代理人選定
 - ⑤ 優先事項の確認
 - ⑥ 希望する療養の場所の確認/選定
- ③は指示書記入は1点、口頭確認は0.5点
④は患者から申し出がある場合は1点、申し出はないが代理人が明らかである場合は0.5点

結果-1

2019年1月-12月の新規介入患者 112名
そのうち2020年12月までに死亡確認したがん患者 88名

平均年齢（歳） 69.4（18-89）

男女比 女性34（38.9%）
男性54（61.1%）

ACPスコア平均 2.75（0-5.5）
がん種による差異は見られなかった

最終的な死亡場所	<i>n</i>
当院入院中の死亡	54
ホスピスでの死亡	23
ホスピス以外の転院先医療機関での死亡	9
在宅看取り	2

がん種	<i>n</i>
肺	20
肝胆膵	18
大腸	11
胃	9
乳	8
婦人科	6
食道	4
泌尿器	4
原発不明	3
頭頸部	2
皮膚	2
血液	1

結果-2

図1 ACP項目のカルテ記載状況

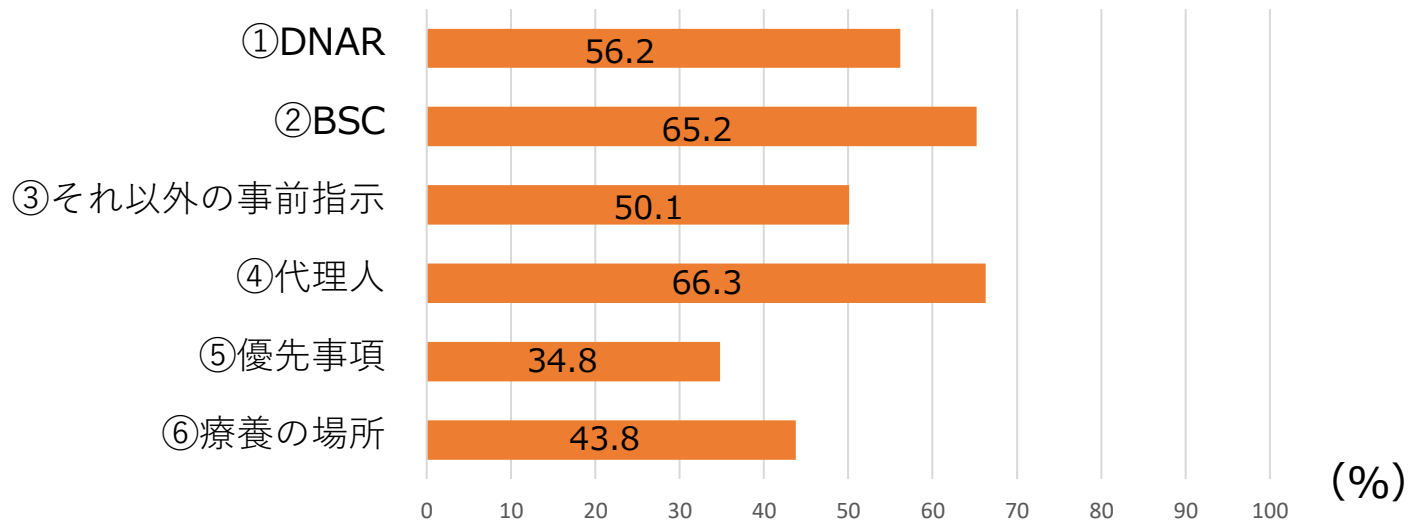
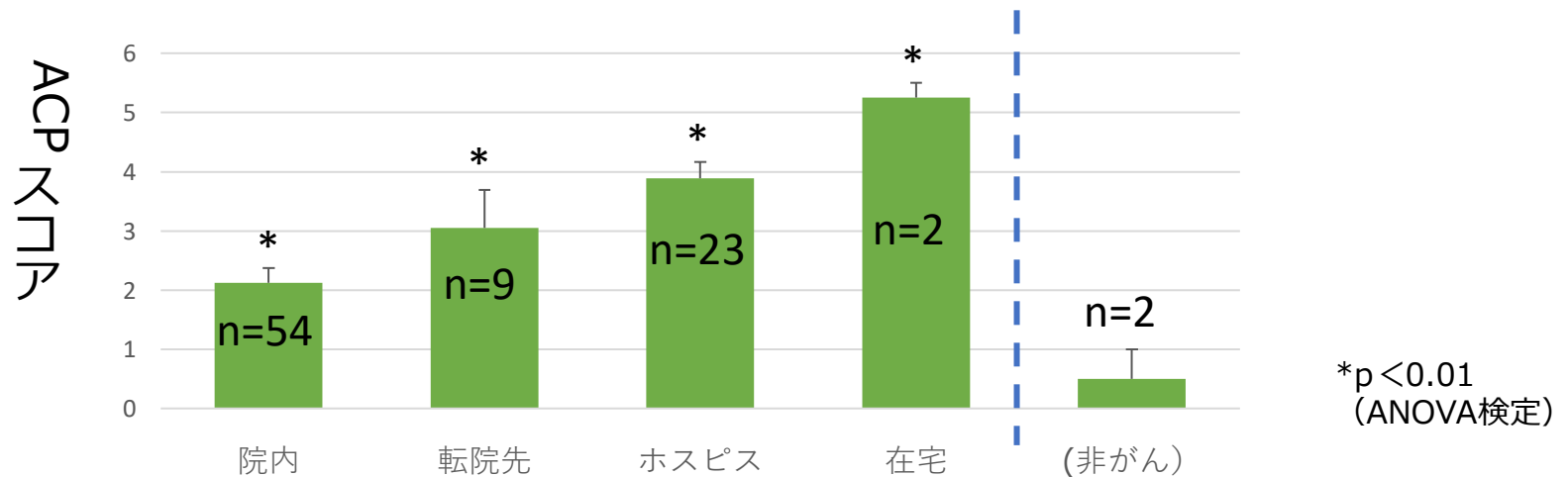


図2 最終的な死亡場所とACPスコアの関連



事例 1

- A氏 30代 女性
- X年 子宮がんステージ 1 の診断で広範子宮全摘OP→化学放射線治療
- X+1年 がん再発 化学療法開始
- X+2年 強い頭痛で脳神経外科/内科を受診→トリプタン製剤で症状軽減せず、PS低下あり入院開始→がん性髄膜炎の診断
- 緩和ケアチーム介入開始→オピオイド内服で症状軽減
- 産婦人科では今後BSC方針を確認

事例1

- 強い希望あり自宅退院したが頭痛強くなり救急搬送された→オピオイド持続静注開始
- 頭痛軽減あり一時退院希望
- 両親、実妹、高校生の長男、長女と同居
- **退院前カンファレンス実施**
 - 患者家族、病棟スタッフ、訪問看護ステーション、緩和ケアチーム、医療連携スタッフが参加
- PCAポンプを装着し、家で2泊できた



事例1

- 強い希望あり自宅退院したが頭痛強くなり救急搬送された→オピオイド持続静注開始
- 頭痛軽減あり一時退院希望
- 両親、実妹、高校生の長男、長女と同居
- **退院前カンファレンス**実施
 - 患者家族、病棟スタッフ、訪問看護ステーション、緩和ケアチーム、医療連携スタッフが参加
- PCAポンプを装着し、家で2泊できた
- その後、抗がん剤の脊髄注入治療で頭痛軽減ありオピオイドは内服に変更できた
- 訪問看護導入して自宅退院

家で過ごしたいという患者と家族の願いが一致
家族のサポート体制あり
試験的な一時退院で家で過ごす自信がついた
退院前カンファレンスによりきめ細かい居宅環境整備が可能に

明確なACPで多職種によるサポートが実現

事例2

- B氏 70代 男性
- X年 中咽頭がんステージ2の診断。化学放射線治療施行。
- X+2年 がん再発（右舌根～咽頭、多発骨転移）
→全身化学療法、骨転移に放射線治療
- X+3年 中咽頭がんからの大量出血で救急搬送
自然止血されたが、口腔、咽頭内に腫瘍突出あり
いつ大出血してもおかしくない状態であった
- 主治医から今後はBSC/DNAR方針が望ましいので
患者と家族で話し合うよう説明された
- 妻KP①と同居。長男KP②が近隣在住。長女は札幌。

事例2

- 話し合いの結果、急変時には**フルコード**を希望
- →経口挿管は腫瘍のため困難であり、出血時に気管切開は出来ないので、予防的気管切開を施行
- →咽頭狭窄あり、胃ろう増設検討も内視鏡通過せず、胃管留置で対応
- 在宅療養希望あり、**退院前カンファレンスを実施**。訪問診療、訪問看護導入して自宅退院。
- 退院1か月後、口腔から出血あり救急搬送、入院開始。フルコード希望は変わりなし。

家で過ごしたいという患者と家族の願いが一致
家族のサポート体制あり
退院前カンファレンスにより急変時の対応をあらかじめ決定

**明確なACPで多職種によるサポートが実現
…？**

家で過ごしたいという患者と家族の願いが一致
家族のサポート体制あり
退院前カンファレンスにより急変時の対応をあらかじめ決定

患者のQOLを決めるのは患者自身

明確なACPで多職種によるサポートが実現

事例3

- C氏 70代 男性
- X-11年 糖尿病の診断で治療開始（自己判断で治療中断歴あり 食事コントロール不良）
- X-10年 糖尿病性慢性腎臓病の診断でフォロー開始
- X年 血清クレアチニン >5 となり、透析導入目的で当院泌尿器科紹介となった
- 透析はやりたくない。「やらないで死んでもいい」泌尿器科医が腎代替療法について詳しく説明→以後受診無し
- 妻と同居。長男が函館近郊（医療者）、次男は名古屋

事例3

- X+1年 さらに腎機能は低下、血清カリウム上昇
- 長男は透析を受けるよう説得するも拒否。妻はあきらめ顔
- 急変時の受け入れ先が未定のまま、徐々に全身状態増悪

- 前日から呼吸状態悪化してPS低下。翌日に意識レベル低下あり救急搬送。当院救命センターで死亡確認

事例3

- X+1年 さらに腎機能は低下、血清カリウム上昇
- 長男は透析を受けるよう説得するも拒否。妻はあきらめ顔
- 急変時の受け入れ先が未定のまま、徐々に全身状態増悪

- 前日から呼吸状態悪化してPS低下。翌日に意識レベル低下あり救急搬送。当院救命センターで死亡確認
- 死亡1週間前まで“生きがい”であった競輪場、パチンコ屋に行けたとのこと

透析をしたくない患者と長生きしてほしい家族
の願いが不一致

家族のサポート体制なし

主体となる医療者が不在で、急変時対応も未決
定のまま最期を迎えた

患者の希望するQOLは保たれた？

**明確なACPはあったが、
共有過程に問題**

まとめ

- もしもノートを使ったACPはあまり進んでいない
- がん診療はACPと両輪の関係だが、実際には治療の説明のみになっている場合も
- 患者家族の希望する療養の場所を実現させるには退院前カンファレンスが重要
 - 病院-家族-在宅医療/看護が有機的に連動
- (理想的な) ACPは難しい。。。だから何度も話し合いが必要