

2021年3月23日

国際経済研究所・アクセシビリティ研究会

ACPによる 人生の最終段階における意思決定と ICTツール活用

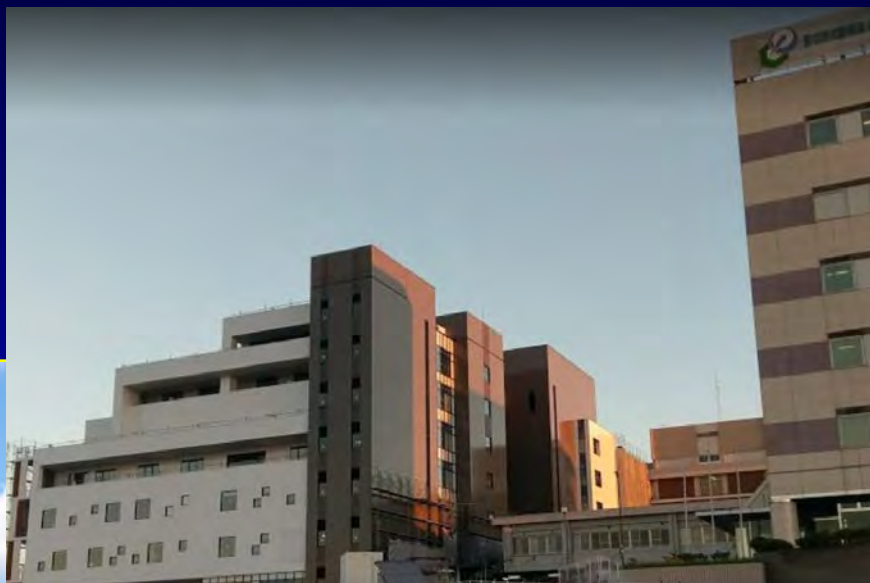
1. アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）
2. 医療・ケアに関する多職種の説明とその反応・理解を効率よく記録・共有できるICTツールを活用して質の高い在宅医療・ケアを提供する

金城学院大学 薬学部 / 国立長寿医療研究センター 在宅医療・地域医療連携推進部

千田一嘉



国立長寿医療研究センター



- ・ 高齢者の心と体の **自立(自律)+尊厳**を促進、健康長寿社会の構築に貢献
- ・ 高度先駆的医療、新しい機能回復医療、包括(統合)的・全人的(人格中心)医療



在宅医療・地域医療
連携推進部
呼吸器科
治験・臨床研究センター
臨床研究企画室

ACPによる 人生の最終段階における 意思決定とICTツール活用

1. アドバンス・ケア・プランニング (ACP)
2. 医療・ケアの説明とその反応・理解

正確かつ十分な情報提供→理解に基づくACP

3. ACPのコミュニケーションの過程を共有した
医療・ケア体制の構築

自らが望む 人生の最終段階に おける医療・ケア

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

2018.3

ACP(アドバンス・ケア・プランニング)
の愛称を「**人生会議**」に決定しました
2018.11.30

厚生労働省

人生会議のロゴマーク
を選定しました



いいですか？

めに

合ってみませんか～

進めかた（例）

が
ることは
？

が
人は
？

人や
ームと
たか？

結果を
に伝えて
るか？

心身の状態に応じて意思は変化することがあるため
何度でも 繰り返し考え 話し合ひましょう

は取組は、個人の主体的な
って考え、進めるものです。
ない、考えたくない方への
量が必要です。

ださい。

pu/index.html



あなたが
大切にしていることは
何ですか？

あなたが
信頼できる人は
誰ですか？

信頼できる人や
医療・ケアチームと
話し合いましたか？

話し合いの結果を
大切な人たちに伝えて
共有しましたか？

心身の状態に応じて意思は変化することがあるため
何度でも 繰り返し考え 話し合ひましょう

QOD: 死にゆく過程の質調査

Economic Intelligence Unit Lien Foundation



#1.英国

#2.オーストラリア

第23位

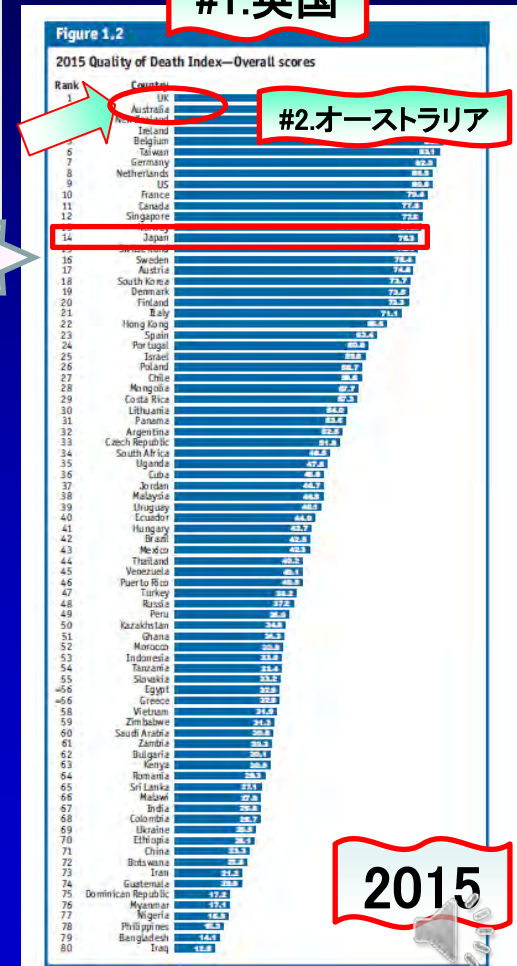
最高の施設と熟練した専門家が質の高い医療制度を支えている



第14位

#1.英国

#2.オーストラリア



EOLケアはガンが中心で、非ガン疾患のEOLケアは未だ普及していない

2010

	Rank/80	Score/100
Quality of Death overall score (supply)	14	76.3
Palliative and healthcare environment	14	62.2
Human resources	16	67.5
Affordability of care	17	85.0
Quality of care	=16	83.8
Community engagement	=5	82.5

第14位
Palliative and healthcare environment

EOLケアの基本的環境

第5位

Community engagement

第16位

Human resources

EOLケアを担う人材

第17位

EOLケア利用可能性

地域参加

第16位

EOLケアの質

2015

2015

英国式の人生の最終段階のケアをわが国へ導入

英国式 EOLケア 体制	Key Area	Key Question	Key Support	わが国では
	フレイルの 注意喚起	早期からEOL ケアを必要とする フレイルを同定	ICT利用で、EOLケア を必要とする患者を 同定し、注意喚起	フレイル 高齢者支援
	意思決定 支援	適切な患者に 適切な時に 適切なこと	アドバンスケア プランニング(ACP) を活かしたEOLケア	EOLケアチーム の早期介入体制 の構築
	効果判定	適切な医療行為 現実とのギャップ 将来へ反省	After Death Analysis (ADA)で、ケアの質を 評価し、改善	医療の質評価 Quality Indicator の整備
	情報 共有	職種を越えた 真の多職種協働の ための情報共有	行政と医療の職種を 越え、医療の質を改善 するため情報共有	多職種協働の ICTツール開発



ACP事例集

はじめに（執筆者

目次

- 事例 1. [多職種による繰り返しの意思決定支援により](#)
ACPファシリテーター：一般社団法人 日本老年医学会
倫理委員会「エンドオブライフに関する小委員会」
- 事例 2. [延命医療を望まないパーキンソン病患者から人工呼吸器の使用を拒否する事例](#)
ACPファシリテーター：介護支援専門員（ケアマネジャー）
- 事例 3. [透析療法を拒否する末期腎不全患者に対して透析療法を開始する事例](#)
ACPファシリテーター：看護師
- 事例 4. [在宅生活を希望するがん患者に対し、地域連携ICTを活用した在宅医療の実現事例](#)
ACPファシリテーター：医療ソーシャルワーカー
- 事例 6. [アルツハイマー型認知症をもつ高齢者の在宅看取りの実現事例](#)
ACPファシリテーター：介護支援専門員（ケアマネジャー）
- 事例 7. [維持血液透析を離脱して最期を迎えた事例](#)
ACPファシリテーター：看護師（有床透析クリニック）
- 事例 8. [人工呼吸器を使用し一人暮らしをしている高齢男性の在宅看取りの実現事例](#)
ACPファシリテーター：介護支援専門員と医療ソーシャルワーカー

日本老年医学会 「ACP推進 に関する提言」

2019 年

日本老年医学会 「ACP推進 に関する提言」

2019 年

事例集

一般社団法人 日本老年医学会
倫理委員会「エンドオブライフに関する小委員会」

【事例 1】

多職種による繰り返しの意思決定支援により

本人希望に添った看取りを実現した事例

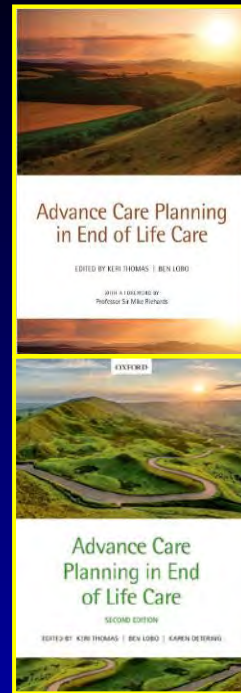
ACP ファシリテーター：かかりつけ医

<本人プロフィール>

A 氏、82 歳男性。元教員。高血圧、糖尿病で約 10 年前から近くの医院を受診していた。同院院長の B 医師がかかりつけ医。A 氏はアルツハイマー型認知症を患っていた妻を自宅で介護した経験をもつ。妻は 3 年前に他界し、その後は独居。一人娘は他県在住。毎週 1 回は電話をかけてくるが、A 氏宅に来るのは 1 ヶ月に 1 回程度。

アドバンス・ケア・プランニング ACP（人生会議） 2018.11

2011



2018

高齢者の意思決定能力低下に備える、
医療・ケア従事者が十分に情報提供した上での、
高齢者の意思決定を支援・共有する
双方向のコミュニケーションの過程（プロセス）

1. 高齢者の価値観や意向を確認し、 **リビング・ウィルの表明**
胃ろうや人工呼吸器など治療・ケアの選択だけでなく、
「心地よさ最優先」か、あるいは「延命至上主義」か、
といった医療・ケア全体の目標を明確にする
2. 意思決定ができなくなった高齢者に代わって意思決定
する医療代理人（代弁者）を指名する

医療代理人（代弁者）指名

アドバンス・ディレクティブ（AD; 事前指示書）



予測の問題: 予測困難

- 人々は、レストランで食事を注文するようには、
自分一人では、
自分たちの医療行為の要望が決められない
- 自分自身だけでは現状を把握し辛く、
将来の予測が立てにくい
医学的、感情的、社会的な前後関係
- 時につれ、人の意向は変化
健常・青壮年期と真の人生最終段階

十分な医療・ケアの
情報提供の上での議論

フランス語のメニューが
読めますか？

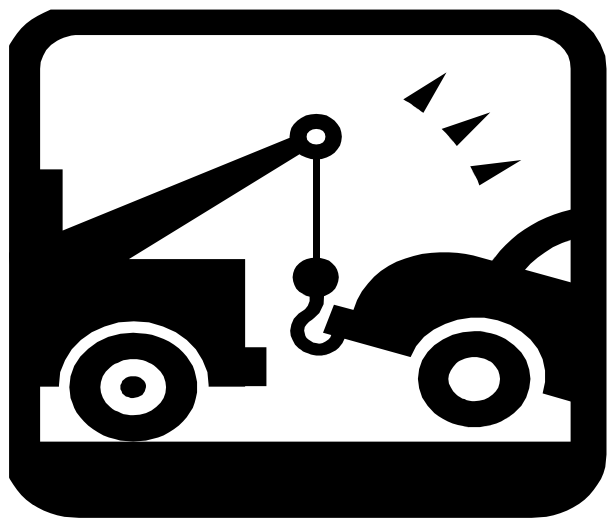
ヘルスケア・リテラシー問題

書類とチェック・ボックス

- ・どんな書類やチェック・ボックスも
人間の状態の複雑さや、
不確実性を解消することは不可能
- ・事前指示 (Advance Directive; AD) もまた同様に、
しばしば前後関係を失い、
真の結末の場において、
不適切であったり、十分に対応しきれない
- ・有事の際、医療・ケア従事者が利用できない



最期は誰も予見できない.....



Hope for the best, Plan for the rest...

“治療が成功し、
快方に向かうことを期待しながらも、
もし良くならなかったとしたら、
最も大切なことは何ですか？



なぜ真にACPが必要とされるのでしょうか？

Why do we surely need ACP?

69 year old woman who made this tattoo to prevent what happened to her husband. He was resuscitated against his explicit DNR wish and died 3 weeks later in an ICU in Toronto.

DO NOT
RESUSCITATE

左胸上部に、
心肺蘇生無用

Do not Resuscitate
DNR

刺青を入れる必要は？

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

CORRESPONDENCE



An Unconscious Patient with a DNR Tattoo



N ENGL J MED 377;22 NEJM.ORG NOVEMBER 30, 2017

The New England Journal of Medicine



書類があっても役立たない？

- 患者 — 医療代理人 — 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

前もって：
そなえよ、常に
Be prepared !

(アドバンス・ケア・プランニング; ACP)

- プロセス(ACPの過程)を共有することで、
患者がどう考えているか深く理解できる
→ 複雑な状況に対応可能になる



医療
代理人指名

ACPの会話の構造(人生会議)

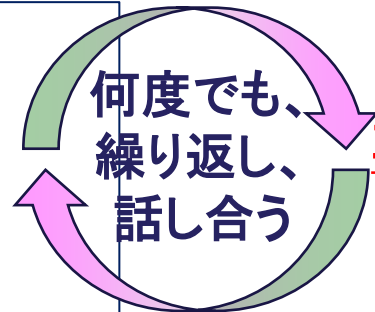


• ACPの会話・コミュニケーションは構造化された議論

- おおまかな筋立てに沿った議論
- 議論の順序は臨機応変
 - 患者の病状や環境
 - 医療者の経験や技量
 - 議論する者の意向

• 代弁者(医療代理人)がACPの会話に加わることでACPの効果が高まる

再評価



再評価

常に更新

• 定期的な更新作業

• 必要な時にACPが活用できる体制構築

Advance Care
Planning Australia

BE OPEN | BE READY | BE HEARD

臨床フレイル スケール



1.
壮健

頑強で活動的 精力的で意欲的
定期的に運動
同世代では最も健康状態がよい



2.
健常

病的な症状なし 運動習慣あり
機会があれば運動



3.
元気

医学的な問題はよく管理
運動習慣はウォーキング程度



4.
脆弱

日常生活に支援を要しない
症状によって活動が制限
「遅い動作・日中に疲れ」の訴え



5.
**軽度
フレイル**

動作が緩慢 難度のIADL低下
金銭管理、交通機関利用、服
薬管理の支障



6.
**中等度
フレイル**

要支援
階段の困難 入浴介助
更衣の見守り



7.
**高度
フレイル**

要介助
病状は安定
半年内の死亡リスクは低い



8.
**最高度
フレイル**

全介助・死期が近い
尿路感染など軽い疾患の
回復の見込みなし



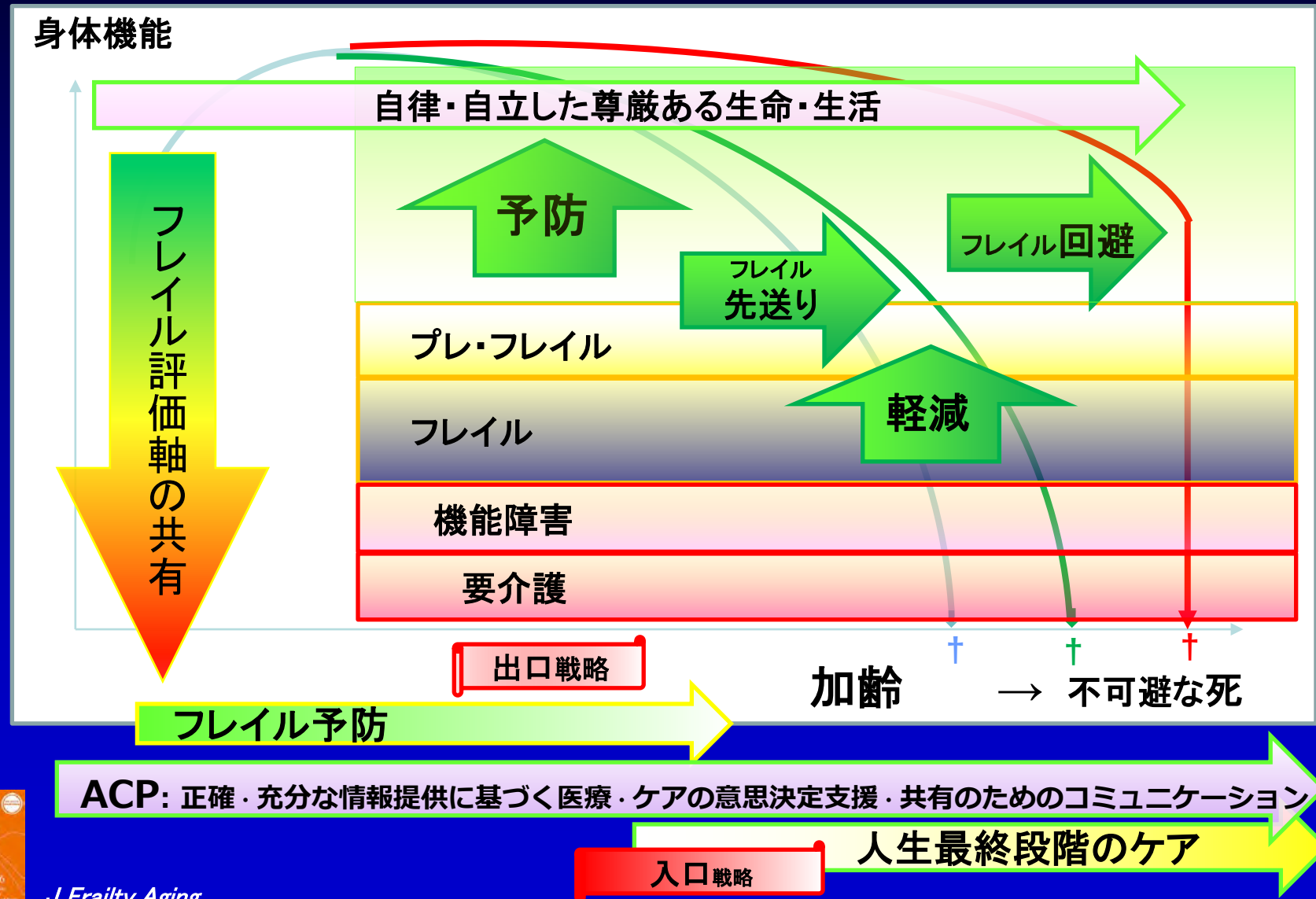
9.
**最終段階
フレイル**

死期が近い・予後半年



一貫して、
継続的

フレイル・介護予防プログラムの統合ケア



(英国式)患者視点立脚型人生最終段階のケアの 3段階 + 4要素と5基準

1. フレイルの
同定
2. **ACP**
3. EOLの計画

1. コミュニケーション
2. 多職種連携・協働
3. 症状緩和+
人生最終段階のケア
4. 生涯教育・支援

1. フレイルの患者さんを同定
2. 正しいケアを
3. 患者さんの望む場所で
4. 適切な時期に
5. さらに、繰り返し

高齢者安心・安全
のために
住み慣れた
地域で支える

**アドバンス・ケア・プランニングの基盤となる
高齢患者の医療・ケアの
説明とその反応・理解に関する情報を
多職種で共有して協働する
チーム連携ICTシステムの検討**

電子@連絡帳

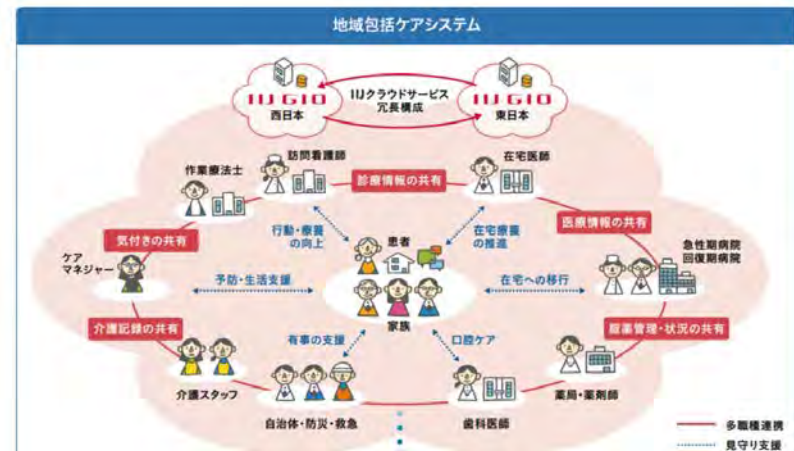
地域の暮らしを支える
専門職ネットワークサービス



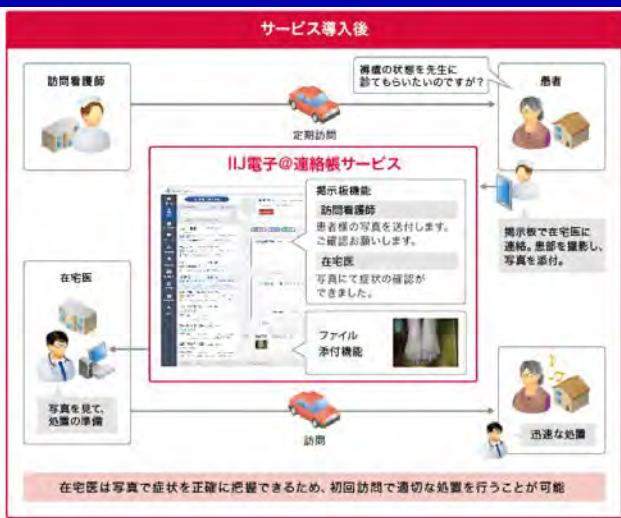
地域の暮らしを支える専門職ネットワークサービス

IIJ電子@連絡帳サービス

IIJ電子@連絡帳サービスは、地域の「医療・福祉（介護を含む）」に携わる専門職が情報を簡単に共有し、地域の医療連携と地域包括ケアを統合的に実現できる多職種連携プラットフォームです。名古屋大学医学部附属病院 先端医療開発部 先端医療・臨床研究支援センターとIIJが共同研究でサービス化し提供しています。



IIJ電子@連絡帳サービスは、地域の「医療・福祉（介護を含む）」に携わる専門職が情報を簡単に共有し、地域の医療連携と地域包括ケアを統合的に実現できる多職種連携プラットフォームです。名古屋大学医学部附属病院 先端医療開発部 先端医療・臨床研究支援センターとIIJが共同研究でサービス化し提供しています。



在宅医療・介護連携の現場の情報伝達・共有の問題

- 異なる現場の医療・ケアのプロフェッショナルの間で、**説明と反応・理解**

1. 病名、治療方針(処方内容)、予後説明、既往歴、介護認定等
2. 医療・介護(ケア)に関する意向・価値観、ゴール設定の表明

に関する情報が共有されない

アドバンス・ケア・プランニング; ACP

トランジショナルケア問題

- それぞれの医療・ケアの現場での単独の医療・ケアに留まりがち
- いわゆる「医療・ケアの断片化(fragmentation)」

統合ケア
Integrated Care
Person—Centered Care
人格中心主義

- 急性と慢性の症状が混じり合った、持続的で複雑な病態を
- 多職種からなる医療・ケアチームが一貫して、継続して切れ目なく
- 患者のゴール設定・意向(ACP)と病状に関する正確な情報に基づいた包括的な医療・ケアの計画により実践

【目的と方法】

- ・ 医療・ケアの情報を効率よく記録して共有できる
情報通信技術(ICT)を用いた多職種協働ツールを
開発し、質の高い在宅医療・ケアを提供する
- ・ 2017年3月、9月、2018年3月に国立長寿医療研究
センター在宅連携医療部の多職種(医師、歯科医師、
看護師、薬剤師、保健師、理学・作業・言語療法士、
栄養士、医療ソーシャルワーカー、介護支援専門員、
医療事務、約50名)が一堂に会し、多職種協働の情報
共有ツールを検討した
- ・ 各医療・ケア従事者が、他の職種に提供すべき医療・
ケアの情報と、他の職種に期待する情報の内容、その
優先順位と方法を議論した

説明と反応・理解

医療・ケアする者は患者が説明を十分に理解されたか把握する必要がある

- ・ 医療・ケア従事者は患者の意向を十分には理解していない



- ・ 患者自身(+家族・代弁者)は、自分の医療・ケアの方針や見込みについて十分に理解しているだろうか？



- ・ 意思決定の支援→共有(患者・家族・代弁者+医療・ケア者)の第一歩として十分な情報提供の在り様を可視(みえる)化
- ・ 人間(人格)中心の医療・ケア

【結果】

- ・ 提供すべき医療・ケアの情報と、期待する情報
 - 1.医療・ケア従事者が患者・家族に対し医療・ケアについて説明した内容
 - 2.その説明に関する患者・家族の反応
 - 3.医療・ケア従事者の意図どおり理解されたか否か
- ・ 1.病状説明(診断)、2.治療方針、3.予後説明、4.介護方針に関する説明内容
- ・ 多職種が医療・ケアの説明内容と説明に対する患者・家族の反応と理解が現場で効率よく記録できるスマートフォンの音声入力機能を活用したICTツールを開発
- ・ 医師の予後説明を患者・家族に正確に理解しない場合に、看護師はICTツールで患者・家族の反応が医師の説明と異なり、説明が理解されていないことを記録し、多職種で共有される
- ・ 人間(人格)中心の医療・ケアの基盤
- ・ 説明と反応・理解の記録が現場で積み上げられ、多職種協働の会議で検討
- ・ 会議で共有した議論を活用し、患者視点立脚型の医療・ケアの体制を構築

医療・ケアの説明とその反応・理解

		病状（症状）説明		治療方針の説明		予後説明		介護方針の説明	
		内容	理解	内容	理解	内容	理解	内容	理解
医師	本人		○△×		○△×		○△×		○△×
	家族・介護者		○△×		○△×		○△×		○△×
歯科医師	本人		○△×		○△×		○△×		○△×
	家族・介護者		○△×		○△×		○△×		○△×
看護師	本人		○△×						○△×
	家族・介護者		○△×						○△×
リハビリテーション	本人				○△×		○△×		○△×
	家族・介護者				○△×		○△×		○△×
薬剤師	本人			服薬指導	○△×				○△×
	家族・介護者				○△×				○△×
栄養士	本人			栄養指導	○△×				○△×
	家族・介護者				○△×				○△×
CM	本人								○△×
	家族・介護者								○△×

		病状説明内容の反応		治療方針の反応		予後説明の反応		介護方針の反応	
		内容	理解	内容	理解	内容	理解	内容	理解
医師	本人		○△×		○△×		○△×		○△×
	家族・介護者		○△×		○△×		○△×		○△×
歯科医師	本人		○△×		○△×		○△×		○△×
	家族・介護者		○△×		○△×		○△×		○△×
看護師	本人		○△×		○△×		○△×		○△×
	家族・介護者		○△×		○△×		○△×		○△×
リハビリテーション	本人		○△×		○△×		○△×		○△×
	家族・介護者		○△×		○△×		○△×		○△×
薬剤師	本人		○△×		○△×		○△×		○△×
	家族・介護者		○△×		○△×		○△×		○△×
栄養士	本人		○△×		○△×		○△×		○△×
	家族・介護者		○△×		○△×		○△×		○△×
CM	本人		○△×		○△×		○△×		○△×
	家族・介護者		○△×		○△×		○△×		○△×

モバイル版電子連絡帳における タイムライン入力画面

電子@連絡帳 モバイル版（利用事例）

患者一覧 (Patient List)

- 神田 千代子 【介護施設との連携症例】
小椋大嗣 Dr
神田千代子さんの7月ケアプランです。
2018/11/28 13:35
- 富士見 太郎 【診診連携での看取り症例】
喜多颯外 Dr
2018/11/26 21:31
- 箕面 太郎 【訪問看護師と医師の連携】
小椋大嗣 Dr
2018/06/14 17:31

最終投稿者、内容（サマリー）、日時 (Final Poster, Content (Summary), Date/Time)

投稿内容（詳細） (Posting Content (Details))

病状説明/反応理解 ○△× (Disease Description/Response Understanding ○△×)

治療方針/反応理解 ○△× (Treatment Plan/Response Understanding ○△×)

介護方針/反応理解 ○△× (Nursing Plan/Response Understanding ○△×)

写真 (Photo)

スマホ画面の説明と反応・理解表示 ACP表示 (Explanation of Smartphone Screen and Response/Understanding Display ACP Display)

患者サマリ バイタル 文書作成 特別使

医師が行う説明と医師が記録した反応の一覧

検索 更新 メニュー

患者 プロジェクト その他 地域資源一覧

病状説明 **医師** → **患者**

肺がんIV期です
＝遠隔転移が肝臓と
脳にあります

理解 ○

2019.2.6

反応 **患者** → **医師**

「肝臓のがんは
手術して摘出して
下さい」

理解 ×

予後説明 **医師** → **患者**

転移を伴う肺がんIV期は手術不能
ですが、抗がん剤が効けば、1年
以上生存が見込めることがあります

理解 ○

2019.2.8

反応 **家族** → **看護師**

「脳に転移があつては、
正しく病気のことを
理解できないのでしょうか？」

理解 △

2019.2.8

病状説明

2019.2.6
医師→**患者**
肺がんIV期です。

理解 ○ △ ×

病状説明の反応

2019.2.7
患者(医師記録)

理解 ○ △ ×

病状説明 2019.2.7
医師→**家族**
肺がんIV期です。

理解 ○

病状説明の反応

2019.2.7
家族(医師記録)

手術の
可能性は？理解 ×

		病状(症状)説明		治療方針の説明	
		内容	理解	内容	理解
医師	本人 家族・介	肺がんIV期です	○		○△
歯科医師	本人 家族・介護者				○△
看護師	本人 家族・介護者		○△×		○△
リハビリ テーション	本人 家族・介護者		○△×		○△
薬剤師	本人 家族・介護者		○△×	服薬指導	○△
栄養士	本人 家族・介護者		○△×	栄養指導	○△
CM	本人 家族・介護者		○△×		○△

		病状説明内容の反応		治療方針の反応	
		内容	理解	内容	理解
医師	本人 家族・介護	肝臓転移 摘出は？	×		○△
歯科医師	本人 家族・介護				○△

アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の コミュニケーションの過程)プロセス)を 多職種で支援・共有する体制の構築

ACPの会話を患者さんの言葉で多職種がスマートフォンで
記録し、多職種協働のカンファレンスの場において
パソコン上で議論し、確認・共有する



共有されたACPの議論はスマートフォンから
常にどこでもアクセス可能
患者視点に立脚した医療・ケアの体制を構築

モバイル版電子連絡帳における 説明と反応・理解のタイムライン入力画面

電子@連絡帳 モバイル版（利用事例）

患者 小椋大嗣 Dr

肺がんIV期です
＝遠隔転移が肝臓と
脳にあります

患者一覧

肺がんIV期には
手術は適応がなく、
抗がん剤の治療が
推奨されます

自宅療養を希望されている
ので、抗がん剤の効果と副
作用をみながら、早期退院
を目指して、自宅の療養環
境整備をお願いします。

お散歩や買い物などの外出
もなるべく早く再開できるよ
う心掛けて参ります。

最終投稿者、内容（サマリー）、日時

投稿内容（詳細）

訪問看護師（△ステーション） 2018/11/11 16:12

本日、アイトイ（？）の診察で肝臓に浮腫があります。体重は本日、16.5kg、先々月、25kg、でした。尿量は少ないですが尿意の訴えあります。写真添付いたします。

ACP

散歩と言えば、主人の父、義父は散歩の途中に突然街中で倒れ、救急車で救急外来→ICUに2週間人工呼吸器管理を受けましたが、一度も意識を回復せず亡くなりました。それで主人は、延命措置は遠慮したいと言っています。

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の会話が普段の説明と反応の過程に現れてくるので、多職種で記録し、共有する。

ACPタグ付け

病状説明/反応理解 ○

治療方針/反応理解 ×

介護方針/反応理解 ○

スマホ画面の説明と反応理解表示
ACP表示

モバイル版電子連絡帳における ACPの過程のタイムライン入力画面

電子@連絡帳 モバイル版（利用事例）

意向

人生観

価値観

医療・ケア
のゴール設定

スマホ画面の
説明と反応理解
表示
ACP表示

最終投稿者、内容（サマリー）、日時

投稿内容（詳細）

美味しいものを少しでも
よいから自分で食べ
たいし、酒も飲みたい

No alcohol
No life です。

自分で、食べられなくなったら、
その時は、、、

苦しい症状、痛みは現
代医療の粋で以てない
ようにして下さい

症状緩和最優先
延命処置は遠慮

散歩と言えば、主人の父、義父は散歩の
途中に突然街中で倒れ、救急車で救急外来→
ICUに2週間人工呼吸器管理を受けましたが、
一度も意識を回復せず亡くなりました。
それで主人は、延命措置は遠慮したい
と言っています。

アドバンス・ケア・プランニング
(ACP)の会話が普段の説明と反応
の過程に現れてくるので、
多職種で記録し、共有する。

「ACP」モバイル版(※開発画面イメージ)

過去の医療・ケアに関する経験の入力画面

過去の医療・ケアに関する経験

過去の医療・ケアに関する経験

55歳で全身麻酔の手術を受けて早期胃癌を治して頂いたが、麻酔が覚めた後、大変だった。もう88歳だから、あれは経験したくない。

希望しない医療・介護の経験は？

義父は散歩の途中で救急車でICUに2週間人工呼吸器管理一度も意識を回復せず亡くなりました。

意外な医療・介護の経験や見聞と、そのことを意外に思う理由は？

同級生が85歳で全身麻酔の手術を受けて早期胃癌を治そうとしたら、術後に、突然心臓停止をきたし、亡くなった。どうして手術など？

今後の人生の目標の入力画面

過去の医療・ケアに関する経験

現在の健康状態の不安と希望

今後の人生の目標

人生のゴール設定

最期まで、自分の口で好きなものを、少しでも良いから食べることが、生き甲斐だろう。

現在の医療と目標のすり合わせについて

かかりつけ医師も、訪問看護師も、私の意向を最大限に尊重してくれると信じている。

いのちに対する考え方の入力画面

過去の医療・ケアに関する経験

現在の健康状態の不安と希望

今後の人生の目標

自分自身が判断できなくなった時の備え

いのちに対する考え方

No alcohol
No life です。

自分で、食べられなくなったら、その時は、、、

人生の最終段階における延命治療に関する選択です。痛みや副作用、障害の危機がある場合はどちらですか？

苦しい症状、痛みは現代医療の料で以て、ないようにして下さい。

※画面は開発中のものにつき、実際の仕様とは異なる場合があります。

多職種が行う説明と多職種による反応

病状説明

2019.2.6

医師→患者

肺がんIV期です。

理解 ○

病状説明の反応

2019.2.7

患者 (医師記録)

肺がんか？

理解 △

病状説明 2019.2.7

医師→家族

理解 ○

病状説明の反応

2019.2.7

家族 (医師記録)

理解 ×

予後説明

歯科医

反応

どうもあと3年後
まではゴルフの
予定を立ててい
るようです？

患者

理解 ×

口腔機能が低下し、誤嚥を
繰り返すようになりますと、
肺炎の危険が高まります。

理解 ○

家族・ケアする者

反応

では、食べなけれ
ば、大丈夫でしょ
うか？

理解 ×

治療方針

リハビリテーション

説明

足腰が弱らないように
一日一回は散歩に出
て下さい。

患者

理解 ○

反応

痛みは無しで
お願いします。

ACP

理解 △

ACP

散歩と言えば、主人の父、義父は散歩の途中に
突然街中で倒れ、救急車で救急外来→
ICUに2週間人工呼吸器管理を受けましたが、
一度も意識を回復せず亡くなりました。
それで主人は、延命措置は遠慮したいと言っています。

アドバンス・ケア・プランニング
(ACP)

介護・ケア方針

説明

患者

理解 ○

反応

ケアマネジャー

理解 △

痛みがあるときに
はお電話ください。

理解 ○

家族・ケアする者

反応

痛みで落ち着いて
本も読めないのに
は、がっかりだ。

理解 △

患者さん視点立脚型多職種協働チーム医療・ケアのICTツール 共有するフレイル評価軸 + 意思決定能力評価画面

臨床フレイル スケール

			6. 中等度フレイル	要支援 階段の困難 入浴介助 更衣の見守り
			7. 高度フレイル	要介助 病状は安定 半年内の死亡リスクは低い
			8. 最高度フレイル	全介助・死期に近い 尿路感染など軽い疾患の 回復の見込みなし
			9. 最終段階フレイル	死期が近い・予後半年

FileMaker Pro - [120816 在宅診療情報共有ツール + フレイル]

ファイル(F) 編集(E) 表示(V) 挿入(I) 書式(M) レコード(R) スクリプト(S) ウィンドウ(W) ヘルプ(H)

レコード 4 / 17 該当件数 (未ソート) すべてを表示 新規レコード レコード削除 検索 ソート 共有

レイアウト: 在宅診療情報共有ツール 表示方法の切り替え フレイル 新しい空のレコードを追加します。

患者氏名 長寿 太郎 チョウジュ タロウ

情報タイトル 基本情報 意思決定能力判定 フレイル 看護 医師 歯科医師 リハビリ 薬剤 栄養 地域連携 ACP ACP+

バーナード・ロウによる意思決定能力の臨床基準

妄想や幻覚状態でない ☒ はい ☐ いいえ

医療情報を理解できる ☒ はい ☐ いいえ

ご自身の問題として把握できる(認識) ☒ はい ☐ いいえ

決定内容が患者さんの価値観や治療目的に一致(論理的思考)
(合理的選択) ☒ はい ☐ いいえ

ご自身が選択された内容を伝達できる ☒ はい ☐ いいえ

上記の5項目の検討から
意思決定能力を有すると判断した ☒ はい ☐ いいえ

記載者 ☐ 薬剤師 ☐ ヘルパー ☐ リハビリ ☐ ケア・マネージャー ☐ MSW ☐ 看護師 ☐ 栄養士 ☐ 歯科医師 ☒ 医師

作成日 2018/11/22

- ・ 患者と家族を含む多職種で共有
- ・ フレイルという高齢者機能評価軸
- ・ (臨床フレイルスケール)
- ・ 意思決定を支援・共有(SDM)

- ・ 患者視点に立脚した医療・ケアの実現
→ 患者の意思決定能力を正しく判定
- ・ ロー先生の意思決定能力基準
- ・ 医師や看護師が評価・記載



患者さん視点立脚型多職種協働チーム医療・ケアのICTツール スマホ上のACPの記録を多職種協働のカンファレンスで再構成

最近、増悪入院時にCOPDのIV期と診断された85歳男性

患者 プロジェクト その他 地域資源一覧

神田 千代子 【介護施設との連携症例】

小椋大嗣 Dr

2018/11/28 13:35

最近、散歩にでかけることも、息切れで、おっくうになった。

富田 見太郎 【診察連携での看取り症例】

喜多 隼外 Dr

2018/11/26 21:31

自分で歩いて出かけられなくなったら、もう85歳だし、それはそれとして受け止めて、自宅で療養したい。

小椋大嗣 Dr

2018/06/14 17:31

自分は楽隠居で、別棟に住む長男夫婦に後のことは任せてあるので、自分のことは長男の嫁に聞いて下さい。

増悪入院時は、多数の医療機械に繋がれて、往生した。もう一度、あのような状態になったとしたら、次回は遠慮して、そのまま特別な医療処置は遠慮したい。

FileMaker Pro - [120616 在宅診療情報共有ツール + フレイル]

ファイル(F) 編集(E) 表示(V) 挿入(I) 書式(M) レコード(R) スクリプト(S) ウィンドウ(W) ヘルプ(H)

1 4 / 17 該当件数 (未ソート) レコード すべてを表示 新規レコード レコード削除 検索 ソート 共有

レイアウト: 在宅診療情報共有ツール 表示方法の切り替え: プレビュー

患者氏名 長寿 太郎 チョウジュ タロウ

情報タイトル 基本情報 意思決定能力判定 フレイル 看護 医師 歯科医師 リハビリ 薬剤 栄養 地域連携 ACP

気掛かり事項 不安なこと、疑問点なども

患者さんが大事にしていること

どなたにお任せしますか? 意思決定能力を有さない場合、必須、有でも一緒に考える

長男に任せた

患者さんご本人が指名したキーパーソンを記載して下さい

医療・ケアの場の意向 自宅

生命維持治療の意向 希望しない

リビング・ウィルの内容 自宅であるべく苦しい思いはしたくないし、すべては長男に任せてある

医療・ケアのゴール設定 痛みや薬で楽になることならして頂きたい

記載者 ○薬剤師 ○ヘルパー ○リハビリ ●ケア・マネージャー ○MSW ○看護士 ○栄養士 ○歯科医師 ○医師

作成日 2018/11/22

- ACPの記録を研修を受けた多職種の視点から記載して、適時更新
- 患者さんの視点に立脚し、患者さんの言葉で記載
- タイムラインに記載されたACPのコミュニケーションの内容を多職種協働のカンファレンスで再構成する。

過去の医療・ケアに関する経験

現在の健康状態の不安と希望

今後の人生の目標

自分自身が判断できなくなった時の備え

いのちに対する考え方

十分に生き抜いたという実感があるようです。延命を望まず、快適に過ごすケアを希望されているようだ。

人生の最終段階における延命治療に関する選択です。痛みや副作用、障害の危機がある場合はどちらですか?

ACPの再構成画面 → 意思決定の多職種共有画面

FileMaker Pro - [120616 在宅診療情報共有ツール + フレイル]

患者氏名 長寿 太郎

医療・ケアのゴール設定 3択 ● 症状緩和と最優先 ○ 折衷案 ○ 延命至上主義

医療代理人指名 5択 ○ 配偶者 ● 子供 ○ 親類 ○ 友人 ○ その他

事前指示書の有無 ○ はい ● いいえ ○ 未確認

リビング・ウィルの有無 ● はい ○ いいえ ○ 未確認

Do not resuscitateの有無 ● はい ○ いいえ ○ 未確認

Do not hospitalizationの有無 ○ はい ○ いいえ ● 未確認

POLSTの有無 ○ はい ● いいえ ○ 未確認

ケアの場 3択 ● 自宅 ○ 施設 ○ 病院

リビング・ウィルの内容

ACPファンクチャー 西川真樹

作成日 2016/11/22

- ・多職種協働のカンファレンスで高齢者の意思を確認
- ・ACPを活かす、高齢者の意思決定を支援し、表出された意志を共有したチーム医療・ケアを可能にする

多職種協働のカンファレンスで共有されたACPの議論の内容は、同時にスマートフォンの画面から、いつでもどこでもアクセス可能になる。

ACP項目画面

国立研究開発法人
国立長寿医療研究センター
National Center for Geriatrics and Gerontology

在宅診療情報共有ツール

医療・ケアのゴール設定 3択 ● 症状緩和と最優先 ○ 折衷案 ○ 延命至上主義

医療代理人指名 5択 ○ 配偶者 ● 子供 ○ 親類 ○ 友人 ○ その他

事前指示書の有無 ○ はい ● いいえ ○ 未確認

リビング・ウィルの有無 ● はい ○ いいえ ○ 未確認

Do not resuscitateの有無 ● はい ○ いいえ ○ 未確認

Do not hospitalizationの有無 ○ はい ○ いいえ ● 未確認

POLSTの有無 ○ はい ● いいえ ○ 未確認

ケアの場 3択 ● 自宅 ○ 施設 ○ 病院

代弁者について

いわゆるキーパーソン

リビング・ウィルの内容

自宅であるべく苦しい思いはしたくないし、すべては長男に任せてある

ACPの扉画面を参照した後は、さらにその背景にあるACPのコミュニケーションの記録を深堀りすることが、スマートフォン上で可能にしたい。



2019年3月5日 火曜日 15:15

医師: 千田一嘉 記載 外来にて

Memo: 発熱で往診依頼あり

S	Subjective 情報収集・主訴	1. 本人 2. 家族 (代弁者)	代弁者の裁量の余地は？	ACP	1. 過去の経験 2. 気掛り 3. ゴール設定 4. 意向 5. 価値観 6. 代弁者指名
O	Objective 所見・分析				
A	Assessment 評価		どんなにつらい状況で、苦痛や障害が残ろうとも生きていることに大きな価値がある	ACP by F	3. ゴール設定 4. 意向 5. 価値観 6. 代弁者指名
P	Plan 治療・ケア計画	1. 本人 2. 家族 (代弁者)	自宅で痛みのない療養 すべて長男の判断に任せたい	ACP by F	3. ゴール設定 6. 代弁者指名

2018年3月12日 火曜日 15:15

医師: 千田一嘉 記載

A氏宅にて

Memo: 発熱で往診依頼あり

S	Subjective 情報収集・主訴	1. 本人 2. 家族 (代弁者)	ムせてばかりいて、なぜ高熱が出るのか分からず、イライラしている	ACP	反応
O	Objective 所見・分析	1. 本人 2. 家族 (代弁者)	解熱して、安心しきった表情		反応
A	Assessment 評価	1. 本人 2. 家族 (代弁者)	誤嚥性肺炎の可能性を説明 嚥下能力の低下の受容が不十分 (十分理解・理解・要再説明)	ACP by F	説明 理解
P	Plan 治療・ケア計画	1. 本人 2. 家族 (代弁者)	肺炎の原因が誤嚥で、繰り返す可能性を再度説明予定	ACP by F	説明

【結論】

- ・ 適切な意思決定には患者と患者の意思決定能力低下時における家族など医療代理人の医療・ケアの情報の正確な理解が必須 アドバンス・ケア・プランニング; ACP
- ・ 医療・ケア従事者の説明と患者・家族の反応と理解に関する情報を、効率よく共有 正確な医療・ケアの情報提供の記録
- ・ 多職種ICTツールは人格中心主義の在宅医療・ケアを可能にする