

平成30年度
「医療情報の理解促進に関する研修会」

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の
すすめ方

～その人らしく意思決定するために～

日時：平成31年2月8日（金曜日）

会場：東京都健康プラザ・ハイジア4階研修室A・B

目次

I 東京都における医療情報の理解促進に向けた取組・・・・・・・・ 1
東京福祉保健局医療政策部医療政策課医療改革推進担当 上原

II 講演

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）のすすめ方
～その人らしく意思決定するために～・・・・・・ 11
東京慈恵会医科大学附属柏病院総合診療部診療部長 三浦 靖彦 氏

主催  東京都

プログラム

15:00	I 開会 「東京都における医療情報の理解促進に向けた取組」
15:15	II 講演 「ACP（アドバンス・ケア・プランニング）のすすめ方 ～その人らしく意思決定するために～」 質疑応答
16:55	III 閉会

東京都における 医療情報の 理解促進に向けた取組

東京都福祉保健局
医療政策部医療政策課
医療改革推進担当 上原 英子

医療に関する情報提供と理解の促進

より良い医療、納得できる医療を受けるためには、都民(患者・家族)自身が医療を正しく理解し、医療従事者と信頼関係を築くとともに、適切な行動をとることが必要

医療に関する情報提供と理解の促進

国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない。

(医療法第6条の二第3項)

理解促進のための都の取組

★ 1 医療に関する情報の提供

- (1) 「東京都医療機関案内サービスひまわり」
- (2) 「知って安心暮らしの中の医療情報ナビ」
- (3) 「東京都こども医療ガイド」

2 対話の機会の提供

医療に関する理解を深める講座等の開催を推進

3 理解を促進する人材の裾野の拡大

医療情報の理解促進に関する研修会

1 医療に関する情報の提供 (1)「東京都医療機関案内サービスひまわり」



☎03-5272-0303

- ・ 医療機関案内サービス：365日24時間
- ・ 医療福祉相談：月～金 午前9時～午後8時
(祝日、12/29～1/3除く)

1 医療に関する情報の提供 (1)「東京都医療機関案内サービスひまわり」



【PCトップページ】



【スマホトップページ】



1 医療に関する情報の提供 (1)「東京都医療機関案内サービスひまわり」

英語

中国語

韓国語

タイ語

スペイン語

《都内外国人患者向け》

医療情報サービス

外国人患者からの問合せに対し、相談員が電話で対応

(相談例)

- ・ 母国語対応できる医療機関の紹介
- ・ 保険制度について

など

毎日9時～20時

1 医療に関する情報の提供

※参考

英語

中国語

韓国語

タイ語

スペイン語

フランス語

《都内医療機関向け》

救急通訳サービス

救急で来院した外国人患者が言葉が通じないため、診療等に支障がある場合に、電話による通訳を実施

<英語・中国語>

平日 17時から翌朝9時

土日祝日 9時から翌朝9時

<韓国語・タイ語・スペイン語・フランス語>

平日 17時から20時

土日祝日 9時から20時

1 医療に関する情報の提供 (2)「知って安心暮らしの中の医療情報ナビ」



普及啓発用
リーフレット
(三つ折り)

啓発用冊子
(A5判)

1 医療に関する情報の提供 (2)「知って安心暮らしの中の医療情報ナビ」

(ホームページ)

知って安心 暮らしの中の医療情報ナビ

検索

知って安心 暮らしの中の医療情報ナビ

サイトマップ・文字の拡大・このサイトについて

東京都が作成した冊子「知って安心暮らしの中の医療情報ナビ」の内容をアニメーション形式とテキスト形式でご覧いただけます

医療情報ナビアニメスタート

こどもの発熱

高齢者の骨折

脳卒中編

上記のボタンを押してスタート

お知らせ

▶小冊子「知って安心 暮らしの中の医療情報ナビ」をご利用ください!

「子供の病気やケガに備えて」(医療情報の理解促進アニメーション)

事例等をもとにしたアニメーションの後に、知っておきたい医療情報について説明しています。(再生時間約10分)

(1)夜間の受診、どうしたらいいの?
(2)病院と診療所って何か違うの?
(3)健やかに育てるために

1 You Tube・ニコニコチャンネル
YouTube
ニコニコチャンネル

2 DVD書き込み用データ
アニメ(字幕有)ISO形式(673MB)
アニメ(字幕無)ISO形式(673MB)
アニメ(字幕有)MP6形式(90MB)

モバイルサイト
http://www.fukushi.hoken.metro.tokyo.lip/inavi/k/

暮らしの中の医療情報ナビ 用語集

冊子「知って安心暮らしの中の医療情報ナビ」を基に医療に関する用語をまとめた用語集ページへ

便利情報(リンク集)



1 医療に関する情報の提供 (3)「東京都こども医療ガイド」

東京都福祉保健局
東京都こども医療ガイド
こども医療ガイドは、子供の病気や発熱・怪我、子育ての情報が簡単に見つかる、東京都官庁のWebサイトです。
文字サイズ 小 中 大
東京都こども医療ガイド
こども医療ガイドは、子供の病気や発熱・怪我、子育ての情報が簡単に見つかる、東京都官庁のWebサイトです。
> トップページ > こんな症状のときは > こんな病気のときは > 事故やケガの対処法 > 相談窓口
「いざ」という時のために日頃の準備が大事です
こんな症状のときは
こんな病気のときは
事故やケガの対処法
相談窓口

理解促進のための都の取組

1 医療に関する情報の提供

- (1)「東京都医療機関案内サービスひまわり」
- (2)「知って安心暮らしの中の医療情報ナビ」
- (3)「東京都こども医療ガイド」

★ 2 対話の機会の提供

医療に関する理解を深める講座等の開催を推進

3 理解を促進する人材の裾野の拡大

医療情報の理解促進に関する研修会

2 対話の機会の提供

医療に関する理解を深める講座等の開催を推進

医療に関する講座等の開催を 推進しています。

対象：都民等

- ・患者への説明（医療機関等）
- ・都民向けの健康講座等（地区医師会等）
- ・区市町村事業（母子保健事業、介護予防等）

《講演テーマ例》

- ◆緊急時の対応について
- ◆医師への上手なかかり方
- ◆病院と診療所の役割の違いと地域医療連携について 等

★「医療情報ナビ」を活用してみませんか？

理解促進のための都の取組

1 医療に関する情報の提供

- (1) 「東京都医療機関案内サービスひまわり」
- (2) 「知って安心暮らしの中の医療情報ナビ」
- (3) 「東京都こども医療ガイド」

2 対話の機会の提供

医療に関する理解を深める講座等の開催を推進



3 理解を促進する人材の裾野の拡大

医療情報の理解促進に関する研修会

【対象】

業務や事業を通じて都民（患者・家族等）に医療に関する情報の理解を促す機会を持つ関係機関の職員を対象とした研修会を開催し、都民の理解を支援する人材を養成。

【目的】

都民が医療を受けるにあたり、主体的に選択・判断するための基盤となる医療情報の正しい理解を進め、また、患者と医療従事者とのより良い関係の構築を図る。

《今回の研修テーマ》

ACP(アドバンス・ケア・ プランニング)のすすめ方 ～その人らしく意思決定するために～

【参考1】

平成30年度 暮らしの場における看取り支援事業

◆目的

在宅や施設等の住み慣れた暮らしの場における看取りを支援する。

◆(平成30年度)実施内容

①看取り研修の実施

- ・看取り研修【基礎編】(医師向け)
- ・看取り研修【実践編】(「在宅編」、「施設編」)

②環境整備に対する支援

【看取り環境整備支援事業】

看取りを行う環境を整備する事業所等を支援する区市町村に対する補助を実施

- (1)既存施設において看取りを行うために実施する改修等
- (2)「看取り期まで対応する小規模な地域の住まい」を整備・開設する事業

【「看取り期まで対応する小規模な地域の住まい」看取り対応支援費補助】

補助対象住まいに対し、開設後において継続的に必要な体制を整えるための費用を支援

ACP (アドバンス・ケア・プランニング) のすすめ方

～その人らしく意思決定するために～

東京慈恵会医科大学附属柏病院 総合診療部
臨床倫理委員会
臨床倫理コンサルテーションチーム
緩和ケアチーム

三浦 靖彦

日本の高齢化の状況

日本の人の平均寿命 2018年7月 厚労省簡易生命表

男性 81.09歳

女性 87.26歳

日本の65歳以上の高齢者人口は、

2018年9月16日現在推計

3,557万人

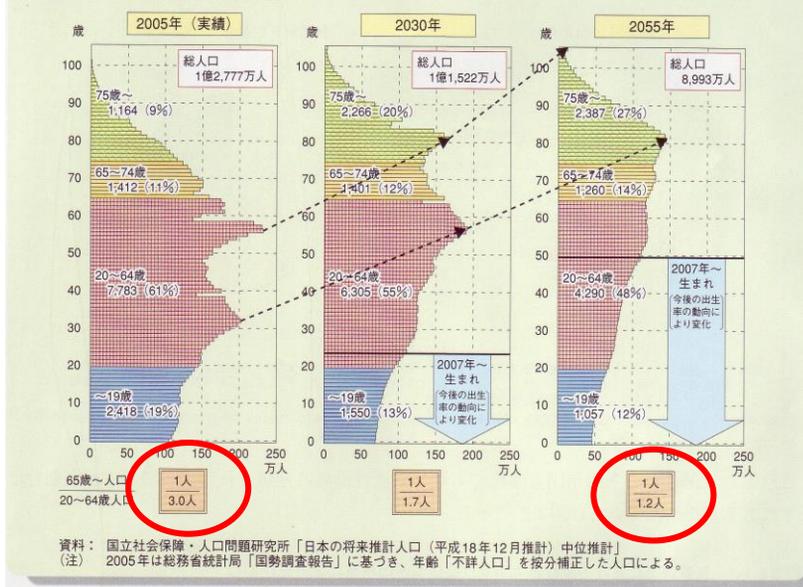
総人口に占める割合（高齢化率）

28.1%

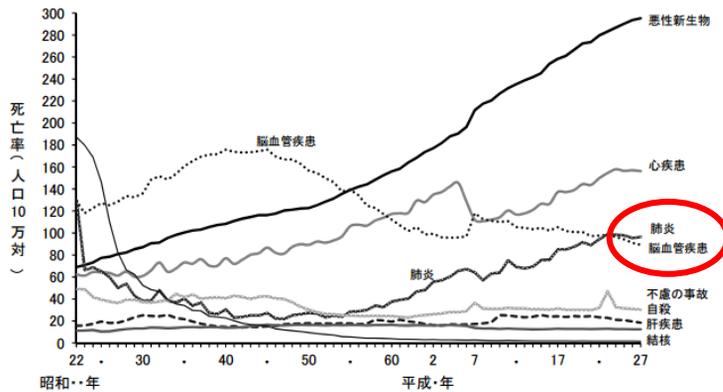
総務省報告

日本の高齢化の状況

図表2-1-1 人口ピラミッドの変化



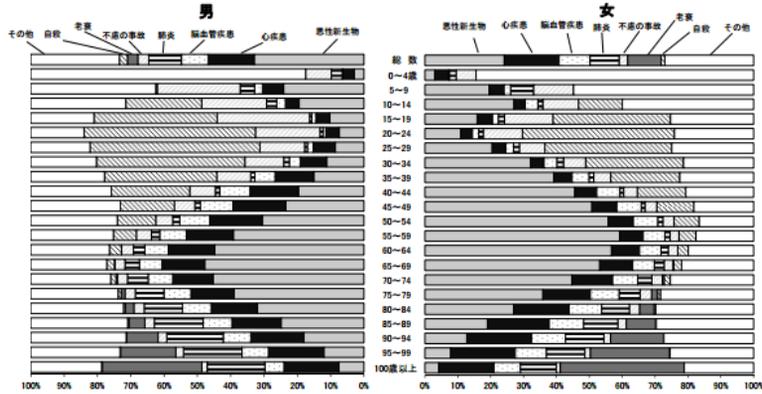
肺炎による死亡も増加している



平成27年人口動態統計月報年計（概数）の概況 厚生労働省
 主な死因別にみた死亡率（人口10万対）の年次推移

加齢とともに肺炎が死因となりやすい

性・年齢階級別にみた主な死因の構成割合（H27）



肺炎の救急患者が増える！

平成27年人口動態統計月報年計（概数）の概況 厚生労働省

認知症患者は**予想以上に**増加している



高齢・認知症・肺炎の救急患者が増える！

救命センターは大変！

医療資源の公平・公正な配分

24日 11月11日 日曜日 東京 22.3℃

救命センター、搬送の高齢者 延命治療せず 6割怪検

「本人家族が希望」7割 本社調査

救命センターに搬送された高齢者の延命治療を断るケースが増えている。本人や家族の希望で、延命治療を断るケースは7割に達している。また、救命センターに搬送された高齢者の6割は怪検（怪死）とされている。救命センターに搬送された高齢者の延命治療を断るケースが増えている。本人や家族の希望で、延命治療を断るケースは7割に達している。また、救命センターに搬送された高齢者の6割は怪検（怪死）とされている。

救命センターに搬送された高齢者の延命治療を断るケースが増えている。本人や家族の希望で、延命治療を断るケースは7割に達している。また、救命センターに搬送された高齢者の6割は怪検（怪死）とされている。

救命センターに搬送された高齢者の延命治療を断るケースが増えている。本人や家族の希望で、延命治療を断るケースは7割に達している。また、救命センターに搬送された高齢者の6割は怪検（怪死）とされている。

これも、いかがなものか・・・

救命センターに来たならフルコースでしょ？

死亡確認のためだけの救急要請はやめて！
・・・という声も・・・

医療資源の有効活用

相次ぐ「蘇生拒否」 救急現場で何が

救命センターに搬送された高齢者の延命治療を断るケースが増えている。本人や家族の希望で、延命治療を断るケースは7割に達している。また、救命センターに搬送された高齢者の6割は怪検（怪死）とされている。

救命センターに搬送された高齢者の延命治療を断るケースが増えている。本人や家族の希望で、延命治療を断るケースは7割に達している。また、救命センターに搬送された高齢者の6割は怪検（怪死）とされている。

救命センターに搬送された高齢者の延命治療を断るケースが増えている。本人や家族の希望で、延命治療を断るケースは7割に達している。また、救命センターに搬送された高齢者の6割は怪検（怪死）とされている。

日本経済新聞

2018年7月14日 (日)

都と神奈川県、救急搬送連携

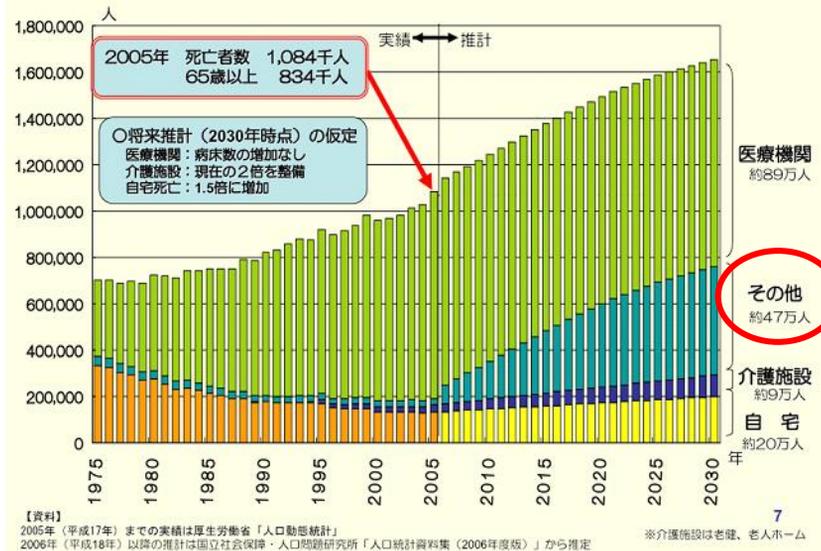
2018/7/6付

東京都と神奈川県は早産などの危殆に陥る妊婦の救急患者を相互に受け入れる。自治体とも妊婦の救急患者と医療機関を仲介する仕組みがある。これを利用して、受け入れ可能な医療機関を紹介し合うことで、患者のつらい帰りを回避するが狙い。今年度内に試行する方針だ。都は千葉、埼玉両県とも同様の取り組みを検討する。

相互に受け入れるのは、母子の生命にかかわる緊急性の高い患者。妊婦の救急患者の受け入れ体制が整っている医療機関は都内に約30万、神奈川県内に約20万ある。

都は妊婦の救急患者について、受け入れ可能な医療機関を探し、紹介する「周産期搬送コーディネーター」制度を作っている。神奈川県も同じような制度がある。これをもとに活用する。

高齢・多死社会



医療におけるパラダイムシフト

CUREからCAREへ

QOLの概念の登場 1990年ごろ

単一疾患の治療の概念から

Multi morbidity (多疾患併存)

Frailty (フレイル：脆弱性)

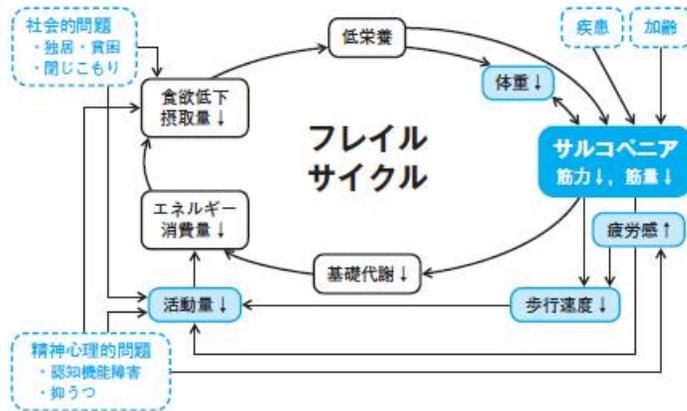
のコントロールの概念へ

Frailty (虚弱) ⇒ フレイル

フレイルとは健常と要介護状態との中間的な段階であり、生活機能障害や死亡などの転帰に陥りやすい状態である。フレイルは身体機能問題のみならず、精神・心理的問題や社会的問題も含まれる包括的概念である。(フレイルに関するステートメント)



(出典：東京大学高齢社会総合研究機構・飯島勝矢：フレイル予防ハンドブックから引用)



Fried LP, et al. Frailty in older adults : evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001 ; 56 (3) : M146~56. より一部改変

医学会新聞 第3216号 2017年3月20日

老い支度

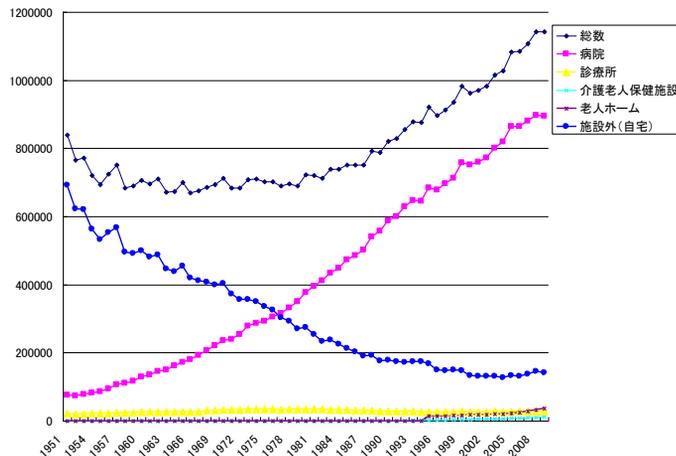
「終活」

今後の生活（自分らしい生き方・逝き方）
を具体的に計画していますか？

しかし、
生活設計の最終局面も考えなくては・・・

あなたは、人生の最後の時間を
どのように過ごしたい（生きたい）と
考えていますか？
（事前指示、リビング・ウィル）

在宅死は難しい状況です



昔は家で死ぬのが普通でした。 かかりつけ医の存在も大きかった。
いつしか、「出来ることは何でもしてください！」になってしまいました。
た。



野村病院 天内愛美さん 画

最後は病院で・・・ と、考えていても・・・

肺炎を起こして救急車を呼びました・・・

A救急病院へ行った所、あっという間に人工呼吸器が
つけられ、点滴もたくさん入り、胃ろうも
付けられ・・・

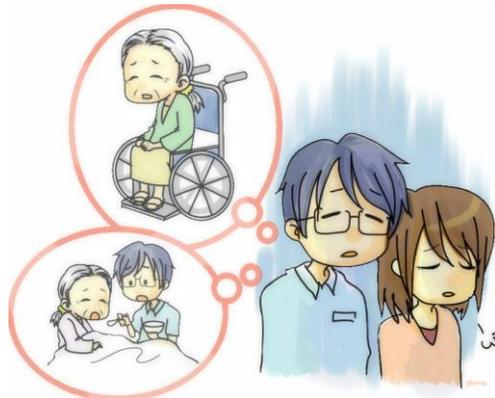
ですので、

それなりの年齢に達したら、

ご家族や、主治医（かかりつけ医）、
ケアマネさん達と、ある程度の計画が
練られていると良いでしょう。

これを支えるのが**意思決定支援**

しかし、入院を契機に、それまで介護に頑張っていた
家族にも、どっと疲れが出て・・・



「もう、家では引き取れません！！」

病院にも事情があって・・・

急性期病院と長期療養型病院の仕組みに違いがあるので、急性期病院での長期の入院は難しいのです。

追い出され感
見捨てられ感

激動する現代において

あなたは、どのように過ごして行きたいか、将来、病気になったら、どのような医療を受けたいか、受けたくないかについてたことはありますか？

その考えを、誰かにきちんと伝えてありますか？

医療に対する希望を表明するって、
どんなものがあるのか知ってる？

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、現在の医学では不治の状態であり、既に死期が迫っていると診断された場合には、ただ単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。
- 私が回復不可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くださった方々に深く感謝申し上げるとともに、その方々が私の要望に従ってくだ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	男・女	年	月	日生
氏名(自署)				
□□□-□□□□	TEL	-	-	
住所	携帯	-	-	

日本尊厳死協会: "リビングウィルとは", より転載
http://www.songenshi-kyokai.com/living_will.html [2018.11.16閲覧]

しかし、尊厳死宣言書だけでは、救急の現場で困ることが多いのも事実です。

- この状態は、終末期と言い切れない
- この状況において、無駄な延命治療とは何を指すのか？
- 患者さんが、どのような背景・価値観・死生観から尊厳死宣言書を書いたのかが不明

救急センターの医師たちは、ジレンマに陥っています

事前指示 (Advance Directive)

1990年頃登場

昏睡状態や植物状態、重度の認知症などで、自分自身の受ける医療行為について、自分で決めることが出来なくなってしまったときに備えて、意識がはっきりとしているうちに、自分の受けてたい、または受けたくない医療行為についての希望を表明しておくこと。

リビング・ウィル（文書として残す）

代理人指名

口頭で伝えておくだけでも有効（米国自然死法）

「肺の病気(慢性呼吸不全)で長年通院中。
病気が悪化したときは、人工呼吸器の使用を含め、考え得るすべての医療行為を行ってほしいと、配偶者に伝えておく」

「具体的な医療行為は想像できないが、自分が判断能力のない病状に陥ってしまったら、自分に行われる医療行為に関するすべての決定権をAという人物に任せると、指示しておく」

「癌の末期状態で、治癒の見込みがなくなったら、痛みを抑える治療は十分して欲しいが、いわゆる延命治療はして欲しくないと文書にして残しておく」

事前指示に関する過去の研究

JAMA 276 : 1652-1656, 1996

AJKD 37, 1216-1222, 2001

AJKD 47, 122-130, 2006

高度認知症患者の透析継続を推奨しますか？

日本98%継続 米国98%中止！

しかし、患者・家族の希望を尊重という意識は、

日本、米国、ドイツに共通

日本の透析患者は、事前指示をしたいと考えている。

日本の透析患者は、自分の希望を、家族や主治医は理解してくれていると思っている。

患者の終末期に対する希望を、家族・主治医は全く理解していない。(米国)

事前指示に関する過去の研究

AJKD 47, 122-130, 2006

日本でも、患者の終末期に対する希望を、家族・主治医は全く理解していなかった。

透析患者用事前指示書

II 透析患者における事前指示書（私案） 文献 13号を一部改定

<p>別紙解説書に述べてるように、あなたの健康状態が以下の状態になったと想定してください。その際に、あなたが透析治療の継続を希望するか、また、心臓停止状態になった時に蘇生術を希望するか否かを「希望・拒否・不明」のいずれかに○をつけてください。</p>		
	透析治療	心臓蘇生術
意識状態	希望・拒否・不明	希望・拒否・不明
重症度	希望・拒否・不明	希望・拒否・不明
意識転回状態	希望・拒否・不明	希望・拒否・不明
末期病	(判断能力があるため省略)	希望・拒否・不明

備考；以下の欄に、あなたが希望または拒否をする具体的な治療行為がございましたらご記入ください。

私の事前指示と、右記代理人の意見が相違があった場合、以下のように対処してください。

1. 私の事前指示を優先する
2. 代理人の意見を優先する

 代理人指名 私が、自分自身が今後受ける医療行為について決定ができない状況になった際には、以下の者を私に関する医療行為の選択決定の代理人として指名します。 代理人 1 氏名 関係 住所 電話番号 (代理人を複数指定しておきたい場合、以下に記載してください) 代理人 2 氏名 関係 住所 電話番号 代理人 3 氏名 関係 住所 電話番号 私が指定した代理人の間で、意見の相違があった際には以下のようにしてください。 1. 代理人 1 の決定を優先させる。 2. 代理人の中で多数決で決定する。 | この事前指示書の作成に当たり、前もって医師から十分な説明を受け、十分に理解したうえで作成したものであることを証明します。また、この事前指示書は私の希望に添ったものであることを証明します。 氏名 住所 日付 証人記載欄 私たちは、上記記載者が正常な判断能力を有しており、この事前指示書が記載者の明らかな意思の元に作成されたものであることを証明します。 証人 1 氏名 住所 日付 証人 2 氏名 住所 日付 |

三浦靖彦、浅井篤ほか：より良いインフォームドコンセントのために、2003

日本透析医学会のガイドラインは2014年

一般人向け事前指示書



重症疾患の診療倫理指針
重症疾患の診療倫理指針ワーキンググループ/著
浅井 篤・福原俊一/編



尊厳死協会のリビングウィルには代理人指名や、証人の欄がなく、不十分ではないかと考え、熊本大学大学院教授である浅井篤先生と考案したフルコースで選択できるリビングウィルが載っています。

2006年 医療文化社 3800円（税別）

2 私は下記に即記するようになった場合は、それ以上の延命は希望しません。

〔2の記載時の種例〕

- 「家族のことがわからなくなってしまうような痴呆状態になったとき」
- 「意識が全くない植物状態になったとき」
- 「自力で自分の口から何も食べられなくなったとき」
- 「人工呼吸器なしでは生きられなくなったら」
- 「常に激しい肉体的苦痛を受けているとき」
- 「意識があるときは、常に激しい肉体的または精神的苦痛があるとき」

3 私は2のような状態になったとき、下記に記載するような医療（治療全般）だけは、決して受けたくありません。

〔3の記載時の種例〕

- 「自力で呼吸ができなくなったときの人工呼吸」
- 「自分の口から食べられなくなったときの、チューブによる経管栄養」
- 「末期がんで腎不全になったときの、人工透析治療」
- 「痴呆状態で肺炎になったときの、抗生物質治療」
- 「覚醒時に常に苦痛があるときに、意識を回復させようとする治療」

II 具体的事項

1

上記の希望を踏まえた上で、昏睡、重症脳卒中、高度痴呆、末期癌などで、他の人々との意思疎通がとれなくなり、かつ、自分が受ける医療サービスの内容を自分で決められなくなった場合、どのような医療サービスを希望する、または希望しないかを以下に記載します。

	希望する	希望しない	決められない	治療開始は希望するが状態が改善しないなら中止してほしい	代理人・医師に一任
心臓蘇生	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人工呼吸器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
化学療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人工透析	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
輸血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人工栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胃瘻	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
輸液	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
酸素投与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
単純な診断検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
抗生物質投与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
例え生命が短縮しても疼痛緩和	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POLST : Physician Orders for Life Sustaining Treatment

生命維持治療に関する医師の指示書 2010年頃から

HIPAA - PATIENT'S DISCLOSURE OF POLST TO OTHER HEALTH CARE PROFESSIONALS AS NECESSARY

Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)

Use this form to give your doctor, nurse, or other health care professional instructions about your life-sustaining treatment preferences. This document reflects your treatment preferences. It is not a consent form for treatment.

Print Name: MDD: Initial:

Print if different:

A. CAREGIVER/POLEMAN REBUTATION (CPR): Permits life support and it is not beneficial.

Agency Resuscitation/CPR Do Not Attempt Resuscitation/DNR (Allow Natural Death)

When not in conflict, however, when, follow orders in B, C and D.

B. MEDICAL INTERVENTIONS: Permits life support and it is beneficial.

Comfort Measures Only: Use medications by any means, positioning, wound care and other measures to relieve pain and suffering. Use oxygen, suction and manual treatment of airway obstruction as needed for comfort. Do not transfer to hospital for life-sustaining treatment. Transfer to hospital cannot be used if a comfort measure.

Limited Additional Interventions: Includes care described above. Use medical treatment, IV fluids and enteral nutrition as indicated. Do not use intubation, advanced airway interventions, or mechanical ventilation. Transfer to hospital if indicated. Avoid dialysis care.

Full Treatment: Includes care described above. Use intubation, advanced airway interventions, mechanical ventilation, and dialysis as indicated. Transfer to hospital if indicated. Includes intubation care.

Additional Orders:

C. ANTI-BIOTICS

No antibiotics. Use other measures to relieve symptoms.

Antimicrobials or limitation of antibiotics when indicated, courses.

Use antibiotics if life can be prolonged.

Additional Orders:

D. ARTIFICIALLY ADMINISTERED NUTRITION: Always offer food by mouth if feasible.

No artificial nutrition by tube.

Allowed oral period of artificial nutrition by tube.

Artificial nutrition by tube.

Additional Orders:

REASON FOR ORDERS AND SIGNATURE

Discussed with: My signature below indicates these orders are consistent with the patient's preferences. If known, see section below for proxy authorization.

Print Name: Title:

Print Signature:

Print Date:

Print Location:

Print Hospital/Physician Office Name:

Print Physician Office Phone Number:

Print Physician Office Fax Number:

Print Date:

Print Location:

SEND FORM WITH PERSON WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED

HIPAA - PATIENT'S DISCLOSURE OF POLST TO OTHER HEALTH CARE PROFESSIONALS AS NECESSARY

Signatures of Patient, Parent or Minor, or Guardian/Health Care Representative

Signature of patient, parent or minor, or guardian/health care representative:

(If applying surrogate, reference to patient's wishes as understood by surrogate)

Signature: Name: Relationship to patient:

Co-Visit Information

Physician: Date: Time:

Health Care Professional Preparing Form: (optional) Physician: Title: Date:

With Supporting Physician: Title:

Directions for Health Care Professionals

Complete POLST

Must be completed by a licensed professional based on patient preferences and medical indications.

POLST may be signed by a proxy when the patient is unable. Valid orders are acceptable until sign-out by physician/NHFA in accordance with local community policy.

Use of signification is strongly encouraged. Transmittal FAXes of signed POLST forms are legal and valid.

Limit POLST

Use and implementation of POLST requires that limitations for that patient.

Not all interventions (including ALL) should be used on a person who has chosen "Do Not Attempt Resuscitation."

Do not block end-of-life goals to be followed if medically feasible.

When comfort cannot be achieved in the normal course of the person, including someone with "Comfort Measures Only," should be provided to a willing and competent patient (e.g., withdrawal of a life support).

Verbal orders to enhance comfort may be appropriate for a person who has chosen "Comfort Measures Only."

Treatment of a patient in a manner that is not in the patient's best interests is not a "POLST violation."

A person with capacity or the surrogate of a person without capacity, can request change in treatment.

Review/Re-POLST

This POLST should be reviewed periodically and if:

(1) The person's treatment goals are changing or are based on a change in status, or

(2) There is a substantial change in the person's health status, or

(3) The patient's treatment preferences are changing.

Draw line through signature if a change in status or "MDF" is indicated. POLST is applicable to all medical care.

The Oregon POLST Task Force

The POLST program was developed by the Oregon POLST Task Force (OTF) at the Oregon Health & Science University Center for Health Care Ethics. Others seeking permission to use the program should contact the Center for Health Care Ethics. Request on the POLST program is available on the Oregon public program website: <http://www.oregon.gov/ohsa/policy>.

SEND FORM WITH PERSON WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED

POLST, MOLST : 米国では法的効力あり

日本臨床倫理学会

日本版POLSTを作成しました

日本臨床倫理学会
Japan Association for Clinical Ethics

日本版 POLST (DNAR 指示を含む) 作成指針
POLST (Physician Orders for Life Sustaining Treatment)

「生命を脅かす疾患」に直面している患者の
医療処置 (蘇生処置を含む) に関する医師による指示書

- ★これは日本臨床倫理学会によるPOLST (DNAR 指示を含む) の作成指針です。
- ★患者さんのためにPOLST (DNAR 指示を含む) を作成する医師であれば、どなたでも使用することができます。

2015年

POLST (DNAR 指示を含む)

「生命を脅かす疾患」に直面している患者の
医療処置(蘇生処置を含む)に関する医師による指示

患者記入欄	
<p>私、患者(患者氏名) _____ は「生命を脅かす疾患」に 直面した場合の医療処置や、心肺停止に陥った場合の蘇生処置につい て、以下の方法を望みます。</p> <p>私は、自分の現在の病状について理解しました。</p> <p>私は、以下の医療処置の内容について理解しました。</p> <p>また、これらの指示は、私の意思で、いつでも撤回できることを理解してい ます。</p> <p>署名 _____ (患者または代理判断者)</p> <p>日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>【POLST(DNAR指示を含む)と、患者作成の事前指示の内容が異なる場合 には、POLST(DNAR指示)を優先することに同意します。】</p>	

私、担当医師(担当医師氏名) _____ は、患者本人(あるいは適切な代理判断者)に
よって、適切なインフォームドコンセントがなされ、公正な手続きを経て、この POLST
(DNAR 指示を含む) 書式にある医療処置の制限が決定されたことを認めます。

書式は、カルテに正式に記載されています。

- ・話し合いの参加者: 患者 配偶者
その他 _____
- ・医療ケアチーム内の話し合いの参加者: 医師 看護師 _____
- ・当該指示 POLST (DNAR 指示を含む) を出した理由:
患者自身の要望 患者の事前意思や推定意思
家族等の話し合いによる代理判断

担当医師署名 _____
連絡先 _____ 日付 _____

POLST (DNAR 指示を含む)

「生命を脅かす疾患」に直面している患者の
医療処置(蘇生処置を含む)に関する医師による指示

●セクション A: CPR 心肺蘇生術について【心肺停止の場合、一つを選ぶ】

- すべての心肺蘇生術を実施してください Resuscitate (Full Code)
 - 心肺蘇生術を実施しないでください Do Not Attempt Resuscitation
- 患者が、GPA(心肺停止)の状態でない場合には、セクション B と G の指示に従う

●セクション B: その他の医療処置について

【生命を脅かす疾患に直面しているが、心肺停止の状態ではない(脈拍が触知したり、呼吸
をしている)場合、一つを選ぶ】

- 苦痛緩和を最優先とする医療処置(a):**
患者の尊厳に配慮し、敬意を払って対処して下さい。経口的に水分や栄養を補給するなどの
適切な処置は実施して下さい。また、身体清潔にも配慮して下さい。疼痛や不快な症状
を軽減するための投薬・体位交換・創傷処置などは実施して下さい。また症状を軽減する
ために酸素投与・吸引・用手気道確保が必要であれば実施して下さい。
- ・救急隊への指示: 患者は生命維持治療のために病院へ搬送されることを望んでいませ
ん。現在の状況が、上記(a)の緩和ケア的処置 Comfort Measures では、苦痛を軽減でき
ない場合のみ、病院へ搬送して下さい。対応が明確でない場合には、病院の担当医ある
いは当日の MC(Medical Control)にコンサルトしてください。
- 非侵襲的医療処置(b):**
上記の緩和ケア的処置(a)に加えて、心臓モニタリングおよび投薬(経口・経静脈)処置を
実施してください。
- ・救急隊への指示: もし適応があれば、病院へ搬送して下さい。気管内挿管や機器を用い
た気道確保はしないで下さい。対応が明確でない場合には、病院の担当医あるいは当
日の MC にコンサルトしてください。
- ・医療機関への指示: ICU 管理をしないで下さい。
- 侵襲的医療も含む医療処置 Full Treatment(c):**
上記の処置(a)(b)に加えて、気管内挿管、医療機器を用いた気道確保、人工呼吸器、除細
動 AED を実施して下さい。
- ・医療機関への指示: 適応があれば、ICU 管理をして下さい。

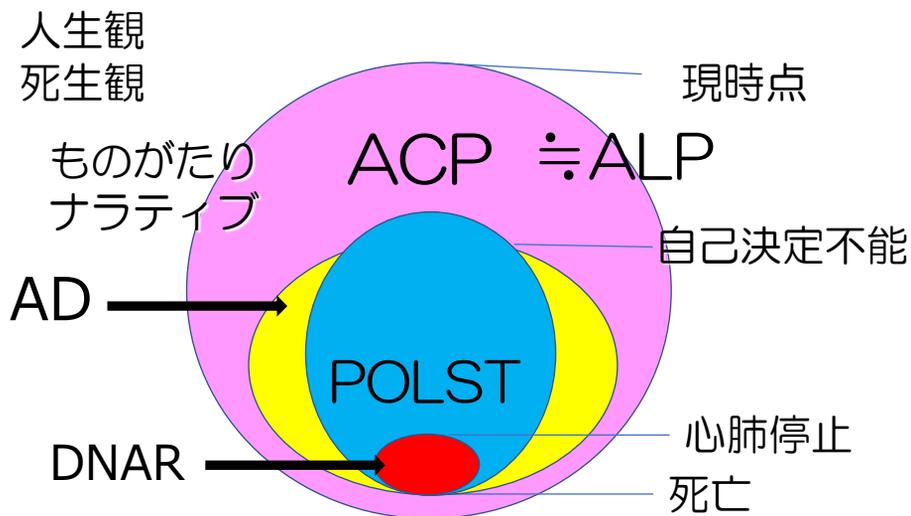
実際の現場で役立つのは尊厳死宣言書でも、
具体的な指示でもなく・・・

このような状況だったら、この人は、
何を希望する（どう判断する）だろうか？
が解ると、医療者も家族も助かる

アドバンス・ケア・プランニング

人生観・価値観・死生観
ものがたり・ナラティブ

ACP, POLST, AD, DNARの概念図



生命の二重の見方 清水



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



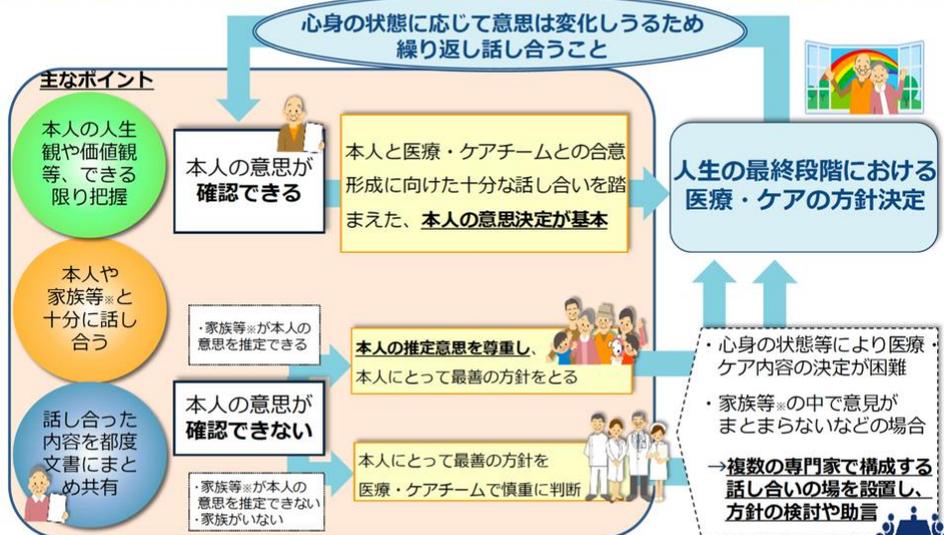
1) 患者の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針についての話し合いは繰り返すことが重要であることを強調すること。(ACP)

2) 患者が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、その場合に患者の意思を推定する者について、家族など信頼できる者と事前に繰り返し話し合っておくことが重要であること。(代理人指名)

3) 病院だけでなく介護施設・在宅の現場も想定したガイドラインとなるよう、配慮すること。

「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」 意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。
※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。



E-FIELD

Education For Implementing End-of-Life Discussion

STEP1

「意思決定能力の評価の実際」

E-FIELDより

意思決定能力を慎重に評価すべき状況

- 話し合いの内容が複雑である
- 決定内容が深刻な結果をもたらす可能性がある
- 表明する決定内容が相手によって異なる
- 意思決定能力の評価が医療者の間で異なる
- 患者と評価者との間に利害対立がある

(イギリス2005年意思能力法・行動指針)

E-FIELDより

意思決定能力を評価する際の注意点

- 認知機能の低下や精神疾患の既往だけで意思決定能力の欠如を判定してはならない
- 年齢、病名、外見、行動、社会背景から判定されるものではない
- 評価の前に意思決定能力を高める
(エンパワーメント)
- 求められる意思決定能力のレベルは、状況や内容によって異なる E-FIELDより

E-FIELD

Education For Implementing End-of-Life Discussion

STEP2

「患者と治療方針について合意する」

E-FIELDより

「患者にとって最善の決断」を行う上で、 医療者が患者に提供すべきこと

- 患者自身の病状
- 医療を受けないとどうなるのか？
- 医療の選択肢はなにか？
- それぞれについて、医療を受けることで、患者が得る利益は何か？想定される不利益は何か？
- 専門家としての推奨は何か？
- 想定される不利益を最小限にするため、医療者が準備していること

E-FIELDより

患者の理解を高める方法

- わかりやすい説明
 - 用語の工夫（特に「高い 低い」とか）
 - 利益と不利益、そのバランスの伝え方
 - 目的と手段とを分ける
- 理解を促進するツール
 - DVDやパンフレットなど
 - 医師以外による補助的な説明
- 理解を確認する
 - 「わかりました」では理解は確認できない

E-FIELDより

「医学的最善」と「患者にとっての最善」

- 「医学的最善」が「患者にとって最善」とは限らない
- 「医学的に無益」なことが必ずしも 「患者にとって無益」とは限らない
- 「患者の選好」＝「患者にとって最善の選択肢」では必ずしもない

医療者は患者のことに対して素人であることを忘れない

E-FIELDより

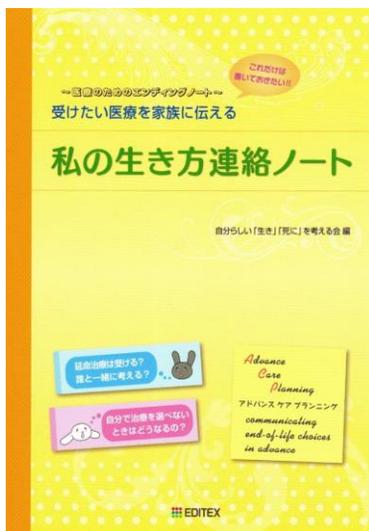
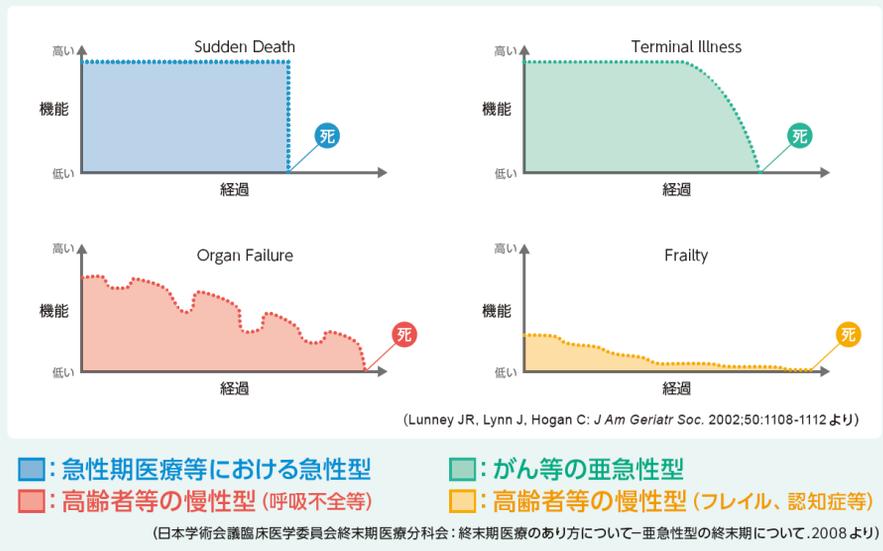
アドバンス・ケア・プランニング

将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのことです。

患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具現化することを目標にしています。

(日本医師会)

図 人生の最期に至る軌跡



「自分らしい生き死にを考える会 (会長 渡辺敏恵医師)」で、「私の生き方連絡ノート」を作成しました。

自筆で書き込む形式をとっており、自分の人生を振り返りながら、今後を考えるものです。左ページには例示が載っており、初めての人にも書きやすいように考えています。

2010年 EDITEX社 483円 (税込み)

** 参考 **

< (2) 判断力のない場合の記入の際に考えたい項目と記入例 >

- ア) 救急車は呼ぶか？
- イ) 蘇生措置（気管挿管・心臓マッサージなど）を望むか？
- ウ) できるだけ集中治療（手術・透析・輸血・人工呼吸器などICUのレベルの治療も含む）を望むか？
- エ) 一般病棟でできるレベルでの治療を望むか？
- オ) 食べられなくなったら、そのままにしてほしいか？
- カ) 食べられなくなったら、鼻からのチューブで栄養を入れてほしいか？
- キ) 中心静脈の点滴・末梢からの点滴を望むか？
- ク) その時の年齢による判断の違いは？
自分にとっての区切りの年齢（ 歳）を過ぎていたらどうするか

★A) B) C) について「今はわからない」と書くこともできます。

記入例

- ① できるだけ治療を望む。蘇生措置もしてほしい。ただし、80歳を超えていたら一般病棟でできるレベルの治療でよい。
 - ② 口から最期まで食べたい。食べられなくなってもチューブでの栄養は望まない。集中治療は望まない。蘇生措置は望まない。
 - ③ 栄養はチューブから摂っても良い。闘病がらか月を過ぎたら蘇生措置は望まない。集中治療は望まない。家族・周囲の肉体的・経済的・精神的負担が大きくなるような治療は望まない。
- ★上記のいずれの場合も、代わりに判断してほしい人がいる場合、その人には承諾を得て、名前を記入し、日頃から話し合います。

医療は日々進歩しています。今の状況が変わることも考えられます。その時に応じた決定を、信頼できる人に頼むことも一つの選択肢です。ただしその場合、自分のはっきりしている望みだけは、その理由も含めてしっかり伝えておきましょう。

たとえば、

- ・どんな状況になっても、医療の最善を尽くしてほしい。
 - ・意思の疎通ができない状態では生きていたくないので、治療はしないで自宅へ最期を迎えたい。
 - ・治療の効果が少ない状態になったら、自宅へ帰って出来るだけ家族と共に過ごしたい。
 - ・認知症になったら、専門の施設に入りたい———などです。
- ★かかりつけの医師がいる場合は、日頃から相談して自分の今の状況、考え方を把握しておいてもらいましょう。

(2) 判断力のない場合

A) 急病・事故などで意識が鮮明でないとき（急性期）

B) 認知症が進んだとき

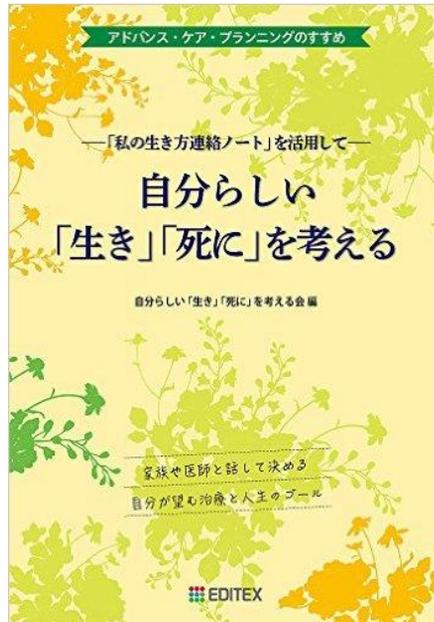
C) 病氣・事故等の闘病が長期間続き、かつ意思表示が出来ないとき（慢性期）

D) 上記の場合、判断を任せたい人がいます

氏名 () 続柄 () 年 月 日 記入

氏名 () 続柄 () 年 月 日 記入

氏名 () 続柄 () 年 月 日 記入





ACPのロールプレイ

あなたは、35歳の働き盛りの主婦です。

25歳の時に5歳年上の男性と結婚し、現在6歳女子と4歳男子がいます。子供は順調に育っており、自慢の家族です。

車で20分のところに実の両親（70歳、65歳）が暮らしていますが、長男夫婦と同居しており、両親は、健康にも、暮らしにも大きな問題はありません。夫の両親も長野の実家に夫の姉夫婦と同居しており、心配ありません。

数年前から、時折胃の鈍い痛みを感じていましたが、ストレス性胃炎だろうと、胃薬を飲んでごまかしていましたが、最近特に痛みがひどく、食欲も落ち、体重も5Kg減ってしまったため、決心して病院で胃カメラを実施したところ、ステージⅣの胃がんと診断されました。

5年生存率は10%以下と伝えられました。

とりあえず、化学療法・放射線療法など、考えられる治療はすべて受けようと思っています。主治医チームは信頼できるので、治療に対する不安は、ほとんどありません。

両親のことは、兄に任せられるのでますます安心なのですが、夫と子供のことが気がかりでなりません。また、なぜ自分が、こんな病気になってしまったのか、納得がいかない気持ちもあります。

でも、落ち込んでばかりいても仕方ないので、残された時間を有意義に使いたいという気持ちも芽生えてきています。

二人一組で

（じゃんけんで勝ったら患者）

担当者役、患者役をしてみましよう

1分間、役になりきる。

担当者役は、どのように聞き出すか考えましよう。

ノートへの記載を促しながらの会話をしてみてください（5分間）

担当者から

「いろいろ辛いことがたくさんあるかと思うのですが、今日は、治療以外のお話をしたいと思っていますが、よろしいですか？」

「Aさんの、これからの時間の過ごし方について、よろしければ、お話ししたいのですが・・・」

書き方のポイント

- 下記の例を参考にして、自分のイメージを言葉にしてみましょう。
- できるだけ具体的に書きましょう。

■ イメージ

- 例
- あらゆる手段をとって最期まで病氣と闘う。
 - 積極的な治療は望まない。
 - 標準的な治療を受けたい。
 - 最先端の治療を受けたい。
 - どんな状況になっても一日でも長く生きたい。
 - () まで生きたい。(子供が結婚するまで、など)
 - () 歳までではできるだけ治療を受けたい。
 - 生活の質(口から食べる、声を出す、家で過ごす、仕事を続けるなど)を落とさないことを第一に考えて治療したい。
 - ある年齢()歳まで生きたら、あとはできるだけ自然に任せ、医療処置は痛みをとるなど最小限のものにしたい。
 - 余命の長さによって希望が変わるか？
<日単位> <週単位> <月単位> <年単位>
たとえば、年単位で余命が期待できれば、つらくても治療するが治療しても週単位でしか余命が延びないなら、その治療はしない。

■ 大切にしたいことは何ですか？

- 例
- 生きる長さ
 - 生活の質・自分で()ができること。
 - できるだけ自宅で過ごしたい。
 - 治療方法に関して自分で判断したい。
 - 口から食べられること。
 - <自宅・ホスピス・病院>で最期を迎えたい。

■ これだけは嫌なこと

- 例
- 治療に関して自分で判断させてもらえない。
 - 標準的な治療をしてもらえない。
 - 痛みのコントロールが不十分で激しい痛みが続く。
 - 闘病中、自分らしい生活ができない。
 - 必要でも、苦しい検査は嫌だ。
 - 具合が悪くなったときでも入院はしたくない。

10

2 今の自分が望む医療、闘病のかたち

■ イメージ

■ 大切にしたいことは何ですか？

■ これだけは嫌なこと

11

私の生き方

まずは、自分の人生について改めて考えてみましょう。過去や現在の生活を見つめ直すことは、自分が望む今後の生き方に大きく関わってくる大切な作業です。後々、近い人にあなたの思いを伝える助けにもなるでしょう。

右のページは、すぐには書きにくいかもしれませんが、他のページから書き進めて、思いがまとまったときに戻ってきててもかまいません。心の整理がついたら、ゆっくり、じっくり考えながら記入していきましょう。

自分の思いを書き込んでいくことで、このノートは、あなたの『生き方』の貴重な記録になっていくはずです。『死』はその事実だけが切り離されて存在しているのではなく、あなたがこれまでどう生きてきたか、何を大切にしてきたか、これからどう生きていきたいか、ということと直接つながっています。死の瞬間まであなたが自分の人生を生きているということを確認するために、このノートを活用していただければ幸いです。

1 私について

■ 大切にしていること

■ 大きい出来事

■ 家庭・家族

■ 学校・仕事

■ 友人・周りの人

発表

担当者役の人

このような質問をするのはいかがでしたか？

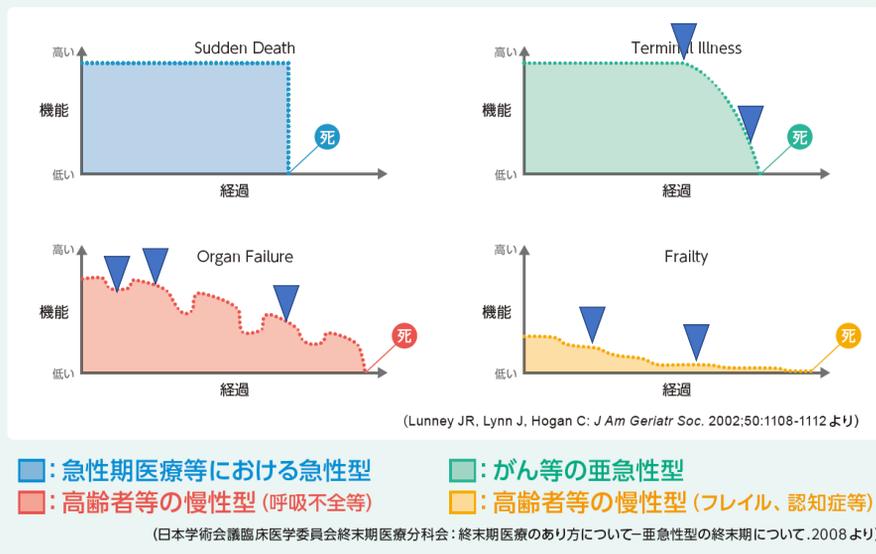
患者役の人

このような内容を考えてみて、どう感じましたか？
質問してくれる相手に対して、どう感じましたか？

事前指示・ACPは、いつ 作成したらよいでしょうか？

がんなどの終末期になってからでは遅い気がします

図 人生の最期に至る軌跡



リビングウィル・ACPが大切

家族と話し合っておくことが大切

本人の強い意志と、周囲が叶えてあげたいという強い意志が一致することが大切。

法的効力云々でなく・・・

強要するためのものでなく、共有するために！

患者さんと家族のものがたり（ナラティブ）を知ることが大切なのです。

普段から話し合い、死生観を共有しておく

死後の家族の心のケアにも：グリーフ・ケア

アドバンス・ケア・プランニングの効用

患者の自己コントロール感が高まる

Morrison, J Am Geriat 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

医療・介護関係者から
言われないと
ACPってできないの？

生き方・逝き方を選ぶのは、個人の権利では？

逝き方なんて、縁起でもないって言う人には

Home > もしバナゲーム

人生の最期にどう在りたいか。

どれも大切なことだとわかっています。でも、なんとなく「縁起でもないから」という理由で、避けてはいませんか。

このカードを使えば、そんな難しい話題を考えたり話し合うことができます。

また、ゲームを通して、友人や家族にあなたの願いを伝え、理解してもらってきっかけ作りにもなります。周りの人々とゲームをしておくだけで、いざというときの判断がしやすくなるのです。

・もしバナゲームのご購入にしまして >>>

・もしバナゲームPDF >>>



1人でも、2人でも、またもっと多くの人数でもゲームをするこ

地域包括ケアシステム

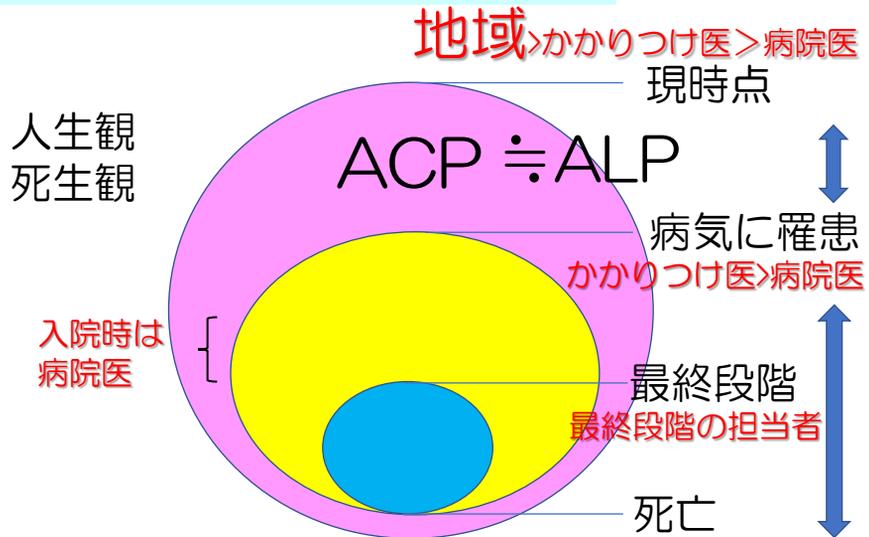
地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステム**の構築を実現していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が伸びて75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。**
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。**



Age in place: 住み慣れた街で、安心して・・・

ACPを地域で繋ぎましょう



三浦靖彦講師略歴

現職：東京慈恵会医科大学附属柏病院総合診療部 診療部長
東京慈恵会医科大学附属柏病院 臨床倫理委員会委員長
臨床倫理コンサルテーションチーム・責任者、緩和ケアチーム

昭和57年 3月 東京慈恵会医科大学 卒業

昭和59年 4月 同大学第2内科学教室（現 腎臓高血圧内科）入局

昭和61年 9月 岡崎国立共同研究機構 生理学研究所 研究員

昭和63年 6月 国立佐倉病院内科医長（透析センター医長）

平成10年 4月 （財）航空医学研究センター研究指導部長

平成17年10月 医療法人財団慈生会野村病院 副院長

平成26年 1月 東京慈恵会医科大学附属柏病院総合診療部 講師

平成26年 4月 東京慈恵会医科大学附属柏病院総合診療部 診療部長

平成28年 6月 東京慈恵会医科大学附属柏病院総合診療部 准教授