

アドバンス・ケア・プランニング

日本ACCP研究会

第4回年次大会

in 春日井



2019. 9.15 sun

プログラム・抄録集



日本アドバンス・ケア・プランニング研究会第4回年次大会

【大会長】

會津 恵司（春日井市民病院 がん相談支援センター 部長）

【テーマ】

ACP の実践

【会 期】

- (1) 2019年9月14日（土） 正午から午後3時30分まで
- (2) 2019年9月15日（日） 午前9時から午後5時30分まで

【会 場】

- (1) 東部市民センター
〒487-0011 愛知県春日井市中央台2-2-1
TEL：0568-92-8511
- (2) ホテルプラザ勝川
〒486-0931 愛知県春日井市松新町1-5
TEL：0568-36-2311

【事務局】

春日井市民病院 がん相談支援センター

TEL：0568-57-0684

FAX：0568-57-0067

E-mail：acp2019jimukyoku@hospital.kasugai.aichi.jp

大会ホームページ：https://plaza.umin.ac.jp/z_renkei/acp_meeting4/index.html

大会長あいさつ



春日井市民病院 がん相談支援センター 部長
會津 恵司

この度、日本アドバンス・ケア・プランニング（ACP）研究会第4回年次大会を2019年9月15日に愛知県春日井市で開催させていただくこととなりました。

近年日本では急激な高齢化の進展のなかで、どのような医療やケアを受けたいか、人生の最終段階をどのように過ごしたいか、最後まで自分らしく生ききるためにどう準備したらいいのかについての関心が高まっています。そして医療やケアを提供する現場では、本人の思いをきき、意思決定を支援し、いかに実現するかのための活動としてACPが注目されています。

2018年11月30日に厚生労働省はACPの愛称を「人生会議」と決定し、11月30日を「人生会議の日」と制定し、国民全体に広くACPを啓発していくことを発表しました。また2018年3月には「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」がACPの考え方を取り込んで改定され、医療、介護、福祉の現場でACPを実施する環境は整いつつあります。そして今日、ACPに取り組む医療機関、施設、在宅ケアは増加してきています。しかし、ACPの効果や医療従事者の充実感が伝わる一方で、ACPのやり方がわからないといった声や、困難で続かなかったといったことも聞かれています。

当研究会は、各地の臨床現場でのACPに関する経験や知見を積み重ね、日本版ACPの実践のあり方について検討し、また全国へのACPの普及啓発を目的として開催されてきました。そこで今回はACPの臨床現場での実際の取り組みを共有し、日本版ACPを検討するために、日本ACP研究会第4回年次大会のテーマを「ACPの実践」としました。各地で行われているACPを話し合い、臨床現場からみえてくる日本版ACPを考えていきたいと思えます。またACPの基礎を支える研究をされている先生方や、プロセスガイドラインの作成や人生の最終段階における医療の普及啓発のあり方を検討されてこられた先生方をお招きしての教育講演、シンポジウムを企画しました。日本版ACPの考え方や日本でのACPの普及啓発についてご検討いただく予定です。

今大会が、明日からの臨床現場でのACPの実践に生かされ、医療のみならず様々な専門職がかかわり実践される医療機関、施設、地域を作っていく機会につながることを期待しています。日本ACP研究会第4回年次大会の愛知県春日井市に多くの皆さまのお越しを心よりお待ちしております。

日本 ACP 研究会第 4 回年次大会の開催に寄せて



春日井市 市長

伊藤 太

この度、日本アドバンス・ケア・プランニング研究会第 4 回年次大会が盛大に開催されますこと
をお喜び申し上げますとともに、全国各地から春日井市にお越しいただいた皆様を心から歓迎いたし
ます。

さて、本市は 75 年の歴史を重ね、31 万人都市として発展し続けてまいりました。全国で高齢化
が進む中、本市においても高齢化が進行しております。また、本市は、日本三大ニュータウンの高
蔵寺ニュータウンにおいては、人口の約 15 パーセントが暮らしており、高齢化率は 34 パーセント
と市内平均の 25 パーセントと比較して高い状況であります。

本市は第六次総合計画の将来像に「暮らしやすさと幸せをつなぐまち かすがい」を掲げ、誰も
が心豊かに、誇りを持ち、住み続けたいと実感できるまちを目指しています。人生 100 年時代を迎
える今日、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けるためには、この「人生の最
期」をどのように過ごしたいのか、本人の意思を尊重することがますます重要となってくるとわ
れます。

このような中、本市においてアドバンス・ケア・プランニングの取組が活発に議論されることは
大変意義深く、この地域の医療、介護、福祉などの現場でアドバンス・ケア・プランニングの考え
方が広がることで、市民の暮らしにおける「幸せ」が、より高まるものと期待しております。

最後に、本大会の円滑な開催にあたり、多大なる御尽力を賜りました関係者の皆様に感謝申し上
げますとともに、本大会の御成功と皆様のますますの御発展を心から祈念し、歓迎の言葉といたし
ます。

日本 ACP 研究会第4回年次大会の開催に寄せて



一般社団法人 春日井市医師会 会長

福井 雅子

超高齢社会という言葉が登場してから久しく、国、地域においては様々な課題が議論されています。この度、2015年に厚生労働省の「人生の最終段階における医療体制整備事業」の実施医療機関として選定されました春日井市民病院で、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）に先進的に取り組まれ、その先導役として活躍されている會津恵司先生を大会長として4回目となる年次大会が春日井市で開催されますことを心からお喜び申し上げます。

現在、春日井市は人口31万余、高齢化率25%ですが、今後も高齢化はさらに進むと予測されます。その状況に対応できるよう医師会では在宅医療の体制充実と、医療と介護の連携に取り組んできました。この4月からは行政のサポートの下でICTを活用した医療、介護等の多職種連携システムの運用も開始したところです。

日々の診療では病気を治療し良い状態で快適に暮らしていただけること、あるいは病気を予防していくことに力を注いでいる診療所、病院、訪問診療いずれの医療職にとっても、ACPの考え方はまだ浸透していないのが現状です。ACPは患者さんの意向を知り、その意向を尊重したサポートを行い、また意思を伝えられない場合は本人に代わって代弁をしてもらえる環境づくりと理解しております。最後まで自分らしく生き抜くことを支援することかと思えます。

健康な方を始め、入院中、終末期の方、自宅、施設、病院にいる方等々幅広く支援を受けられるよう、健康なうちから考える機会をもつこと。多くの方々が今回の大会に参加されその為のきっかけになるよう願っております。

当医師会としてはこの年次大会を前に会員の医師、スタッフを対象に勉強会を開催いたしました。今後も継続していきたいと考えます。

結びにあたり、本大会の開催にご尽力いただきました関係者の皆様に敬意を表しますとともに大会のご成功をお祈りいたします。

会場案内

9月14日(土)

東部市民センター

- | | |
|--------------|--------|
| ◆ 受付 | ホールロビー |
| ◆ 講演会場 | ホール |
| ◆ ACP 紹介コーナー | ホールロビー |
| ◆ 書籍展示 | ホールロビー |

9月15日(日)

ホテルプラザ勝川

- | | | |
|-----------------------|----|------------|
| ◆ 総合受付 | 2階 | ホワイエ |
| ◆ ランチョンセミナー整理券配布 | 3階 | ロビー |
| ◆ クローク | 2階 | ロビー |
| ◆ 座長・演者・ポスター受付/PCセンター | 4階 | ロビー |
| ◆ 大会本部 | 3階 | 楓・柳 |
| ◆ 講演会場 | | |
| 第1会場 | 2階 | さくら1 |
| 第2会場 | 2階 | さくら2 |
| 第3会場 | 4階 | けやき |
| 第4会場 | 4階 | ホワイエ + ロビー |
| 第5会場 | 4階 | プラザホール |
| ◆ 展示 | | |
| 書籍 | 2階 | ロビー |
| 春日井物産 | 2階 | ロビー |

会場周辺図・アクセス

9月14日(土)

東部市民センター

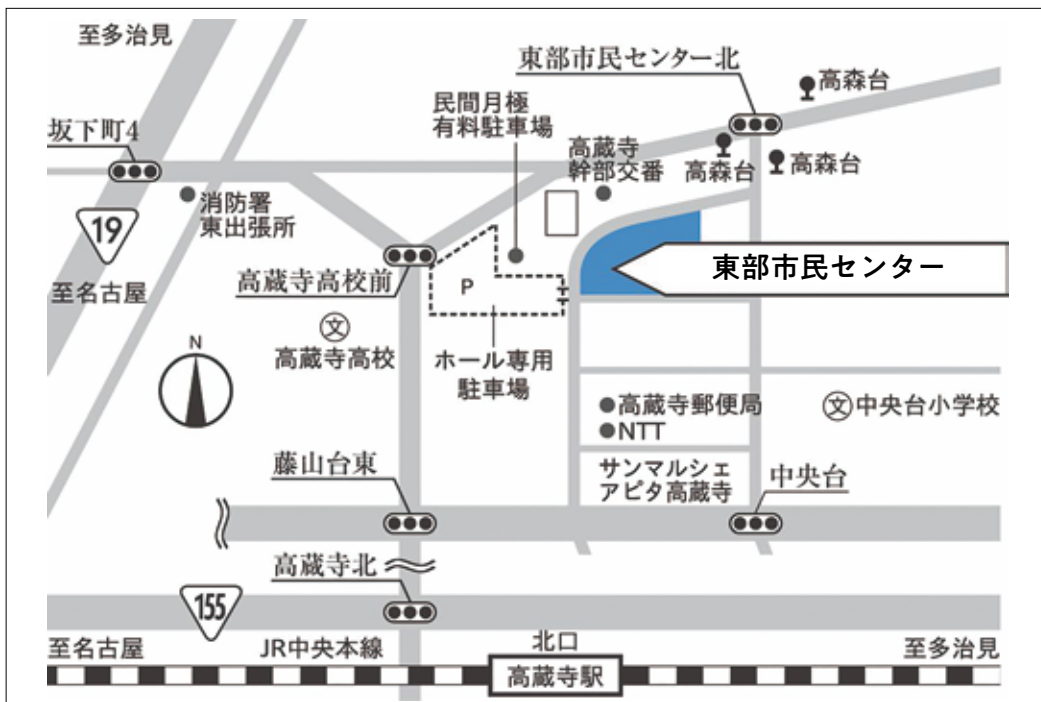
〒487-0011 愛知県春日井市中央台2-2-1

TEL : 0568-92-8511

URL : <https://www.city.kasugai.lg.jp/shisetsu/kouminkan/toubushimin.html>



JR 中央本線高蔵寺駅から名鉄バス（4番高森台、かみや団地行き、5番石尾台駅）に乗り高森台で降車し、徒歩3分。お車でお越しの方は指定の駐車場にお停めください。



会場周辺図・アクセス

9月15日(日)

ホテルプラザ勝川

〒486-0931 愛知県春日井市松新町1-5

TEL: 0568-36-2311

URL: <http://www.theplaza.co.jp>



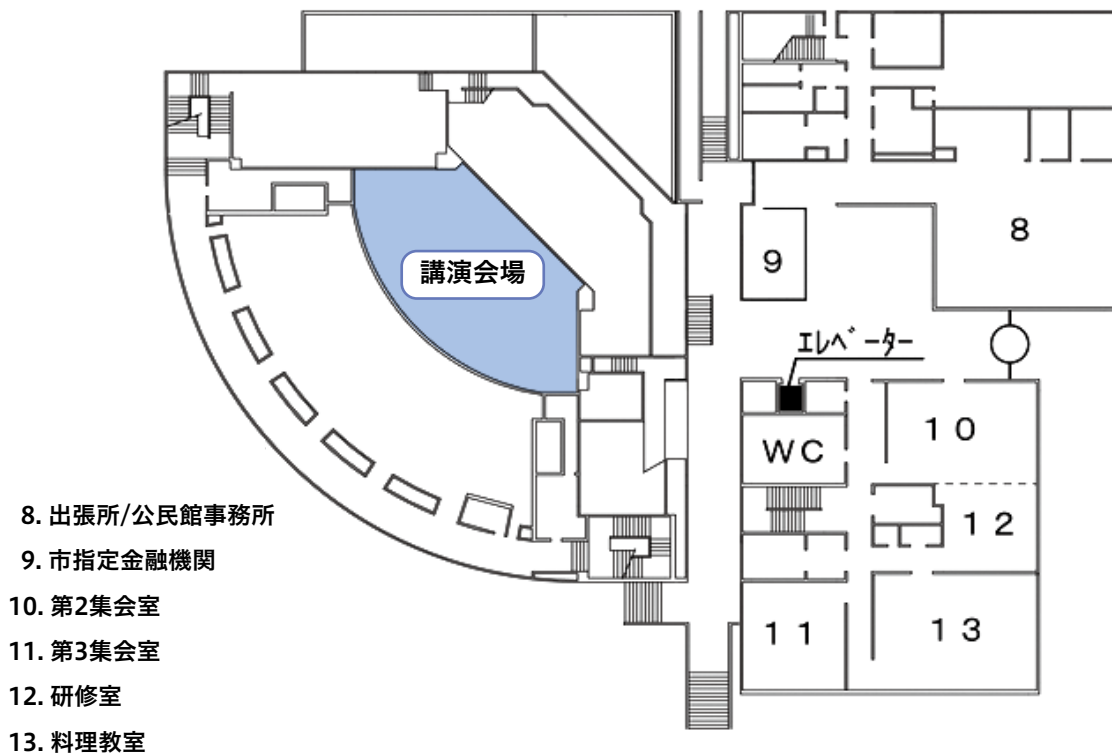
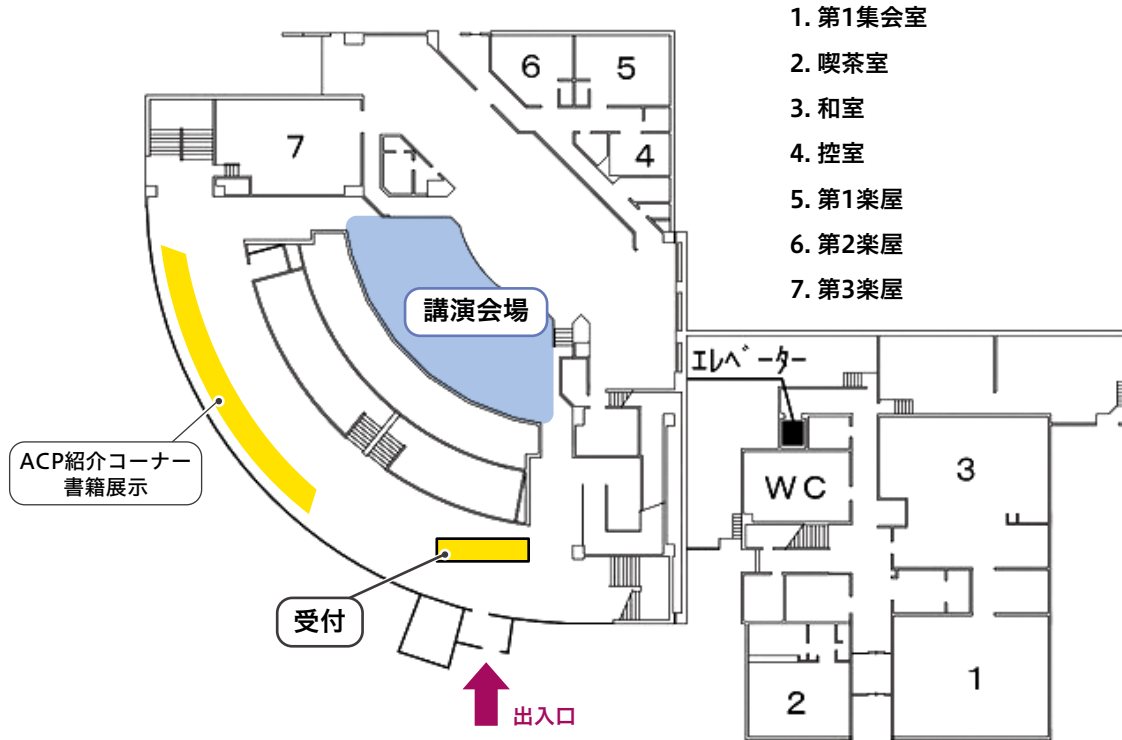
JR中央本線勝川駅 北口(改札を出て右側)の右方向にあります。歩道橋を利用しご来場ください。



会場案内図

9月14日(土)

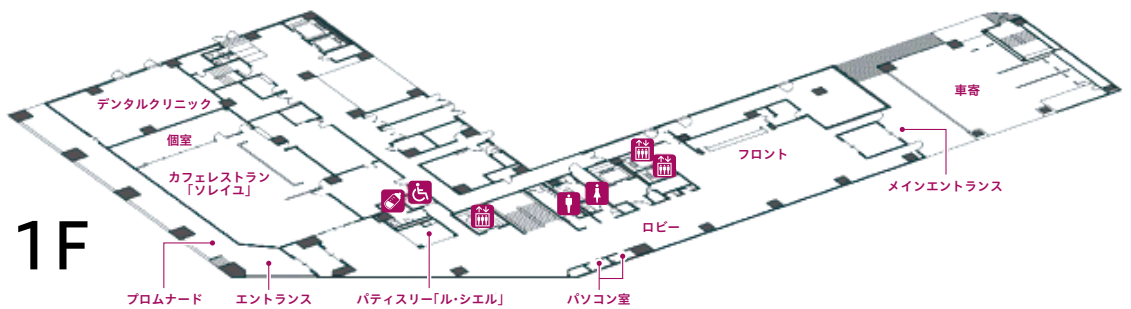
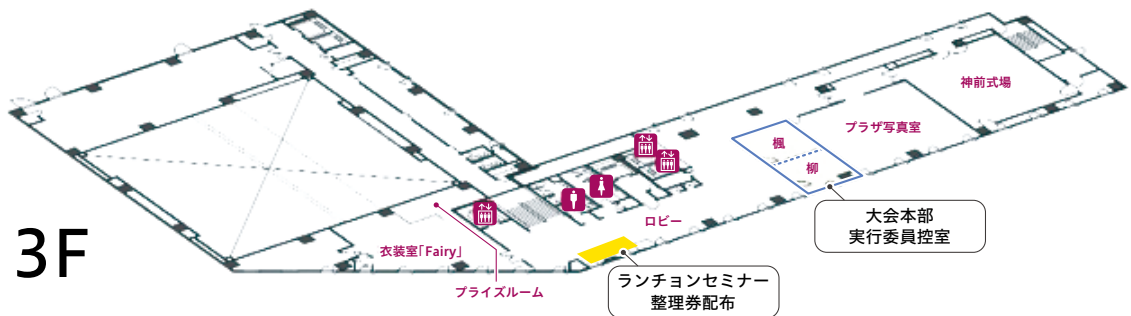
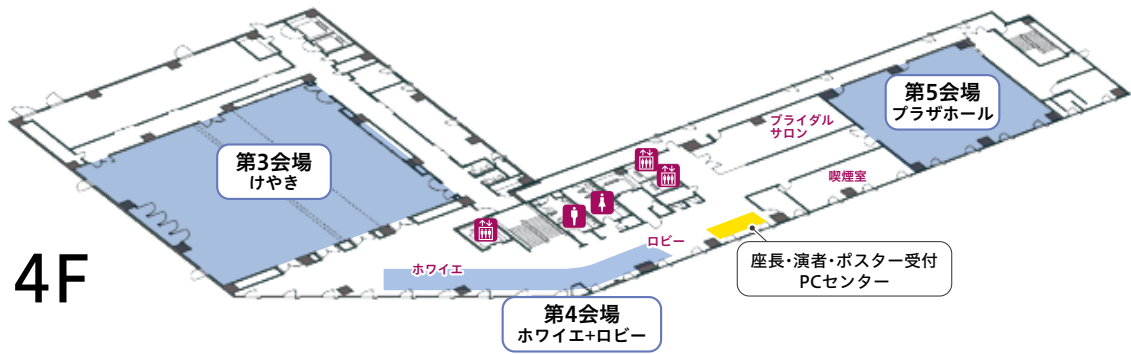
東部市民センター



会場案内図

9月15日(日)

ホテルプラザ勝川



エレベーター 男性用トイレ 女性用トイレ 身障者用トイレ 授乳室

日程表

9月14日(土)

東部市民センター

	ホール	ロビー
12:00		
12:15		
12:30		
12:45		
13:00		
13:15	大会長挨拶 「なんとめでたい人生会議」	
13:30		受付 書籍展示 ACP 紹介コーナー
13:45		
14:00	市民公開講座 「なんとめでたいご臨終」 in 春日井 講師：小笠原 文雄	
14:15		
14:30		
14:45		
15:00		
15:15		
15:30		

日程表

9月15日(日)

ホテルプラザ勝川

	第1会場 さくら1 2階	第2会場 さくら2 2階	第3会場 けやき 4階	第4会場 ホワイエ+ロビー 4階	第5会場 プラザホール 4階
9:00					
9:15			開会式 大会長挨拶		
9:30					
9:45					
10:00	一般演題1 口演発表1 座長：大川 薫、岩田 晋	一般演題2 口演発表2 座長：坂 洋祐、津金沢 理恵子	パネルディスカッション [ACPの実践とその在り方] 1. [広島県安芸地区医師会]の 実践ACP 松浦 将浩 2. [札幌市とよひら・りんくう]の 実践ACP 澤田 格 3. [福井市在宅クリニック]の 実践ACP 西出 真悟 座長：佐藤 尚文	ワークショップ1 介護従事者のための実践 ACP	
10:15					
10:30					
10:45					
11:00					
11:15					
11:30					
11:45					
12:00	ランチョンセミナー1 講師：中島 一光、横江 由理子 座長：小林 哲朗	ランチョンセミナー2 講師：葛谷 雅文 座長：成瀬 友彦	ランチョンセミナー3 講師：渡邊 有三 座長：三浦 久幸	一般演題3 ポスター展示	
12:15					
12:30					
12:45					
13:00					
13:15		特別講演 [ACPとスピリチュアルケア ～臨床宗教師として～] 講師：大下 大圓 座長：福井 雅子	特別倫理講演 [厚生労働省プロセス・ガイドライン 2018年改訂版とACP] 講師：清水 哲郎 座長：五十嵐 知文		
13:30					
13:45					
14:00					
14:15					
14:30			シンポジウム [これからの日本社会における ACPの位置付け] ・医師から 三浦 久幸 ・厚生労働省から 松岡 輝昌 ・法律家から 樋口 範雄 ・臨床倫理から 眞岡 真子 座長：高橋 浩、曾津 恵司		ワークショップ2 [もしバナゲーム™]のトリセツ ～カードゲーム体験とその射程 を考えるワークショップ～
14:45					
15:00					
15:15					
15:30					
15:45					
16:00					
16:15			教育セミナー 1. [心不全]のACP介入 高田 弥寿子 2. [腎不全]のACP介入 山田 洋子 3. [MSW]のACP介入 岡村 紀宏 座長：小栗 光俊、森本 優子	一般演題3 ポスター発表1、2	
16:30					
16:45					
17:00					
17:15			閉会式 次回大会長挨拶		
17:30					
17:45					
18:00		情報交換会			
18:15					
18:30					
18:45					
19:00					
19:15					
19:30					
19:45					
20:00					

参加者へのご案内とお願い

1. 受付・参加費について

(1) 9月14日（土）

受付は正午から東部市民センターホールロビーにて行います。

事前参加申込みとなっております。申込みはがき又は参加許諾メールを受付にご提示ください。なお、市民公開講座当日に席が空いている場合は、先着順にて当日申し込みを受け付けますが、満席の場合はお断りいたしますので、予めご了承ください。

(2) 9月15日（日）

受付は午前8時30分から午後2時までホテルプラザ2階ホワイエにて行います。

①事前登録

参加費振込期限の8月23日（金）の時点で入金を確認させていただいた方には、プログラム・抄録集に研究会参加証を同封しております。研究会参加証に所属・氏名をご記入の上、会場内でご着用ください。当日の受付は不要です。

入金が未確認の方は、事前参加受付にて研究会参加証及び領収書をお受け取りください。

②当日参加

当日参加受付にて、次のとおり参加費をお支払いいただき、研究会参加証及び領収書、抄録集をお受け取りください。

カテゴリー	当日受付	
	会員	非会員
医師・歯科医師	4,000円	5,000円
上記以外	3,000円	4,000円

③研究会参加証

研究会参加証は所属・氏名をご記入の上、会場内で必ず着用してください。研究会参加証のない方の研究会へのご参加はお断りいたします。また、参加証の再発行はできませんのでご了承ください。

2. 情報交換会について

日 時：9月15日（日） 午後5時40分～午後7時40分

会 場：ホテルプラザ勝川 2階 さくら2

受 付：ホテルプラザ勝川 2階 ホワイエ

(1)事前登録

参加費振込期限の8月23日（金）の時点で入金を確認させていただいた方には、プログラム・抄録集に情報交換会参加証を同封しております。情報交換会参加証に所属・氏名をご記入の上、会場内でご着用ください。当日の受付は不要です。

入金が未確認の方は、事前参加受付にて研究会参加証及び領収書をお受け取りください。

(2)当日参加

参加希望者は、ホテルプラザ2階ホワイエ受付にて、情報交換会費5,000円をお支払いいただき、情報交換会参加証及び領収書をお受け取りになり会場へお越しください。

3. 学会入会・年会費納入について

当研究会の入会及び会員継続につきましては、研究会当日のみ受付しております。つきましては、年会費1,000円をお支払いいただき、会員証兼領収書をお受け取りください。

4. 座長へのご案内

(1)口演発表セッション座長

セッション開始15分前までに「次座長席」にご着席ください。

(2)ポスター発表セッション座長

セッション開始15分前までにホテルプラザ4階ホワイエ実行委員のところまでお越しください。座長用リボンと指示棒をお渡しいたします。アナウンスはいたしませんので、担当セッションのパネル前で待機していただき、午後4時から開始してください。セッション終了後、指示棒を実行委員までご返却ください。

5. プログラム進行について

プログラムの進行につきましては、座長の指示に従ってください。

6. 発表者へのご案内

(1) 講演発表

① 発表時間 7 分、質疑応答 3 分です。

② 事務局にてファイルの動作確認を事前に行いますので、発表用のデータを 9 月 6 日（金）までに事務局へ E メールで提出をお願いします。なお、当日データの変更が必要な場合はホテルプラザ 4 階ロビー PC センターにお申出ください。発表セッションの 45 分前まで受付いたします。

③ 発表セッション開始 10 分前までに「次演者席」にお越しください。

④ 発表データにつきましては次のとおりです。

- ・ご発表はノート PC 持参またはデータ持参（USB メモリ等）による PC での発表のみとなります。
- ・当研究会で準備する PC の仕様は、OS Windows 8.1、アプリケーション Power Point 2013（標準フォントのみ使用可）

※ Macintosh をご使用の方はご自身の PC とプロジェクターへの接続ケーブルをご持参ください。

(2) ポスター発表

① 発表時間 5 分、質疑応答 2 分です。

② 次の掲示スペースにあわせポスター、演題名等を各自でご準備ください。

演題番号と画鋏は事務局で準備いたします。

掲示スペース 横 90cm × 縦 150cm

演題名・演者名・所属 横 70cm × 縦 20cm

掲示スペース有効枚数の目安

A 4（横書き）：14 枚程度

A 3（横書き）：10 枚程度

B 4（横書き）：12 枚程度



③ポスター受付をホテルプラザ4階ロビーPC受付にて行います。貼出・発表・撤去時間は次のとおりです。発表時間の10分前までに担当セッションの1番目のポスターパネルの前で待機してください。セッションの進行は座長に一任いたしますが、終了時間を厳守してください。なお、ポスターは時間になり次第処分いたしますので撤去時間は厳守してください。

貼 出	午前8時30分から午前10時まで
発 表	午後4時から午後5時まで
撤 去	午後5時30分まで

8. ランチョンセミナーについて

ホテルプラザ3階ロビーにて午前8時30分から午前11時30分まで整理券を配布いたします。整理券は先着順で、なくなり次第終了とさせていただきます。また、セミナー開始5分経過後無効になりますのでご了承ください。セミナー会場には整理券をお持ちの方からご入場いただきます。

9. クロークについて

(1)9月14日(土)

東部市民センターホールロビーにございます。
利用可能時間は正午から午後3時30分までです。

(2)9月15日(日)

ホテルプラザ2階ロビーにございます。
利用可能時間は午前8時30分から午後8時までです。なお、ホテルプラザ2階の更衣室にコインロッカーもございますので、小荷物の方はよろしければご利用ください。

10. 会場内での呼出しについて

学会会場内での呼出しは行いませんのでご了承ください。受付付近に用意してあります掲示板をご利用ください。

11. 会場内での撮影について

講演会場内での研究会事務局の許可のない掲示・展示・印刷物の配布・写真撮影・ビデオ撮影及び録音は禁止です。

12. 学会等のポイントの付与について

日本医師会生涯教育制度 1ポイント

特別倫理講演の参加者に付与します。講演特別倫理講演会場前にて手続きを実施してください。受付時間は、午後0時45分から午後2時15分までです。

13. その他

講演会場及びポスター会場では、携帯電話の電源をお切りになるかマナーモードにしてください。

ホテル内は飲食持込み禁止となっております。講演会場内後方に水を用意しておりますので、ご利用ください。

プログラム

9月14日(土)

東部市民センター

◆ 大会長講演 午後1時～午後1時30分

座長：渡邊 啓介（春日井市民病院）

なんとめでたい人生会議

會津 恵司（春日井市民病院）

◆ 市民公開講座 午後1時30分～午後3時

座長：會津 恵司（春日井市民病院）

なんとめでたいご臨終

小笠原 文雄（小笠原内科・岐阜在宅ケアクリニック）

9月15日(日)

ホテルプラザ勝川

◆ 大会長講演 午前9時～午前9時30分

座長：渡邊 啓介（春日井市民病院）

ACPの実践

會津 恵司（春日井市民病院）

第3会場（4階けやき）

◆ 特別倫理講演 午後1時～午後2時

座長：五十嵐 知文（西岡病院）

厚生労働省プロセス・ガイドライン2018年改訂版とACP

清水 哲郎（岩手保健医療大学）

第3会場（4階けやき）

◆ 特別講演 午後1時～午後2時

第2会場（2階さくら2）

座長：福井 雅子（春日井市医師会）

ACP とスピリチュアルケア
～臨床宗教師として～

大下 大圓（飛騨千光寺）

◆ シンポジウム 午後2時15分～午後3時45分

第3会場（4階けやき）

座長：高橋 浩（岩手県立二戸病院）、會津 恵司（春日井市民病院）

これからの日本社会における ACP の位置付け

S 1 医師からみる ACP

三浦 久幸（国立長寿医療研究センター）

S 2 厚生労働省からみる ACP

松岡 輝昌（厚生労働省）

S 3 法律家からみる ACP

－ ACP 推進と法の役割－

樋口 範雄（武蔵野大学法学部）

S 4 臨床倫理からみる ACP

－ ACP は「終末期医療の倫理」の熟慮・発展のプロセスから生まれた産物である－

箕岡 真子（東京大学大学院医学系研究科）

◆ **パネルディスカッション 午前9時45分～午前11時15分** **第3会場（4階けやき）**

座長：佐藤 尚文（公立富岡総合病院）

ACPの実践とその在り方

- A 1 広島県安芸地区医師会における ACP 普及活動について
～支援者の不安に焦点をあてて～
松浦 将浩（安芸市民病院）

- A 2 「札幌市とよひら・りんく」の実践 ACP
澤田 格（西岡病院）

- A 3 「福井市在宅クリニック」の実践 ACP
西出 真悟（オレンジホームケアクリニック）

◆ **教育セミナー 午後4時～午後5時** **第3会場（4階けやき）**

座長：小栗 光俊（春日井市民病院）、森本 優子（春日井市民病院）

- E 1 「心不全」の ACP 介入
ACP 支援ツールを用いた ACP の介入の実際と課題
高田 弥寿子（国立循環器病研究センター）

- E 2 「腎不全」の ACP 介入
山田 洋子（春日井市民病院）

- E 3 「MSW」の ACP 介入
岡村 紀宏（西岡病院）

◆ 一般演題Ⅰ（口演発表Ⅰ） 午前9時45分～午前11時15分 第Ⅰ会場（2階さくらⅠ）

座長：大川 薫（亀田総合病院）、岩田 晋（春日井市民病院）

- 01-1 急性期病院における治療期からの ACP
～家族としての意思決定に至った1事例を通して～
寺尾 敦（長崎医療センター）
- 01-2 たった一人の人生会議
～過程と結果～
久田 邦博（名城大学薬学部）
- 01-3 ACP 相談員としての活動
～その時 その場で その人に 語る思いをつなぐ～
福島 あかね（春日井市民病院）
- 01-4 予後未告知 AYA 世代がん患者の希望に寄り添う代理意思決定支援
～退院日に自費サービスで挙式を支援した事例～
須田 敏枝（結ファミリークリニック）
- 01-5 短期間で意思を決定し在宅で最期まで過ごせた
50歳代のがん末期利用者支援
丹波 ちひろ（訪問看護ステーション太陽・高蔵寺）
- 01-6 A医療圏における在宅看取りでの
訪問看護とケアマネージャーとの連携について
池戸 初枝（海部医療圏在宅医療・介護連携支援センター）
- 01-7 死生について考える文化づくり「きつき終活応援プロジェクト」
～行政が実践するミクロ・メゾ・マクロレベルの ACP 実践への取り組み～
岡江 晃児（杵築市役所）

◆ 一般演題2（口演発表2） 午前9時45分～午前11時15分 第2会場（2階さくら2）

座長：坂 洋祐（春日井市民病院）、津金沢 理恵子（公立富岡病院）

- 02-1 確定診断がついていない予約入院患者への入院時支援における ACP
吉村 亮子（春日井市民病院）
- 02-2 筋萎縮性側索硬化症の療養先の選定について MSW が関わった事例報告
及川 佑介（砂川市立病院）
- 02-3 一般外科病棟における ACP 介入と今後の展望
佐藤 和也（春日井市民病院）
- 02-4 一般病棟におけるアドバンス・ケア・プランニングの取り組み
増田 順子（西岡病院）
- 02-5 地域がん診療連携拠点病院における ACP 普及の取り組み
稲垣 大輔（豊橋市民病院）
- 02-6 コミュニティ広場を利用した ACP 普及活動
～孤独死削減を目指して～
長谷川 信子（ながお在宅クリニック）
- 02-7 スタートの ACP とゴールの ACP
高橋 浩（岩手県立二戸病院）

◆ 一般演題3 (ポスター発表1) 午後4時～午後5時 第4会場 (4階ホワイエ)

座長：田辺 圭子 (春日井市民病院)

- P 1 - 1 認知症のある患者とのその家族への ACP の関わり
伊藤 松恵 (春日井市民病院)
- P 1 - 2 在宅療養支援診療所での癌患者への
アドバンス・ケア・プランニングの実践
山本 真由 (木の香往診クリニック)
- P 1 - 3 肺がん患者の思いに寄り添う支援を目指して
恩田 秀樹 (春日井市民病院)
- P 1 - 4 患者の価値を尊重し意思決定能力の低下に備えた支援について考える
三輪 寛子 (エイム新栄)
- P 1 - 5 ACP 相談員として継続的に支援していった末期がん患者の事例
～入院から外来へ、そして地域へ～
鎌田 江利穂 (春日井市民病院)
- P 1 - 6 後悔しない意思決定支援のために
～一般病院でも ACP ! スタッフ教育から～
後藤 直美 (金沢文庫病院)
- P 1 - 7 「ACP を学ぶ会」を開催して
～ MSW の私ができること～
小境 ひとみ (坂下クリニック)
- P 1 - 8 外来化学療法センターにおける身寄りがない患者への ACP 介入
廣畑 加代子 (春日井市民病院)

◆ 一般演題3 (ポスター発表2) 午後4時～午後5時

第4会場 (4階ホワイエ)

座長：西村 かおり (西尾市民病院)

- P 2 - 1 慢性呼吸器疾患看護外来での関わり
～在宅人工呼吸器を装着し、
自宅療養を希望した患者と家族の支援の経過～
能見 真紀子 (砂川市立病院)
- P 2 - 2 心不全患者への ACP 介入の1例
木村 一乃 (春日井市民病院)
- P 2 - 3 心不全患者における
アドバンス・ケア・プランニング (ACP) を実施した一事例
土田 智也 (砂川市立病院)
- P 2 - 4 受容が不十分な妻への支援と
本心を表出することが少ない A 氏への ACP
星野 智穂弥 (れんげ訪問看護ステーション)
- P 2 - 5 残された時間の過ごし方に関する意向の相違を抱えた
患者・家族に対する ACP 相談員としての支援
大熊 亜紀 (春日井市民病院)
- P 2 - 6 EOL ケアとして作業療法士ができること
～1症例を通しての模索～
水野 るみ子 (春日井市民病院)
- P 2 - 7 急変を乗り越えた患者と家族の思いを繋ぎ、
在宅療養を実現した事例の検討
佐藤 和也 (春日井市民病院)

◆ **ワークショップ1 午前9時45分～午前11時15分 第5会場（4階プラザホール）**
介護従事者のための実践 ACP

柴田 美香（春日井市民病院）

鈴木 利恵（春日井市民病院）

◆ **ワークショップ2 午後2時15分～午後4時30分 第5会場（4階プラザホール）**
「もしバナゲーム™」のトリセツ

～カードゲーム体験とその射程を考えるワークショップ～

大川 薫（iACP）

蔵本 浩一（iACP）

原澤 慶太郎（iACP）

共催：一般社団法人 Institute of Advance Care Planning

◆ **ランチョンセミナー1 午前11時45分～午後0時45分 第1会場（2階さくら1）**
座長：小林 哲朗（愛知県医療ソーシャルワーカー協会）

本人の意思を尊重する終末期医療の実践

～鍵となる ACP とオピオイド～

中島 一光（いきいき在宅クリニック）

横江 由理子（いきいき在宅クリニック）

共催：塩野義製薬株式会社

◆ **ランチョンセミナー2 午前11時45分～午後0時45分 第2会場（2階さくら2）**
座長：成瀬 友彦（春日井市民病院）

高齢者医療における ACP の現状と推進 ～癌、末期腎不全等の事例～

葛谷 雅文（名古屋大学大学院医学系研究科 地域在宅医療学・老年科学）

共催：中外製薬株式会社

◆ **ランチョンセミナー3 午前11時45分～午後0時45分 第3会場（4階けやき）**
座長：三浦 久幸（国立長寿医療研究センター）

高齢者腎不全患の治療対策 ～人生の最終段階をむかえる療法選択～

渡邊 有三（春日井市民病院）

共催：テルモ株式会社

市民公開講座

なんとめでたいご臨終



小笠原 文雄

小笠原内科・岐阜在宅ケアクリニック理事長兼院長

「死ぬときに最後まで住み慣れた家にいたい」と考えたとき、家での最後を迎える方法を知っていますか。昨今、病院で死を迎える方は多く、私の患者さんにおいても病院でしか死ねないと考えていた方はたくさんいます。「一人暮らしだから」「家族に迷惑かけたくない」と考えることが当たり前となっていないでしょうか。

人生の最後をどのように過ごしたいのか、どこでどんな治療を受けたいか、一人ひとりの価値観や死生観などを患者さんやその家族、医療従事者が語り合う「人生会議」を繰り返し実施することにより、患者さんの希望を叶え、最後まで朗らかに生きるとともに、苦しまずに旅立ち、遺族に笑顔で見送られる「人生のめでたい最期」の迎え方を、地域の医療・福祉関係者が協力して提供している岐阜県の在宅医療の実践を交えお話しします。

人生の最後は誰にでも訪れます。人生の最後に「ありがとう」と患者さんやその家族などと言える関係性を築くとともに、「人生会議」の実践の第一歩としてのきっかけとなればと思います。皆様のご来場を心よりお待ちしております。

【経 歴】

- 1948年 岐阜県羽島市生まれ
- 1973年 名古屋大学医学部卒業
- 1973年 大垣市民病院 医員
- 1977年 名古屋大学第二内科（循環器グループ）
- 1981年 一宮市立今伊勢病院 医長
- 1989年 小笠原内科 院長
- 1999年 医療法人聖徳会 理事長

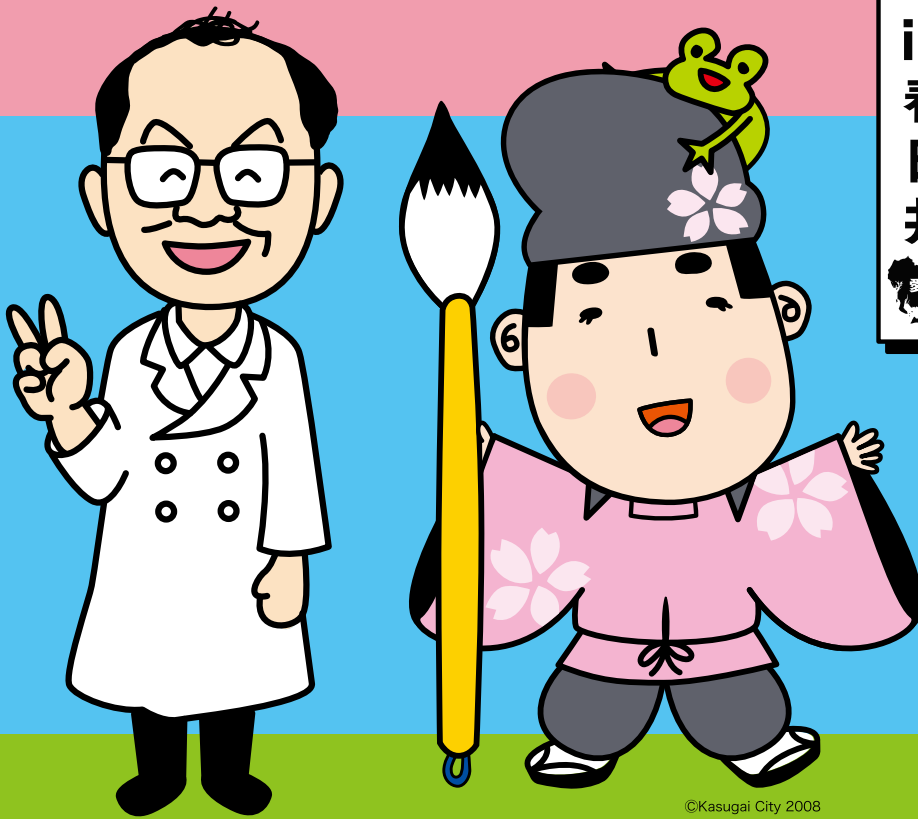
『上野千鶴子が聞く。小笠原先生、ひとりで家で死ねますか？』朝日新聞出版 2013年

『なんとめでたいご臨終』小学館 2017年 他、教科書などの執筆など多数

アドバンス・ケア・プランニング

日本ACP研究会第4回年次大会 市民公開講座

— なんとめでたいご臨終 —



in
春日井
愛知

©Kasugai City 2008

2019 9/14 sat

場 所 東部市民センター
〒487-0011 愛知県春日井市中央台2-2-1
対 象 どなたでもご参加いただけます
定 員 400名(要事前申込み)

問合せ先 ACP研究会第4回年次大会事務局 春日井市民病院 がん相談支援センター
Mail: acp2019jimukyoku@hospital.kasugai.aichi.jp TEL: 0568-57-0684 FAX: 0568-57-0067
大会HP https://plaza.umin.ac.jp/z_renkei/acp_meeting4/index.html

講師
小笠原 文雄 (おがさわら ぶんゆう)



1948年岐阜県生まれ。岐阜県に小笠原内科開院し、院長として患者さんが望む形の「めでたいご臨終」を迎えられるように在宅医療を積極的に取り入れる。日本在宅ホスピス協会の会長などを務め、テレビ・ラジオなど多方面で活躍。著書「なんとめでたいご臨終」他、教科書なども多数執筆。

参加
無料



特別倫理講演

厚生労働省プロセス・ガイドライン 2018 年改訂版と ACP



清水 哲郎

岩手保健医療大学学長

厚生労働省「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年3月改訂）は、本文を丁寧に読解するならば、ACPの精神を実践に活かそうとする医療・ケア従事者にとって益するところの多いツールであることが分かる。

1. 合意ベース：合意形成を目指す／合意に到らない時・なお合意形成に努める

ガイドライン 2007 初版においても「本人と医療ケアチームの間の合意」が方針決定のためには必要だと言われていたが、「本人が決める」という面が強調される傾向にあった。これに対して、2018 年改訂版においては、話し合いが「合意形成」を目指すものであることが明記され、本人・家族・医療ケアチーム 3 者の合意が望ましいことが強調されている。さらに、話し合いで合意に到らない場合、専門家を交えたより広い話し合いの場での検討を行うが、そこでもなお、合意を目指すこととされている。

2. 医学的妥当性・適切性および本人の人生と価値観

「合意形成」を目指す明記される「話し合い」の中身は、本人の意向と医療側の「医学的妥当性・適切性の判断」との擦り合わせ、および「本人の人生観や価値観」を踏まえた本人の人生にとっての最善の検討といったことと考えられる。

「医学的妥当性・適切性」に関しては、医療側の医学的判断と本人が示す意向との擦り合わせが奨められていると考えられる。つまり、合意を目指す話し合いの一つの面は、本人が医学的判断を理解し、これを踏まえつつ、自らの意向を形成できるように支援するという事になる。

「本人の人生と価値観」については、医療・ケア側がこれを本人から、または家族等からしっかり聴き取るべきことが言われている。本人にとっての最善を見出す際に、価値判断の基準は本人の人生観・価値観であるからである。そしてここであり得る意志決定支援は、本人の人生・価値観と個別の意向との間が整合的であるようにサポートすることであろう。

3. 合意の実質

このような合意を目指す話し合いの結果、本人は医学的情報を理解すると共に、自らの人生・価値観に沿った、つまり「自分らしい」意向を形成し、かつ、皆が自らの意向を支持し、賛同していることを理解しつつ、意思表示することとなる。

なお、本ガイドラインは一貫して「家族〔等〕」は話し合いに参加する者としており、本人に代って決める者とはしていない。では、本人が意思表示できない場合に、どのように決めることができるのか。ここでも家族等が「合意」に参加していることが肝腎なのである。

【略 歴】

東京大学理学部天文学科卒業（1969）後、東京都立大学学部および大学院にて哲学を専攻、文学博士。北海道大学助教授（1982）、東北大学教授（哲学 1996）、東京大学特任教授（死生学・応用倫理 2007）等を経て、2017年度から岩手保健医療大学学長。文学博士、東北大学名誉教授。

【専 門】

哲学、臨床倫理学、臨床死生学。

【主要著書】

哲学一般・西欧中世哲学

『オッカムの言語哲学』『パウロの言語哲学』 など

医療・ケアの哲学・倫理学

『医療現場に臨む哲学』『医療現場に臨む哲学Ⅱ ことばに与（あずか）る私たち』『高齢社会を生きる—老いる人／看取るシステム』（編著）『ケア従事者のための死生学』（共編著）

『臨床倫理ベーシックレクチャー』（共編著）『最期まで自分らしく生きるために』

『看護倫理 実践事例 46』（監修・執筆）『医療・介護のための死生学入門』（共編著） など

【主な活動】

日本緩和医療学会、日本哲学会、日本倫理学会、日本生命倫理学会、日本医学哲学・倫理学会、臨床死生学会等で理事等を歴任。現在は日本生命倫理学会監事、日本老年医学会代議員・倫理委員、日本スピリチュアル・ケア学会理事（倫理担当）

日本緩和医療学会 鎮静ガイドライン改訂 WPG 員、日本医師会 第 15 次生命倫理懇談会 委員

厚生労働省医政局地域医療計画課「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

特別講演

ACP とスピリチュアルケア ～臨床宗教師として～

大下 大圓
飛驒千光寺住職



ACP とは「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」ですが、他職種連携の中で将来は、スピリチュアルケア師や臨床宗教師が必要と思われます。

「臨床宗教師」とは公共空間でスピリチュアルケアをする宗教家のことですが、布教や教義を押し付けず、無信仰の人へ宗教的教理を紹介することよりも、死ぬことの意味を探求できるように、宗教的な枠組を見つけるための援助をすることが本来の宗教的ケアです。そして一般にスピリチュアルケアとは最初から宗教的ケアを提供するのではなく、その人のスピリチュアルペインを可能な限り自然体でアセスメントし、その人の人生観、死生観を尊重して慎重に関わるケアです。

臨床宗教師はスピリチュアルケアを基本として、決して特定の宗教教義を押しついたり、宗教勧誘をしません。あえて言えば、宗教を背景とするスタンスは持ちながらも、相手のスピリチュアリティに寄り添いながら関与する姿勢なのです。

日常の精神性が脅かされるような重篤な疾患によって、患者や家族はその苦悩に直面します。そのような深いこころの苦悩を「スピリチュアルペイン」といいます。その多くは、痛ましい思い出であり、忘れたい思い出、罪悪感、達成できなかったことなどがあり、現実には、孤独や悲しみ、怒り、羞恥心などのこころの痛みです。それらは将来においては、不安や、絶望、恐れなどにつながります。

人は PTSD のような危機的で絶望的な体験をしても、そこから成長するスピリチュアルな成長をする存在でもあります。専門的な言葉ではそのことを PTG といいます。PTG (Posttraumatic Growth) とは「危機的な出来事や困難な経験との精神的もがき・闘いの結果生じる、ポジティブな心理的変容の体験」です。まさにケアの本質的課題とは、その人らしく生きることをサポートするという日常臨床や生活臨床の場の延長に位置するものであるといえます。

一方で人々は苦難に立ち向かうときに、自然な祈りを生活の中に取り入れています。祈りという行為は人間本性の自然な営みであり、その人の日常生活とどのような意味を持つかを、本稿では生活臨床、臨床宗教の視点で考えることができます。また支援活動においても、スピリチュアルケアの

本質を心得て、患者や家族の自主性を支え、時空を超えた関係性を意味する縁生理解をスピリチュアルケアの基点におくことが肝要です。

スピリチュアルケアでの活動を通じて思うことは、多職種連携はいうまでもなく、本人の希望に添った多面的でさまざまなアプローチが必要だということです。

【主な活動歴】

飛騨高山生まれ。12歳で出家。昭和52年（1977）高野山大学仏教学科卒。岐阜大学教育学部研究生を修了。2008年3月に高野山大学スピリチュアルケア学科客員教授後に、京都大学（大学院）こころの未来研究センターで研修員として「瞑想の臨床応用」を研究する。2011年より京都大学大学院医学研究科医学コミュニケーション分野の非常勤講師として、スピリチュアルケア、臨床瞑想法などの講義をしている。その他名古屋大学医学部、日本看護協会などで死生観・スピリチュアルケア教育、臨床瞑想法などを講義している。

飛騨に臨床瞑想法教育研究所を設立して、ケア提供者自身が瞑想を活用できるように臨床瞑想法指導者養成講習会を適宜に開催している。

2015年に高野山大学大学院臨床宗教教養講座の担当教授として都内でサテライト校開講。スピリチュアルケア、臨床宗教実習などで臨床宗教師を養成する。

社会活動としては、1980年代より飛騨高山でビハラー飛騨などホスピス運動を展開。2000年より15年間高山市内の内科クリニックで臨床スピリチュアルケアワーカーとして患者家族のケアをし、ベッドサイドでの心のケアにあたって来た。また宗教家の研修会で講義や瞑想指導をし、スピリチュアルケアの分野では、日本スピリチュアルケア学会の理事と資格認定運営委員として、学会認定「スピリチュアルケア師」の認定プログラムの策定に尽力。NPO法人日本スピリチュアルケアワーカー協会では、副会長として2006年から認定「スピリチュアルケアワーカー」「臨床宗教師」の枠組みづくりを構築して多くの認定者を育てる。2016年に仏教、神道、キリスト教の専門教師で構成する「日本臨床宗教師会」を結成し、副会長として臨床宗教師の養成、資格認定、継続教育にあたる。

東日本大震災以降は、被災地での支援活動（心のケア）を続け、訪問は75回を超える。特に気仙沼や原発5キロ地点の川内村へは、臨床宗教師として行政と連携し住民への講話や瞑想療法で支援活動を継続している。

出版著書は21冊（単著10冊、共著11冊）、論文33本余、学会発表、講演活動など

シンポジウム

これからの日本社会における ACP の位置付け

座長：高橋 浩（岩手県立二戸病院）

會津 恵司（春日井市民病院）

ACP について、これまでその背景となる研究や発信をされてきた先生方に、ACP をより深く理解するために今一度ご講演いただきます。そして、今後我が国で ACP を普及啓発していくために、医療・介護・福祉に従事する者は何を理解し認識し共有するか、国民全体に何を訴えていくかを考えるシンポジウムです。

S I

医師からみる ACP

三浦 久幸

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 部長

最近になり、人生の最終段階にかかる自己決定の問題がクローズアップされている。一つは本年3月から報道され始めた東京都の公立福生病院の透析中止問題である。もう一つは6月にNHKで報道された「彼女は安楽死を選んだ」である。いずれも本人の自己決定に従った訳であるが、前者は意思決定のプロセスが問題視され、後者は安楽死そのものが日本で認められていないし、周囲の本人に対するサポートが不十分であったから安楽死を選んだのではという指摘がされ、どちらかという批判の対象になっている。このように未だ社会的には「自己決定」はタブー視されている。これらの問題には本人の意思決定支援における国内の医療制度や文化的背景が影響していると思われる。医療制度的には国内には人のライフコース全体を支える「主治医制度がない、あるいはない」ということであり、文化的にいうと多くの日本人は家族の意向とは独立して自律して決めることはできないという背景がある。言い換えると本人の人生全体をホリスティックにみる医師の不在があり、一方で本人自体の特に生死に関わる価値観そのものが醸成されていないためといえる。いつまでもこのままで良いのか？という、問いを投げかけてくれたのが、最初に述べた「自己決定」の2事例だと思われる。本人の生き様や思いに目を向けてこなかった歴史の積み重ねが、このような「事件」として顕在化してきたのではないか。この問題を解決する方策の一つとしては、ACP（人生会議）の推進であり、さらには質の高い共有意思決定（Shared Decision Making）の実践であろう。本人の思いを支えるのはもちろん、多職種であるが、主治医制度がないといっても人生全体を支える医師が中心となってACPの推進役となる必要がある。

このように本シンポジウムでは、今問題となっている事例などを元に本人のライフコース全体を支える医師の役割とACPについて報告する。

厚生労働省から見る ACP

松岡 輝昌

厚生労働省 医師確保等地域医療対策室 室長

日本は世界に先駆け、急速に超高齢社会へと突入した。団塊の世代全てが後期高齢者となる2025年から、団塊ジュニアが高齢者となっていく2040年までは、医療需要が最大化していくと考えられる。また、高齢者の増加に伴い、一年間で160万人を超える人が亡くなる「多死社会」を迎えることにもなる。

多死社会を迎えて死がより身近なものになるという予測に対して、私たちの日常において、死とはまだ遠い世界のことであり、どのように最後を迎えたいかということについて、漠然としたイメージしか持ち得ていない。

また、死を迎える場所について、国民の半分以上は自宅での死を望んでいるが、実際は1割程度が自宅でなくなっているという現状もあり、自らの望む最後を迎えるために、どのようなことが必要なかが問われている。

超高齢社会に対応するため、地域包括ケアシステムを推進し、地域で自分らしく生きることを全うするということを支援する一環として、自らの最期についても、自分の希望が全うできることが望まれる。

しかしながら、在宅医療を受けている患者が、その臨終において本人の希望に反して救急搬送される事案や、自らの逝き方について周りとは話し合い共有されているはずの人が、遠くから来た親族の一言により、本人の意に反する医療・ケアが改めて行われる事案などが存在している。

自らの希望する最期を迎えることの意味決定支援の一環として、自らの最期について周りとは繰り返し話し合い、共有する営みである「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」は推進されるべきであり、国はACPの愛称として「人生会議」を提唱し、その普及啓発に努めている。

S 3

法律家からみる ACP – ACP 推進と法の役割 –

樋口 範雄

武蔵野大学法学部 特任教授

ACP、アドバンス・ケア・プランニングという言葉が徐々に知られるようになってきた。言葉だけではなく、その意義が理解され、実践されることが重要である。

アドバンス・ケア・プランニングとは、医療や介護のあり方について、事前にプランニングをすることを指す。なぜ、それが重要かといえは、それには少なくとも3つの理由がある。

第1に、それがなされないことによって、多くの人が困る。まず、本人が、その意に反するような、本来望まない医療を継続されて、平穏な死を迎えることができないことがありうる。苦痛が延々と続く死への過程が押しつけられる。家族にとっても、どのような看取りがよかったのか、本人が死亡した後も、後悔が残る。それ以上に、終末期の段階で、本人のためにどうすればよいかわからず困る。さらに、医療従事者にとっても、本人からの明確な指針がないことによって、どのような形で医療を提供すべきかの判断に困る。要するに、アドバンス・ケア・プランニングがないことによって、大いに困る状況がすでに出現している。

第2に、日本社会の高齢化が進み、今後、年間で160万人もの死亡者が生ずる多死社会を迎えるという現実がある。それら大量の人たちが、アドバンス・ケア・プランニングのないままで終末期を迎えれば、事はもはや個人的な問題でなく、社会全体にとって大きな課題となる。

第3に、高齢社会に生きる私たちにとって、アドバンス・ケア・プランニングは、死を考える、どちらかといえば後ろ向きで暗い問題であるとは限らない。死すべき定めを共有する一方で、高齢期が長期間になった時代に生きる個々人にとって、アドバンス・ケア・プランニングは、医療（健康問題）を中核としつつも、それを含む高齢期の生き方（QOL）を考える機会となりうる。それぞれの健康状況に応じた、残る人生（しかし、かつてよりずっと長くなった人生）をいかに生きるかのプランニングが必要である。

以上のように考えると、アドバンス・ケア・プランニングの推進は、個人にとっても社会にとっても望ましい政策である。問題は、それをどのように実践するか、その実践に対しどのような障壁があるか、それについて何らかの法の役割があるかである。

このような課題について、当日は、考えたことを申し述べる。

臨床倫理からみる ACP（アドバンス・ケア・プランニング）

－ ACP は「終末期医療の倫理」の熟慮・発展のプロセスから生まれた産物である－

箕岡 真子

東京大学大学院医学系研究科 医療倫理学分野 客員研究員

End-of-Life Care において、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）は、最近、しばしばクローズアップされている言葉であるが、決して最近、突然に ACP という言葉が出てきたわけではない。「終末期医療におけるさまざまな困難な倫理的問題をどうやって解決すればよいのか？」という医療ケア専門家の苦悩に満ちた深い悩みの中から、「終末期医療の倫理」を熟慮・発展させてきたプロセスから生まれた産物なのである。

すなわち、終末期医療におけるさまざまな倫理的ジレンマを解決する手段として i) アドバンス・ケア・プランニングと、ii) 倫理コンサルテーションが熟慮・生み出されてきたのである。

医療における最も重要な ACP の一つである DNAR 指示（POLST）、および介護領域における重要な ACP である「看取りの意思確認」にも言及しながら、広い視野で「終末期医療の倫理」の熟慮・発展のプロセス（歴史の流れ）を俯瞰し、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の真に意味するところを考えてみたい。

【事前指示 AD と ACP】

初期にアメリカで行われていた古典的事前指示は、患者が自身の自己決定権の発露として、自分の終末期医療に関する要望を書くというものであったが、関係者間のコミュニケーションがなければ、医学的事項の理解が不十分、関係者間で本人意思の共有ができない、本人の願望に対する共感が不十分になってしまい、医学的にも倫理的にも問題があるということが次第にわかってきた。したがって、日本における事前指示の発展・実践は、患者に寄り添い、臨床倫理的思考のプロセスをしてきた医療者によって、「コミュニケーションツールとしての事前指示」に変貌を遂げてきた。そして、作成のプロセスにおける繰り返す対話・話し合いと信頼関係を重視した「コミュニケーションツールとしての事前指示」は、まさに、「ACP の実践」に他ならないのである。

【DNAR 指示（POLST）と ACP】

コミュニケーションを重視した DNAR 指示（POLST）は、医療における最も重要な ACP の一つとなり得る。日本臨床倫理学会の DNAR 指示に関するワーキンググループが、そのガイダンスの 1 番目に「コミュニケーション」をもってきたことは、指針『POLST（DNAR 指示を含む）』が、将来の臨床現場におけるよりよい ACP アドバンス・ケア・プランニングの実践に寄与する可能性を、明確に認識していたものである。

【看取りの意思確認と ACP】

介護施設における「看取りの意思確認」も、本人を中心としたコミュニケーションを重視すれば、介護における最も重要な ACP の一つとなり得る。

パネルディスカッション

ACP の実践とその在り方

座長：佐藤 尚文（公立富岡総合病院）

欧米で始まった ACP の取り組みが我が国に紹介され、先進的に取り組んでいるご施設・地域にご登壇いただき、急性期病院や回復期病棟、在宅医療の現場でいかに ACP を導入し、医療・ケアに生かし、本人の思いを実現してきたかをお聞きし、日本版 ACP の実践のあり方について考えるパネルディスカッションを企画しました。

A I

広島県安芸地区医師会における ACP 普及活動について

～支援者の不安に焦点をあてて～

松浦 将浩

広島県安芸地区医師会 ACP 推進事業検討委員会

広島市医師会運営・安芸市民病院 緩和ケア部長

広島県安芸地区は広島市郊外に位置する 1 区 4 町にあたり、隣接する都市部にはがん診療連携拠点病院をはじめ多くの総合病院がある中で、当地域では基幹 3 病院と診療所で地域を支える医療圏です。

安芸地区医師会（以下、当医師会）には訪問看護ステーションがあり、在宅療養を支えていく中で本人・家族の意向と医療者とのギャップが感じられる場面に遭遇することも珍しくなく、ステーション内でのカンファレンスが繰り返されましたが改善が図りにくいことから、医師会主催という形で当医師会員・病院にも案内して地域での在宅事例検討会を開始したのが 17 年前のことです。その後、年 3 回、会場を 3 基幹病院の持ち回りという形にし、多職種に案内を回すようにして、50 回を超えて今日まで継続されています。外部から緩和ケア医、臨床心理士、専門看護師をオブザーバーとして招き、アドバイスをいただいています。この積み重ねが当地域の連携の上での大きな力になっているのではないかと推察されます。

それらを背景に、広島県地域保健対策協議会（広島県・広島市・広島大学・広島県医師会の四者で構成）が作成した ACP ツール「私の心づもり」の普及推進事業を受ける形で、当医師会では多職種（病院、診療所、訪問看護師、介護支援専門員、各自治体担当者、地域包括支援センター）で構成された ACP 推進事業検討委員会が立ち上がりました。講演活動、地域サロンでの ACP 講習会などで地域住民や支援者を対象に ACP の大切さを伝え、介護保険導入時や施設入所時のケア・プラン作成の延長線上での ACP の提案もしています。

その一方で現場からは ACP の大切さは理解したものの「将来、身の回りのことが難しくなった時のことを考えたことがありますか？」という一言を患者・利用者に投げかけにくいとの声があがり、今年度はそこから抽出した支援者の不安に焦点をあてて七つのアドバイスを用意し支援者にむけて発信しています。「拒否されたどうしよう」「時間がとれない」「病状を尋ねられたらどうしよう」「早くお迎えがきたらいいのと言われたらどうしよう」「主治医に叱られないかしら」「点滴したくないと言われたらどうしよう」「投げかけることで不本意な思いをされるのではないかしら」今回はその内容をご紹介できればと考えています。

「札幌市とよひら・りんく」の実践 ACP

澤田 格、岡村 紀宏、五十嵐 知文

西岡病院

札幌市豊平区西岡・福住地区在宅医療連携拠点事業推進協議会、通称「とよひら・りんく」は、平成 23 年度厚生労働省「在宅医療連携拠点事業」の受託に伴い札幌市豊平区西岡・福住地区において設立された組織である (<http://www.toyohiralink.jp>)。地域住民が自分らしい暮らしを最期まで続けることができるよう活動している。活動当初は、介護施設での看取り対応の充実を主目的に「終末期カリキュラム研修会」を開き、看取りの実績に貢献した。平成 26 年度厚生労働省「人生の最終段階における医療体制整備事業」の受託を契機に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」に触れ、地域包括ケアシステムでの ACP の実践、普及、標準化を目指し取り組んでいる。

活動地域内の医療機関、介護事業所、行政など、多施設の多職種が連携し、地域住民個人個人に、適切に ACP 相談を行なう上で、話し、記録し、伝え、見直しを行ってゆく必要がある。その実現のために、現状の把握、多職種のスキルアップのための活動、小冊子の作成、情報の取り扱い、共有システムの構築と運用方法について我々が行ってきたことを紹介する。

1. ACP 概念の整理:①話す→②残す→③伝える→④見直す→そしてまた①話す、というような、ACP 相談を繰り返すプロセスを「ACP サイクル」と名付け、ACP の実践と普及の旗印とした。

2. りんく塾:「これまでの生活を振り返り、今後の人生、生活、医療／介護について話し合うことができる」事を目的に研修プログラムを整備し、特に ACP 相談のリーダー的役割を担うことができる人材の育成を行なった。同時に病院、介護施設等、職員を対象に研修会の開催を行なった。

3. 小冊子の作成: ACP 相談をする際に利用できるよう、「自分らしく生きるために」という名称の小冊子を作成した(ホームページ内に公開中)。

4. ICT ツールの導入:多職種が円滑に情報共有を行なうことができるよう、ICT ツール(バイタルリンク®)を導入し運用を開始した。

また、西岡病院の ACP に関する活動として、(1)電子カルテ内に ACP 相談の内容を記載するルールを規定、(2)看護師特定行為研修の学習に ACP 研修を必修化、(3)入退院時の文書に ACP 欄を作成、(4)質改善活動においても ACP の概念を組み込む、など、組織全体が必然的に ACP に関わってゆく仕組み作りを目指している。

A 3

「福井市在宅クリニック」の実践 ACP

西出 真悟

オレンジホームケアクリニック

オレンジホームケアクリニックは福井県福井市（人口約26万人、高齢化率28%）を中心に在宅医療を展開している在宅療養支援診療所である。現在、約300名の在宅患者を診察しており、年間約100名の在宅看取りの実績がある。また、小児患者も約40名診察していることも、当クリニックの特徴である。

私たちは、在宅医療を利用し始める段階から、これまでどのような人生を過ごしてこられたのか？ 今後在宅医療を利用しながらどのような人生を歩んでいきたいのか？ これから実現したいことは？ など相談や診察を通して、様々な本人の想いを聞くことを実践している。その中には〇〇へ行きたい、〇〇がやりたいといった夢や希望、〇〇が一番の思い出、〇〇が忘れられない、といったこれまでの人生の想いで溢れている。私たちは在宅医療チームとして、その想いを大切にするためにも医療の専門家としての力を発揮すべきだと考えている。在宅療養では決して医療がうまくいけば、在宅療養がうまくいくわけではない。本人の変わりゆく想いや、迷い、揺れる想いに伴走し続けることこそ重要であり、その意思を方向付けていく上で重要なのもまた、今後の夢やこれまでの人生観・価値観であると考えている。

このようにアドバンス・ケア・プランニングを実践していると、決して医療選択や最期の場所について、はっきりと決まっていなくても、本人・家族とともに方向性について共有出来ることが多く、紆余曲折を経ながらも、これで良かったと思えるケアが実現できてきていると実感している。決して答えのない問だからこそ、繰り返し話し合うこと、考え続けることはやめないことを、今後も継続して実践していきたいと考えている。

教育セミナー

座長：小栗 光俊（春日井市民病院）

森本 優子（春日井市民病院）

E I

「心不全」の ACP 介入

ACP 支援ツールを用いた ACP の介入の実際と課題

高田 弥寿子

国立循環器病研究センター 急性・重症患者看護専門看護師

アドバンス・ケア・プランニング（以下 ACP とする）は、将来の身体機能の低下や意思決定能力の低下を見据えて、前もって人生の最終段階における治療・ケア・療養生活について、患者、家族、医療者などの関係者が共に話し合い、患者の意向を尊重したケアを立案していくプロセスである。近年、ACP は、超高齢化社会に伴い、Quality of death の実現のため、様々なガイドラインや提言において推奨されている。

心不全は、多様な疾患の中でも、超高齢化に伴い患者数が急増していることに加え、予後予測が困難な予後不良の進行性の疾患群であり、ACP の実施が望ましい。近年、急性・慢性心不全診療ガイドライン改訂版（2017）において、本邦ではじめて終末期心不全の ACP が Class I で推奨され、取り組むべき重要課題となっている。

しかし、心不全に対する ACP は体系化されておらず、DNAR 取得に焦点をあてたコミュニケーションにより自暴自棄・抑うつに至るケースも存在する。さらに、増悪と寛解を繰り返す病みの軌跡の特性上、人生の最終段階における医療・ケアについて現実的に考えられない患者が多く、患者の自律性を尊重した意思決定が困難となることが多い。

当院では、このような現状を踏まえ、慢性心不全患者に実施した ACP の実施結果を基に、慢性心不全患者のニーズを踏まえた ACP 支援ツールを作成し、緩和ケアチームを軸として、医療ケアチームとの連携・協働しながら ACP 支援ツールを基盤とした ACP の普及に取り組んでいる。その結果、2018 年度には、徐々に ACP のコンサルテーション件数が増え、患者・家族が望む人生の最終段階に向けた医療・ケア・療養場所の実現につながってきている。

そこで、本セミナーでは、ACP 支援ツールを用いた当院での ACP の取り組みと活動成果について紹介し、心不全における ACP の介入の実際および普及に向けたチーム医療のあり方について述べたい。

「腎不全」の ACP 介入

山田 洋子

春日井市民病院

透析導入年齢は年々高齢化し、「わが国の慢性透析療法の現状」によれば透析患者数は約 32 万人に達し、2025 年まで増加の一途をたどる。また、重篤な合併症を有し、透析継続が困難になるケースも増加すると考えられる。当院は平成 27 年度より、患者の意思を尊重した「人生の最終段階における医療体制整備事業」のモデル医療機関として活動を開始し、慢性腎不全患者の保存期から維持期の全ステージにおいて ACP 相談支援を行ってきた。

＜腎不全患者の病期別に分類した ACP の特徴＞

1. 保存期：腎機能低下により自己腎によって生命を維持する事が難しくなった場合、腎代替療法の選択が検討される。これは、患者の今までの人生の中でも大きなイベントであり、今後の自分の将来について見つめ直し、受ける医療を自身で選択する ACP 開始のタイミングとなる。今後どうしたいのか、何を大切に生きていくのかなど、ACP で 1 人 1 人の価値観に寄り添った意思決定支援を展開し、本人が望んだ医療を提供する必要がある。

2. 導入期：緊急導入された多くの患者は、全身の状態が回復した後に「あの時死んでいく寸前だった」「死に際から帰ってきた」などの臨死体験により自分の人生の終え方を生々しく考えた経験をしている。この「三途の川」での意思決定が、過去の ACP となっていることも特徴としてあげられる。

3. 維持期：維持透析に移行した長い治療経過の中では、心不全や癌など生命に関わるイベントの発症時に、ACP のタイミングとなる。また、身体症状の変動で一度決定した意思が揺れ動き変化するため、ACP を繰り返して深めることも重要となる。多くの患者は、透析の見合わせが死に直結しているという現実を日々自覚しているが、抱えている不安な思いを表出することは少ない。当院の外来では、家族が付きそう場合が多く、家族と一緒に ACP を繰り返しながら本人の思いを確認し、その思いに寄り添うことが可能である。また、本人と家族の間に意向のズレが生じた場合も修正する機会が整いやすいという特徴もある。多施設への移行時は、その都度連携して施設間で本人の思いを繋ぐ為に情報を共有しながら対応する必要がある。

当院での意思決定支援を振り返ると、望む医療だけではなく、療養生活や、どう生ききるか？という思い、人生観、価値観について何度も話し合えたことにより、ACP の効用が確認された。本セクションでは、腎不全患者の ACP の実践について事例を提示し概説する。

E 3

「MSW」のACP介入

岡村 紀宏

西岡病院

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の重要性や多職種で実践することについては、もはやスタンダードである。医療ソーシャルワーカー（MSW）の立場から、ACP介入・実践についての課題等についてお話しをさせていただきたい。

【1. ACPは「文化形成」ではないか】「ACP」と「リビング・ウィル」との関係は医療・介護現場で抱えている課題である。最期を迎えたい場所や治療の選考は重要な内容ではあるが、人生の1ページという考え方もある。「ACP」はご自分のことを、周りのご家族やご友人に積極的にお話ししましょう。今後のこと（希望や目標）もお話ししましょう。という文化形成ではないかと考えている。

【2. 3割は退院連絡が無い】北海道医療ソーシャルワーカー協会の「退院時連絡率調査」によると、医療機関から退院したことを入院前の担当ケアマネジャーに連絡した割合は、全道平均は約7割であった。約3割の方がACP実践以前に「〇月〇日に退院します」という連携のスタートラインにも立っていないということである。地域差やMSWの配置有無でも差異が見られ、地域包括ケアシステムの構築の進捗度やACP介入の数値的根拠として比較検討を行うことも必要である。

【3. ACPが繋がらない】ACPは「点」ではなく「線」で考えるべきであろう。医療機関でのACP実践の「点」を生活の場である退院後「線」につなげる「仕組み」をつくることが重要である。またつなげた内容がどのようになったか「評価する」仕組みも必要である。退院後の初回受診前に担当ケアマネジャーから連絡をいただくなどの「仕組み」がACP介入には必要である。

【4. ACP介入における課題】大きくは3つあると考えている。

1つ目が「生活の視点」である。リハビリテーションでの転院相談をお受けすることもあるが、何を指してリハビリテーションをするのか等がご本人（ご家族）と共有したうえ進めるべきである。

2つ目が「説明と理解」である。ご本人のご意向、ご家族や周りの方の考え方ふくめ、状況は流動的に変化するものである。何とお話しされていてどのように理解をされているのかが重要である。

3つ目が「身元保証」である。近年多くなってきている課題である。医療同意、金銭管理、介護サービスの契約等、様々な課題が存在する。医療機関内、地域で臨床倫理に関する検討する場の設置や個別ケアチームにおいても常にその視点が必要である。

以上4点についてお話をさせていただく。

一般演題Ⅰ（口演発表Ⅰ）

座長：大川 薫（亀田総合病院）
岩田 晋（春日井市民病院）

急性期病院における治療期からの ACP ～家族としての意思決定に至った1事例を通して～

寺尾 敦¹、石丸 美幸¹

¹ 独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター

【はじめに】急性期病院では治療が中心となることが多いが、治療と並行して ACP を実践していくことが求められる。今回、治療期から終末期にかけての意思決定支援から多くの学びを得たためここに報告する。

【事例紹介】患者は40代女性で、夫と子供2人の4人暮らし。乳がんに対して治療を行っていたが、再発・転移が出現した。患者は子供達のために積極的治療をできる限り続けることを希望された。医師からは根治は難しく残された時間の過ごし方や、治療と生活のバランスを考えることも必要であることが伝えられた。患者は治療を受けながらも、家族旅行に行くなど自分らしく過ごすことができていた。

状態が悪化し BSC の方針となった際、患者は最期まで自宅で療養したいと思う反面、迷惑をかけたくないという思いもあり、家族に希望を伝えることができていなかった。家族は自宅退院への不安や、症状を少しでもとることが患者にとってベストではないかという思いから、緩和ケア病棟での療養を考えており、互いを思いやるがゆえに意向のすれ違いが起きていた。そこで、患者・家族・医療者で相談する機会を設け、患者が今の感情を家族の前で表出できるように意図的な問いかけを行なった。患者は、何もできなくても家族のそばに居たいこと、『いってきます』という子供の声を聞くだけで幸せであることなどを話された。患者の本心を知った家族は、患者の在宅療養の願いを達成したいという意思を示された。話し合うことで病状の認識や状態悪化に対する覚悟も深まり、患者と家族が同じ意識と目標を持って自宅退院を目指すことができた。

【おわりに】家族が患者の意向を理解し支えることで、遺された家族のグリーフケアにも繋がった。個人の意向のみを優先せず、話し合い目標を共有したことで、家族機能の高まりもみられた。治療期から患者の生活や価値観に着目しながら支援することが ACP において重要であることが再確認できた。

たった一人の人生会議 ～過程と結果～

久田 邦博¹

¹名城大学薬学部非常勤講師

【目的】 患者自身が情報収集し生存目的および生存目標期間から治療方法を選択し、守りに入らず積極的に自分らしく生きることを意思決定した。生存目標期間を達成した日に臨死体験した。人生会議を行い実際に死と直面した経験に対し生存する患者として経過と結果について報告する。

【事例】 製薬会社 MR 薬剤師 38歳 家族：妻、息子4人（10歳、8歳、6歳、4歳）
2001年7月 転勤のため新たな医療機関を受診し、白血球数28000のため血液内科を紹介される。慢性骨髄性白血病の疑いの説明を受け、ネットおよび文献検索により情報収集し、骨髄移植かインターフェロン治療かで苦慮したが家族を守るために10年生存を目標として治療選択し最終的に医師と相談の上決定した。8月31日 慢性骨髄性白血病と診断され、9月3日より入院しインターフェロンにて治療開始。2002年5月 イマチニブに変更し現在も服用中。死と向き合うことから生きる喜びを見出し、リスクを背負っても自分らしく積極的に生きることを選択し仕事もフルタイムで働き発病前よりもパワフルな活動を開始する。10年生存達成した2011年9月1日深夜 突然ショック状態に陥ったが、意識朦朧の中、自分らしく生きたことに満足し感謝の気持ちで満たされたため死を受け入れ救急車を呼ばずベッド上で合唱し安らかな眠りについた。翌朝、さわやかに目覚める。

【考察】 患者自身が情報収集し生きる目的を定め自分らしく生きることを選択した結果、目標を達成した日に死を素直に受け入れられる経験をした。人生の最終段階ではないがACPを検討することはその人にとって満足した人生を終えるために重要であると考えます。

ACP 相談員としての活動

～その時 その場で その人に 語る思いをつなぐ～

福島 あかね¹、崎山 奈津子¹、森本 優子¹、會津 恵司²

¹春日井市民病院看護局、²春日井市民病院医務局

【はじめに】 がん患者は、病状や治療に伴う苦痛、繰り返し必要な意思決定や日常生活で不安を抱えている事が多い。支援の中で、患者の思いに寄り添えているか考える事がある。今回、介入した事例を振り返り課題を見いだしたので報告する。

【事例1】 40代の男性、膵臓癌、多発転移。病状の危機を感じながらも、治療効果に期待し化学療法を受けた。患者は、「仕事はやりがいと、家族を経済的に支えるもので限界まで続けたい」という価値観であった。痛みには「痛み止めは病気に負ける気がする」と気丈に振る舞った。患者が仕事を続けるために症状緩和の必要性を感じ、多職種アプローチをマネジメントした。症状緩和の目的を患者と相談し、医療用麻薬を使用した。患者は症状マネジメントを習得し希望にそった生活を送れた。

【事例2】 40代の女性、大腸癌、術後再発。本人希望で積極的治療は終了した。同級生の相談員に生活や苦痛症状などを気兼ねなく話し、自宅療養の希望を語った。症状増強に伴い「同年代の元気な人をみるとどうして私はって思う」とやるせない思いに相談員は介入の葛藤を感じた。患者は、専門的緩和が必要のため、緩和ケアチームに思いを繋ぎ、役割のシフトを行った。その結果、病院療養となったが病院は安心して過ごせる場所と患者の認識が変化した。

【考察】 がん患者は、病状変化や治療方針変更などを契機に意思決定を何度も求められ、その度に自身を振り返りその後の生き方を考える。相談員は、患者が人生を振り返る中で、希望を考え、療養場所や時間の過ごし方、役割やそれを委ねる人、伝えたい事など、思いの整理が出来るよう、意図的に会話を促していく必要がある事が分かった。

また、患者は介入者との関係性で、語る内容を選ぶこともあるため相談員同士で連携を図り、統合的な支援が必要である。

予後未告知 AYA 世代がん患者の希望に寄り添う代理意思決定支援 ～退院日に自費サービスで挙式を支援した事例～

須田 敏枝¹、長田 由美¹、水野 裕美¹、一政 潤子¹、一色 君佳¹、鈴木 欣宏¹

¹医療法人結 結ファミリークリニック

【目的】在宅移行時 PPI スコアが著しく低下し、意思決定能力はあるが、未告知である AYA 世代がん患者に対して倫理的ジレンマが生じた。在宅療養支援診療所・診療所看護師が家族と共に患者の希望に寄り添い代理意思決定支援した事例について報告する。

【事例紹介】A 氏 28 歳 男性 25 歳の妻と 1 歳の女兒の 3 人暮らし。胃癌末期、オピオイド使用。退院時、PPI スコア 17.5。

【今回取り組んだこと】予後が週単位であると IC を受けた弟から「予後は聞きたくないと言っている一方、挙式を希望しているがどうしたら良いのか」と相談があった。予後告知を受けていない A 氏に意思決定支援することは困難と判断し、代理意思決定支援を実施した。実施の際、1) A 氏のナラティブ、選好、人生観などを紐解き A 氏にとっての最善の決断を家族全員で話し合い合意を得る事。2) 挙式実施の有無に関わらず家族全員で「本人の利益・最善を十分に話し合った」事により後悔することはないこと。3) 結果は whichever にしても全面的に協力を行うことを保証すると伝えた。「兄ならこう考えるだろう」と退院日、自宅までの間に挙式実行を妻、両親、兄弟全員で決定した。その決定を支える必要があり診療所で自費サービスを創設し挙式の支援を行った。

【結果】希望の挙式では夫婦としての誓いと記念撮影ができ、退院後（挙式後）5 日目に家族に見守られ逝去するまで A 氏の人生として発達し続けた。その後、グリーフケアの会で 1 歳の子どもを育てる妻にとって挙式は大きな力になっているとの感想も得た。

【考察】①がん末期患者の病状進行は早く早期から希望を把握しておくことは有効である。② AYA 世代患者の特有な課題を視野に入れ意思決定支援を図ることは重要である。③患者の希望に寄り添い、個である本人だけでなく家族を一つの単位として関わるのが重要である。④予後未告知患者の代理意思決定支援は E - FIERD で学んだ知識・技術を意図的に用いることは有効である。

短期間で意思を決定し在宅で最期まで過ごせた 50歳代のがん末期利用者支援

丹波 ちひろ¹

¹ 訪問看護ステーション太陽・高蔵寺

【はじめに】2週間という短期間であったが、意思決定が行えた事例があった。その事例を振り返り、どのような介入がされていたのかを考察した。

【事例紹介】A氏 50歳代 女性 病気：胃がん末期

訪問までの経過：X年、B病院にて診断を受け胃全摘実施。X+1年、希望にて化学療法終了。「余命数か月」と説明を受ける。X+2年1月入退院後訪問看護が開始となる。

生活過程：夫と2人暮らし。子供はいない。

開始後の経過：初回訪問時、「最期は病院で過ごしたい」と思いを語られ、自分の力で動くことが出来ていた。「悪くなった時の事は考えたくない」という訴えもあり、足の浮腫・冷感の軽減の為、足浴やマッサージを行い福祉用具も導入した。「薬をのみたくない」といった思いを支持しつつも必要な薬を助言し、症状緩和に努め思いを聞いていった。数回訪問後、A氏と夫より「このまま家でいいです」と意思変更がみられ在宅医の導入となる。数日後、歩くことが出来なくなりケアマネジャー・多職種と連携し適宜保清を実施した。意識レベルが低下していくが苦痛症状は認めず。夫へ看取り教育を実施した。在宅医導入翌日家族に見守られ、自宅で死亡確認となり夫と共にエンゼルケアを実施し「家でよかった」と言葉が聞かれた。

【考察】A氏の意思を変えたものは、心身面・生活面の支援を受け、実際の生活で支援してもらえ内容が分かったことや、病院と在宅との連携が分かり安心感が生まれたためではないかと思う。また、語りの時間を重ねたことで客観性や俯瞰性が強まり、危機状況においても「自分で決める」力を支え、選び、満足度の高い在宅での看取りへとつながったと思われる。

【おわりに】本人の意思決定のために、心身面生活面の介入を図り安心を支える支援・多職種連携を行うことや、語りや思いを聞くことは有効と考える。

A医療圏における在宅看取りでの 訪問看護とケアマネジャーとの連携について

池戸 初枝^{1,2}、近藤 剛弘^{1,2}、村田 昌史^{1,2}、馬場 友子²、
伊藤 香²、服部 里美²、永井 光代²、若山 久美子²、芝田 雅子²

¹海部医療圏在宅医療・介護連携支援センター、²海部医療圏訪問看護ステーション連絡協議会

【目的】 人生の最終段階までどのように過ごすか、本人の意思決定に家族とともに医療・介護関係者等がどのように寄り添うかが、重要となってきている。安心して在宅療養を過ごすためには訪問看護とケアマネジャーとの連携が重要である。そこで人生の最終段階においてケアマネジャーが抱えている課題から、訪問看護師との連携の在り方を明らかにする。

【方法】 対象：A医療圏の居宅介護事業所に勤務するケアマネジャー

方法：電子@連絡帳と地域包括支援センターより無記名自記式質問紙を配布し、FAX回収

調査期間：2018年11月21日～12月20日

【結果】 対象となるケアマネジャーは268名、回答数は129（回収率48.1%）であった。経験年数は、1年未満5名、1～3年未満11名、3～5年未満21名、5～10年未満42名、10年以上49名であった。基礎資格は、福祉系108名（83.7%）、医療系25名（19.4%）であった。

人生の最終段階にある利用者を担当したケアマネジャーは101名（78.3%）の内、困ったことがある73名（72.3%）であった。困ったことに関する記述では「看取りに関する知識不足」「急激な病状変化」「ケアプラン修正」「本人・家族との関係構築」「本人と家族の意見の食い違いへの調整」等が挙げられた。

【考察】 人生の最終段階においては、症状や状態の変化が急激である。その為、ケアマネジャーは本人の症状・状態を適切に把握することに困難を感じているので訪問看護師からケアマネジャーに分かりやすく情報提供をする。そして状態に合わせたサービス提供が受けられるようケアプランを適宜、修正していく。

【結論】 本人や家族等に直接関わる頻度の高い医療と介護の専門職が情報を適切なタイミングで共有することで、それぞれの役割を発揮することができる。そして、本人や家族などの意思決定に沿った形で医療・介護関係者が連携することにより、在宅で質の高い看取りを支援していくことができる。

死生について考える文化づくり「きつき終活応援プロジェクト」 ～行政が実践するミクロ・メゾ・マクロレベルの ACP 実践への取り組み～

岡江 晃児¹

¹杵築市役所 医療介護連携課企画政策係

国は人生最終段階に関するガイドラインを示したり、ACPの愛称を「人生会議」としたりとACPを推進している。ACPは人生の最終段階の時に人生会議を行うだけでなく、元気な時から人生会議をすること、つまり住民が自らの「死生」について考え、そしてその「死生」を家族や関係機関と話し合うことが重要なポイントである。しかし、日本人は「死生」について避けてきた背景があり、元気なときから「死生」について考える文化を構築していかなければならない。本発表では、そのような現状に対して、マクロレベルの展開として市の政策として「きつき終活応援プロジェクト」を立ち上げ、ミクロ・メゾレベルで「終活出前講座」や「終活川柳」等の実践を通して、「死生」について考える文化づくりの実践を展開したので報告する。

例えば、本市はエンディングノートの作成・配布だけでなく、終活出前講座等をして、直接市民と対話をしながら終活に対するメゾレベルの支援を行っている。単にノートを書くポイントを伝えるだけでなく、終活を通して自分の「価値観」や「死生」について再考することやその時々の変化によって意思が変化するからこそ、家族や信頼できる人たちと定期的に話しあう大切さを市民と共有している。

他には、終活にまつわる様々な思いを「川柳」を通してミクロレベルの心理的ケアを行っている。そして全国から集まった終活川柳を冊子にし、終活を行う上での様々な思いを共有したり、終活を始める良い動機づけを行い、ミクロ・メゾレベルの実践を展開している。

行政が実践するミクロ・メゾ・マクロレベルのACPの実践を通して、「終活」を通して元気なときから「死生」を身近に感じ、住民一人一人の意思を尊重しあう文化づくり途上を参加者の皆さんとSHAREできたらと思う。

一般演題 2（口演発表 2）

座長：坂 洋祐（春日井市民病院）

津金沢 理恵子（公立富岡病院）

確定診断がついていない予約入院患者への 入院時支援における ACP

吉村 亮子¹

¹春日市民病院看護局

【はじめに】 確定診断がついてない患者の事例を振り返り、ACPの視点での入院時支援看護師の関わりを明らかにした。

【方法】 事例の情報を整理し、具体的支援を振り返った。

【事例】 A氏 64歳 女性 病名：膵腫瘍 病状経過：9月腰痛出現、12月疼痛増強や食事摂取不良を来たしたため、B病院受診し精査目的で2日後の入院予定となる。

〈本人の意思〉 痛みがなくなってほしい。治療を受けたい。主婦の役割を担いたい。

〈家族の意向〉 本当は手術できればよかった。もっと早く病院を受診させればよかった。

〈医学的判断〉 CTで膵臓に腫瘤を認め、膵臓がんが疑われる。病状的に切除不能を予測、精査後は化学療法の予定である。

〈具体的支援と反応〉 ① A氏の思いと気がかりを対話により表出し、つらい気持ちに寄り添った。

② 身体的苦痛に関わる情報と対処方法、日常生活への影響等聴取した。疼痛に関する相談窓口を紹介した。

③ 家族の自責の念に対し、受診に至ったことを労い、治療に前向きになれるよう声を掛け、「まず検査を受けてみないとわからないですね」と仰った。

【考察】 確定診断がついていない、がんの終末期が想定される患者は、差し迫った病状であり、人生を左右するような選択を迫られる。入院時支援でのACPの視点では、本人が思いや気がかりを語り始めるきっかけとなり、その思いを紡いでいくことが重要である。

確定診断がついていない患者へのACPの視点での入院時支援看護師の関わりを5点示す。

① 本人の思いや気がかり等意思表示ができる支援、② 辛い気持ちに寄り添う情緒的サポートと医療情報サポート、③ 入院医療を前向きに捉えられる働きかけ、④ 家族の気持ちへの配慮と労い、⑤ 表明した意思を外来や病棟、多職種、地域と繋ぐ

確定診断がついていない患者の思いを酌み、繋いでいくためには、入院時支援看護師のACPの知識の充足と、患者の病状や状況に合わせた侵襲の少ないコミュニケーションスキルの習得が今後の課題である。

筋萎縮性側索硬化症の療養先の選定について MSW が関わった事例報告

及川 佑介¹、米川 由梨¹、高橋 明央²、山内 理香²、田口 宏一³

¹砂川市立病院地域医療連携室、²砂川市立病院脳神経内科、³砂川市立病院 ACP 委員会

【はじめに】 MSW は患者・家族が意思決定していく中で社会福祉の立場だけではなく ACP の視点を持って支援を行う必要がある。今回、筋萎縮性側索硬化症（以下、ALS）の患者・家族に対して意思決定をチームで支えたケースについて報告・考察を行う。

【事例紹介】 52 歳女性。46 歳時発症 51 歳時に確定診断

進行に伴い NIV・PEG 造設。その段階では医師・MSW との話し合いにおいて本人は気管切開・人工呼吸器装着をしないと発言しており、家族は悩みながらも本人の意思に沿いたいとの思いであった。

【経過】 家族の協力のもと自宅で過ごしていたが症状増悪し入院した。改めて今後の方針につき話し合ったが、すでに本人は発語による意思疎通が困難となっていたため、家族へ自身の思いを伝える手紙を記載してもらった。内容は家族に迷惑をかけたくない思いや感謝、出来得るなら気管切開をして家族と過ごしたい思い、恐怖・不安など複雑な気持ちが記載してあった。夫・子供たちは、今まで相互に思いを話し合う事は出来ておらず、患者の気持ちに直面してこれを機会に思いを語り始め、お互いの気持ちを確認し合う話し合いが始まった。

【考察】 家族と生きるために気管切開・呼吸器を装着する事となった。気管切開後に家族へ再度、ACP を実践し、夫から「家族の結論として出来得る処置をしてほしい、生きていてほしい」との思いが伝えられ、家族の意思を知った本人からは「家族のために生きたい」と迷い・揺らぎながらも思いが語られた。病気が進行していく中、プロセスを重ね、思いを共有できた事により、本人と家族は生きるための意思決定を行う事が出来た。転帰先の選定は残された時間を如何に過ごすかという決定でもあり、MSW が ACP を視点とした関わりを持つ事が重要だと考える。

02-3

一般外科病棟における ACP 介入と今後の展望

佐藤 和也¹、福島 あかね¹、山田 洋子¹、古田 美保²¹春日井市民病院看護局、²春日井市民病院医務局

【目的】 当院では ACP 相談員（以下相談員）が中心となって患者・家族へ ACP 介入している。今回一般外科病棟における ACP の現状を振り返り、ACP に関わる相談員の今後の活動のあり方を検討する。

【方法】 平成 30 年 5 月～平成 31 年 3 月に入院中の患者に対し、毎週相談員がカンファレンスを行い、部署内 ACP 介入患者を選定し、介入方法について検討した。その活動内容について分析した。

【結果】 対象は 33 名。各々の介入期間は 3 日～60 日、介入回数は 0～18 回であった。17 名の患者が当病棟の入院中に ACP を開始した。介入患者のうち、外来や他病棟で ACP 介入が開始され、当病棟で継続的に関わった患者は 16 名であった。転帰は 13 名が当病棟で永眠、3 名が当院の緩和ケア病床へ転棟、16 名が自宅や他施設へ転院した。当院で永眠した患者の中には入退院を繰り返し、継続的な ACP 展開をした患者が複数名含まれていた。

【考察】 一般外科病棟では周術期のがん患者が多く占める中で再発期・終末期のがん患者のケアを提供している。そうした中で外来や他病棟と患者の状況を連携していることや在宅や他施設などで継続的にケアを受けることを考慮し、繋ぐことを意識した ACP が重要と考えられる。当病棟で ACP 介入を開始する患者の多くが今後の療養先の検討や終末期の医療について差し迫った問題として検討する必要性が高い再発期や終末期の患者である。現状では診断期や治療期から ACP 介入している患者はまだ多くはないが、今後 ACP の拡充により、ACP 介入を引き継ぐ機会が増加すると考えられる。そうした状況において相談員に留まらずすべての医療従事者へ ACP の理解や知識が深まるような働きかけが必要と考えられる。

【結論】 一般外科病棟においては外来や他病棟との連携や転院を見据えて繋ぐことを念頭においた ACP 介入が必要である。また、相談員によるカンファレンスや介入患者の選定は、再発期や終末期患者への ACP 介入の充実に繋がったと考える。

一般病棟におけるアドバンス・ケア・プランニングの取り組み

増田 順子¹、アーノルド 香緒里¹、岡部 扶美江¹、
岡村 紀宏²、澤田 格³、五十嵐 知文³

¹西岡病院看護師、²西岡病院医療ソーシャルワーカー、³西岡病院医師

当院では2014年に厚生労働省の「人生の最終段階における医療体制整備事業」に参加し、アドバンス・ケア・プランニング（以下、ACP）の普及と標準化に取り組んでいる。2017年、看護師特定行為研修の指定研修機関に指定され、看護師特定行為研修センターを設置した。その教育目標の一つに「意思決定支援やACPについて理解し、患者家族からの相談に対応できる能力を身につける」を掲げ、ACP研修を教育カリキュラムに取り入れて活動している。

2017年度は療養病棟でのACPの記録調査を行った。一般病棟でもACPを電子カルテに記録する事は定着しつつあるが、病棟看護師におけるACPの理解不足や多忙な業務態勢から不十分な内容での記載に留まっているのが現状である。そこで、病棟看護師に対して、入院時からACPを含む関わりを持つことの大切さと記録を残すことの必要性を理解してもらうための勉強会を開催するとともに、患者・家族との関わり方をロールプレイで実践し、記録方法などの規定や例文を作成した。さらに、患者・家族に対しては、入院時に「自分らしく生きるために～もしもの時に備えるノート～」を手渡し、得た情報を記録した。その結果、病棟看護師による電子カルテ内のACPの記録内容は、具体的かつ丁寧な記載となり大幅に改善した。

継続したACPは全ての患者・家族に必要であり、看護師のコミュニケーションスキル向上を中心に多角的に実践していきたい。

02-5

地域がん診療連携拠点病院における ACP 普及の取り組み

稲垣 大輔¹、藤田 靖明¹、古水 克明¹、森谷 景子¹、柳沼 妙子¹、
川村 太一郎¹、早川 裕子¹、岩井 克成¹、吉原 基¹、河井 通泰¹

¹豊橋市民病院総合内科医師

【背景】 アドバンス・ケア・プランニング（ACP）についての理解や実践が全国的なひろがりを見せているなか、当院をふくむ愛知県東三河地域では出遅れている感があった。当院の臨床倫理検討部会は2016年ごろから、DNARやアドバンス・ディレクティブの院内書式を整備する取り組みを始めていたが、ACPへの認識は不足していた。

【学び】 2018年以降、当院でもにわかにACPが注目されはじめ、あいちACPプロジェクトの講師人材養成研修会への参加（MSW 1名）、本研究会第3回年次大会への参加（医師1名）などが皮切りとなった。ACPをいち早く推進している春日井市民病院を視察し、がん相談支援センター長の會津恵司先生たちからACPのエッセンスをじかに学んだ（医師4名・看護師2名・MSW 2名）。會津先生を当院に迎え、職員対象にACPの講演会を開催した。あいちACPプロジェクトの相談対応力向上研修会にも参加した（医師3名・看護師2名・MSW 1名）。

【成果】 現在の当院では、臨床倫理検討部会などでACPという用語はあたり前のものとなった。MSWや緩和ケアチーム、新たに設置された臨床倫理チームなどが、ACP実践の中核になると見込まれている。東三河地域に向けての発信も少しずつ始めている。豊橋がん診療フォーラムでは緩和ケアとACPに関する講演を行った。また、愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会でも講演を行う予定。非公式のものでは、愛知県医療ソーシャルワーカー協会東三河ブロック研修会と豊橋・生と死を考える会でミニレクチャーを行った。

【今後の課題】 院内では、具体的にどのようにACPを進めたらよいか、まだまだ手探り状態がつづいている。春日井市民病院のように相談員育成を行うかどうか、今後の課題である。東三河地域にたいしてのACP普及は遠大な目標であるが、当院はその旗振り役になる責務がある。

コミュニティ広場を利用した ACP 普及活動 ～孤独死削減を目指して～

長谷川 信子¹、宮道 末利子²

¹医療法人正翔会ながお在宅クリニック、²生活相談ネットワーク居宅介護支援事業所

【はじめに】今回、尾張北部の大規模団地自治会の共有スペースで住民の孤独死削減を目指し ACP の普及活動を行ったので報告する。

【取組の紹介】当団地は大規模団地で独居高齢者が多く孤独死が問題となっている。そこで、自治会と都市再生機構（UR）が共同で開いた、住民が交流できるコミュニティ広場を利用して、地域のケアマネージャーと看護師が協力し、ACP の普及活動を行った。2018 年 5 月から全 6 回、毎回 1 時間半ほどで実施。各回 10 ～ 15 名ほど参加者し、多くは 60 ～ 80 歳代で女性の割合が高かった。

【活動内容と結果】第 1、2 回目は ACP の紹介として、亀田総合病院のホームページを参考に、ACP の基本的な考え方、その重要性について話し、自分が大切にしていることや価値観の多様性について話し合った。第 3 回目は延命治療、終末期の栄養摂取方法について講義し、今の自分ならどんな方法を望むかについて話し合った。第 4、5 回目は「自分のことをみんなに知ってもらおう」というテーマで嗜好や生活について語った。第 6 回目では ACP のまとめ、終末期の身体の変化について紹介した。各回、ACP に関する新聞記事も紹介した。参加者からは、「これは大事なこと、毎回楽しみ」「息子と話したがわかってきているか心配、少しずつ話していきたい」「もしもの時は自分の家の鍵を同じ団地の知人にゆだねている」「引きこもりの 30 ～ 40 歳代の住民も活動に加わった」など前向きな感想が得られた。

【考察】少人数で対話を交えながら行うため、より ACP を身近に感じ、具体的に実践してもらうことができた。また、改めて自分の健康管理や今を大切に生きることを考える場となった。さらに、高齢者を親に持つ他世代の住民にも良い影響が広がった。今後は若い世代やコミュニティ広場へ出てこられない住民への普及、具体的な孤独死削減効果も検討する必要がある。

【おわりに】今後も各関係者と協力し本活動を続け孤独死の削減に努めたい。

スタートの ACP とゴールの ACP

高橋 浩¹

¹岩手県立二戸病院 消化器内科医師

我々は2015年から事前指示書「HOTARU」を使用し地域でACPに取り組んできた。「HOTARU」はこちらから配布せずに、住民が自分で必要だと思った時に手に取って欲しいと考え、あえて配ることはしなかった。しかし、これまで私は終末期の患者さんにとってACPが有効であったと実感した経験がない。皆さんの地域ではいかがでしょうか？

その理由を考えてみると、ACPはスタート（啓発を目的としたACP）とゴール（終末期のACP）に分けられると感じている。“啓発を目的としたACP”は比較的若い健常な方が何かをきっかけとして事前指示書を書いてみることから始まるのではないかと思う。この時は例え代理決定者を指名したところであまり意味をなさない。そして、これは「自発的」あるいは「義務的」に行われる。“終末期のACP”は高齢者や生命に関わる疾患の患者さんが医師や関係者の勧めで死というゴールを意識しながら「他動的」「誘導的」に行われる。終末期のACPはいわゆる「足し算の医療」から「引き算の医療」に移行したときに始まるのではないかと考える。そして、終末期のACPの成否の評価は困難であると考え、治療の再検討、差し控えにより、治療により犠牲になっていたものを患者と一緒に見出すことができれば終末期のACPは評価されても良いのではないかと考える。終末期のACPのアウトカムは医療とは関係のない患者目線のもので評価すべきではないかと考える。昨今は死を医療の終わりと考えてしまいがち（死の医療化）であり、終末期のACPの意義を見出すことが難しい状況にあると感じている。現時点では“啓発を目的としたACP”と“終末期のACP”のあいだには深い溝があると考えている。

今後は“啓発を目的としたACP”が広まることで患者と医療者が対等に自分の治療、人生、命について語れるようになれば自ずと終末期のACPと繋がり、一体化するのではないかと考えている。

一般演題3（ポスター発表Ⅰ）

座長：田辺 圭子（春日井市民病院）

認知症のある患者とその家族への ACP の関わり

伊藤 松恵¹、西川 亜希¹、浅野 康子¹、柴田 美香¹

¹春日井市民病院看護局

【患者紹介】 A 氏 78 歳軽度認知症のある患者。誤嚥性肺炎で入院。重度の嚥下機能障害のため代替栄養の検討が必要となった。A 氏からは「食べたい」「胃瘻は作りたくない」という意思表示がある。家族構成は中程度認知症の妻と 2 人暮らし。妻は毎日の面会の中で A 氏に食べ物を差し入れし、A 氏は誤嚥性肺炎を繰り返していた。

【取り組み内容】 医学的適応として VE 検査を行い経口摂取困難と診断された。A 氏の「食べたい思い」「妻の食べさせてあげたい思い」双方に思いに着目し介入を開始した。ACP 相談員による面談や病棟看護師が A 氏の思いや価値観の確認を行い、多職種とのカンファレンスで、餵なめや口腔機能向上のケアを検討し実施した。記録は患者の思いが継続的に分かるように ACP フォルダを使用し多職種で共有をはかった。娘に病状や現状、食事をすることでのリスクを説明した上で「絶食中であるが父の食べたいという希望を叶えるために、食事を提供する母を責めないで欲しい」という思いにも配慮した。状態悪化に伴い摂食嚥下訓練が困難となり、ケアの見直しを行った。食事以外の楽しみとして、本人の好きな野球観戦が行えるよう環境整備し病棟看護師が野球の話題ができるよう情報共有を行った。

【取り組み結果】 多職種と連携することで専門的観点を取り入れたケアを提供できたことにより、夫婦で食事をする喜びが得られた。また、食事摂取困難後も大好きな野球の話スタッフと交えることで A 氏は満面の笑顔で声を出して楽しめる姿があった。これらの表情や行動変化は、A 氏、家族の思いを汲み取り寄り添ったケアを提供できた結果と考える。

【まとめ】 患者の思いを尊重することはリスクを伴うケースもある。患者・家族の思いや価値観が汲めるよう多職種で患者にとっての最善を何度も話し合い合意形成を行いケアに繋げていくことが重要である。

在宅療養支援診療所での癌患者への アドバンスケアプランニングの実践

山本 真由¹、鈴木 秀季¹

¹木の香往診クリニック

【はじめに】 当院では約一年かけて、アドバンスケアプランニングを実践した患者数は約 160 人前後になる。その中で、身寄りがなく経済的問題を抱えた患者に介入した一事例を通して在宅療養支援診療所でのアドバンスケアプランニングの特有性を明らかにしていく。

【事例】 A 氏、40 歳代、男性。右精巣癌末期。脊椎転移あり。脊髄損傷による下半身完全麻痺。化学療法は効果が乏しく終了となる。緩和的放射線治療施行後、退院して当院の訪問診療が開始となった。身寄りがなく生活保護受給者である。

当院独自で作成した「話あいステップ」に沿って患者と面談を行い、患者の思いの情報収集をおこなった。主治医を含めて院内で ACP カンファレンス開催した。課題の明確化、対応・目標の共有をおこなった。再度本人とも話し合った。本人の「自宅に最期までいたい、桜の時期にお花見をするのが目標。」と言う希望を院内だけでなく、訪問看護やケアマネージャーとも共有した。その後、訪問看護と協力しながら、離床を積極的に行った。「久しぶりに生きているっていう感じがする。嬉しいな。」「一歩ずつ良い方に前にすすめている気がする。」と気持ちの表出をされていた。4 月にはつくね棒とビールを買ってお花見を楽しむことが出来た。

【考察】 今回の症例を通して、患者のベストを考えるにあたり、生活の場がメインとなるため、医学的視点だけでなく生活・家族・社会背景を総合的に捉える必要性が高い。また、医師、患者、訪問看護師、ケアマネージャーとダイレクトに情報共有がしやすくコミュニケーションがとりやすい在宅療養支援診療所の看護師という立場はアドバンスケアプランニングを実践する上での強みになると考える。そして、在宅では患者の希望を臨機応変に叶えることが病棟よりも可能ではあるが、そのためにはまず、患者のニーズを拾い上げる技術の向上が必要である。

肺がん患者の思いに寄り添う支援を目指して

恩田 秀樹¹、橋本 ちあき¹

¹春日井市民病院看護局

【はじめに】肺がん患者は検査、治療目的の入院を繰り返し、徐々に身体機能低下や呼吸困難などの身体症状が進行する。病棟 ACP 相談員はチームでサポートを行うが、介入時期が遅れてしまう症例もある。この症例患者は、予想以上に病気の進行が早く、余命が早まり、残された時間をその人らしく生きられるための支援結果を報告する。

【患者紹介】 A氏、68 歳、男性 右上葉肺がん、ステージⅢ C

妻は、7 年ほど前から難病による車いす生活で同敷地内に住む 90 歳の母と 3 人暮らし

【経過と実践】入院化学療法を行っていたが、多発皮下転移、腹膜播種、多発脳転移、骨転移と診断され化学療法目的で入院。入院時の本人・家族へは余命 3～4 か月と説明された。本人は腹水貯留による腹部膨満感が辛い事、残していく家族への思いの中で、化学療法治療を行わず、苦痛緩和目的の放射線療法と、定期的に腹水穿刺を行う BSC を選択し、自宅で生活をする事となった。

しかし、退院調整中に状態は悪化傾向をたどり、ACP 相談員を中心に安全な外出に目標を変更し調整を行った。放射線治療後の数時間、外出することができた。

【考察】今回の症例では、余命宣告を受け、化学療法を拒否したことについて本人と家族の気持ちが揺れ動く中で、合意形成に努め何が最善かを検討し、繰り返し話し合うことの重要性を改めて気づくことができた。

【課題】がん患者による終末期の ACP 活動は、心身の状態が日々変化する中で、介入時期や支援の方向性、社会的背景などを充分考慮した上で、その人にとって最大限のケアが提供できるように目指す必要がある。

患者の価値を尊重し意思決定能力の 低下に備えた支援について考える

三輪 寛子¹

¹ エイム新栄

今回 ADL・認知力の低下があり、さらに家族関係の希薄な A 氏を通して、施設で自分らしい暮らしを送るために成年後見制度を利用し精神的なケアを行った。その人らしさを考えながら意思決定能力低下に備えた支援について学びを深めたので報告する。

A 氏は 80 歳代の寡婦であり、子供もおらず独居生活をしてきた。パーキンソン病（ホーンヤール分類 V）の診断を受け自宅で転倒を繰り返し入院。現在の ADL は、軽介助の車椅子レベルである。排泄は、尿意、便意がなくおむつ内失禁で時におむつかぶれを繰り返している。加療していた病院ではレビー小体型認知症（長谷川式スケール 11 点）と診断され、独居困難の為 1 年前に当施設に入居。姉夫婦とその子供（姪）がいるが、高齢で遠方に住んでいる事もあり家族の関係性は希薄。キーパーソンである姪は、ほぼ面会もなく来られても A 氏と口論になる事が多かった。

A 氏が制度を理解できていないまま、姪が補助人に決定した。このことから A 氏は自身の生活へ不安を抱くようになり、拒薬や拒食をし易怒性が高くなった。A 氏がどのような不安を抱えているのか、家族の危機をどのように乗り越えてきたのかについて傾聴し、A 氏の価値について理解を深めた。また制度の理解ができるよう、摂食や内服ができるよう病状と内服内容について繰り返し説明を行うことで信頼関係の形成に努めた。この関わりにより、「ちょっとお話したいんだけど時間を作れない？」と自分から不安なことや疑問について表出ができるようになった。A 氏は補助人の決定について納得できておらず、家族関係がさらに悪化していたこともあり、施設看護師やケアマネ、相談員、包括支援センターなどと相談し、補助人に監督人を付けることで A 氏も納得された。

認知症や ADL 低下に伴い介護を必要としている患者は、正しい情報が少なく家族や医療者が吟味した事をそのまま受け入れざる負えない状況が多い。ACP とは、本人の最善について話し合うプロセスである。A 氏の生き立ちやどのような危機を体験し、どんな対処をしてきたのか聞くことで A 氏を理解することができたと考える。また、治療に対しての思いや A 氏が不安に感じている事を理解できるように繰り返し説明することで、信頼関係の形成ができた。それによって A 氏の価値観を尊重し、A 氏の最善について考え多職種で関わりながら意思決定能力の低下に備えた支援に繋げることができたと考える。

ACP とはその患者の価値を理解し、多職種で関わる事が大切である。

ACP 相談員として継続的に支援していった末期がん患者の事例 ～入院から外来へ、そして地域へ～

鎌田 江利穂¹

¹春日井市民病院看護局

【はじめに】 ACP 介入の対象として化学療法のセカンドライン以降の患者と設定していたにも関わらず、時間と人員不足により入院患者しか介入できていなかった。しかし、入院した時にはすでに終末期に入っており、相談を開始して数日で退院や死亡する例が多く、十分に意思決定支援ができていないことが多かった。

今回報告する患者は、子宮体癌再発で BSC となった 55 歳の女性である。できるだけ自宅で過ごしたいという思いを、外来から地域へつなぎ支援していったので報告する。

【活動の実際と経過】 固定チームナーシングの導入や外来と病棟が一元化していること、ACP 相談員が増えたことで、昨年度より外来通院患者にも介入することが可能となった。

当患者は外来通院で症状緩和目的の腹水穿刺のために毎回 2～3 時間を要していた。病状が進行するにつれ、2 週に 1 回だった穿刺が毎週となり、通院そのものが本人・家族の負担となっていた。

穿刺時間を利用して本人の意思や思いを確認し、残された時間を患者らしく、より安楽過ごせるよう訪問診療が選択された。

【結果・考察】「桜は見れるかな。」と腹水穿刺中お話ししてくださった。

3 月下旬に訪問診療が開始され、4 月に入ってすぐ、知人が見舞いに来た 2 時間後、長女が帰宅した時にはベッド上で心肺停止していた。

患者が手術や化学療法で入院していた頃から日々の看護ケアで顔見知りであったため、外来での ACP 介入もスムーズであり、継続看護の重要性を感じた症例であった。

【まとめ】 比較的年齢も若く、経過が長い婦人科悪性腫瘍患者に対し、ACP 相談員は外来通院時より継続的に関わることで、患者や家族が抱える問題にいち早く気づき、支援していく必要がある。

今後は ACP 相談員としての活動内容を見直すとともに、体制を強化していけるよう多職種との連携や情報共有に力を入れていきたい。

後悔しない意思決定支援のために ～一般病院でも ACP ! スタッフ教育から～

後藤 直美¹、今 方美¹

¹金沢文庫病院

【はじめに】 高齢多死社会を迎え、今後年間死亡者数が130万人を超えるといわれている。亡くなる方の多くは一般の病院での看取りとなる中、患者・家族が納得して人生の終焉を迎える事が重要である。A病院は中小規模の地域密着型病院で、意思決定支援（以下 ACP と称す）のプロセスに関しては個々の経験や、カンファレンスなどにより患者・家族を支援している現状である。「人生の最終段階における医療・ケアのガイドライン」が改訂され、患者・家族の ACP のプロセスを重視した関りが重要であると呈され、質の向上にはスタッフ教育が必要であると考えた。今回、ACP の講義・もしバナゲームを実施した事でスタッフの ACP に関する思いの変化が見られたためここに報告する。

【研究目的】 A病院スタッフが患者・家族への ACP のプロセスに関わるケアの一助となる。

【研究方法】 1) 対象者：A病院看護師・コメディカルスタッフ 29名

2) 研究期間 2019年2月～2019年6月 3) 実施方法：(1) ACP についての講義 (2) 4人1組でのもしバナゲーム・グループワークを実施 (3) 参加者へアンケート（選択式・自由記載形式）実施 (4) アンケートをデータ・グラフ化し分析する

【倫理的配慮】 アンケートにより個人が特定されない事、本研究以外では使用しない事を口頭と書面で説明し同意を得た。また当院倫理委員会の承認を得た。

【結果・考察】 ACP の用語に関しては52%のスタッフが知らないと答えた。しかし ACP の講義ともしバナゲームにより100%のスタッフが「大変よく分かった」と答えた。ゲームを通しての感想は「気持ちが揺らぐ」「価値観の多様性がある」「患者家族の気持ちに近い気持ちになれた」などが聞かれた。また今後のケアに殆どのスタッフが活かせると答えた。スタッフの約半数が ACP という言葉を知らない現状もあり、後もしバナカードを用いた研修を継続しスタッフの ACP プロセスの質向上を図っていきたい。

「ACP を学ぶ会」を開催して ～ MSW の私ができること～

小境 ひとみ¹、霞 美幸²、多和田 光洋³

¹坂下クリニック MSW、²坂下クリニック看護師、³坂下クリニック医師

【背景】 E-FIELD 平成 29 年度人生の最終段階における医療体制整備春日井相談員研修の修了後、人工透析専門クリニックに属する MSW（医療ソーシャルワーカー）として具体的に何ができるのか模索する中、「アドバンス・ケア・プランニングの構成要素」を知り、「ステップ 1：話題の導入と情報提供」が“私にできること”に該当すると気づき、勉強会を開催した。

【目的】 ACP の紹介と人生の最終段階における医療と介護について考える機会の提供を行う。

【対象】 当クリニック外来にて人工透析治療を行っている患者とその家族。

【方法】 平成 30 年 8 月、当クリニックにてビデオ視聴とパンフレットを用いた講義およびコミュニケーションツールの紹介を行う。受講後、自らの体験を振り返る機会と、もしも…を想像する機会の提供をねらったアンケートを実施。

【結果】 患者および家族の受講者 34 名のうち 24 名から回答を得られた（回収率 70%）。勉強会に対する印象や、人生の最終段階の医療や介護についてあらかじめ話し合うことに対し 24 名中 23 名がポジティブな反応を示した。自由記載では ACP の取り組みや、理想の最期、身近な人の意思決定支援について、それぞれの立場でその考えや思いの表出があった。

【考察】 多くの受講者が ACP の取り組みに対しポジティブな反応を示しており、元気なうちに人生の最終段階について考えることをネガティブに捉える必要がないことがわかった。今後、ACP 相談員研修を受けた人たちが、意識的に「ステップ 1：話題の導入と情報提供」を実践に移せば、ACP の取り組みが一般化できるのではないだろうか。

外来化学療法センターにおける身寄りがない患者への ACP 介入

廣畑 加代子¹、中釜 浩美¹、木戸脇 栄子¹、鈴木 利恵¹、
市原 久衣¹、大島 京子¹ 古田 美保²

¹春日井市民病院看護局、²春日井市民病院医務局

【背景】 近年社会情勢や価値観が多様化し家族形態も変化している。厚生労働省の調査では最近 10 年間で高齢者単身世帯の割合は増加している。また、がん罹患率と死亡率に関しても 60 歳代以降急増する。今後身寄りのない高齢がん患者の更なる増加が見込まれる。

【問題】 この状況は外来化学療法センターの患者層にも反映されており、対応が必要となっている。CBEL 東京大学生命・医療倫理教育研究センターでは身寄りのない患者の治療方針決定に関して、まずは本人の判断能力の有無を評価し、判断能力がない場合「最善の利益」の提供を推奨している。最善の利益とは、「本人の価値観（本人の事前の意向または代諾者の推定）と医学的利益（標準治療）」で決定する。身寄りのない患者への最善の利益の提供には、患者自身の事前の意思を知ることが重要である。

【外来化学療法センター特徴】 外来化学療法センターは通常の外来と異なり、治療期間中患者が定期的に数時間滞在する特徴がある。患者は診断直後から人生の最終段階に近づくまで繰り返し外来化学療法センターを利用する。外来化学療法センター看護師（以下：センター看護師とする）は患者の治療と平行して、本人の意向を確認する機会が豊富にある。確認された本人の意向は ACP フォルダに格納できる。ACP フォルダ内の情報は、患者の「その人らしさや価値観」をくみ取っているため、辛い副作用を抱え QOL と治療継続の狭間で悩む患者の意思決定支援や、その後の人生の最終段階において医療連携や入院病棟に繋ぎ活用される可能性が大きい。

【結論】 センターの看護師は、患者の望む EOL に繋げられるよう、特に身寄りのない患者に関しては、早期から意図的に患者の意向を探る努力をし、今後も ACP フォルダを活用していく。

【課題】 ACP フォルダ導入後 1 年経過したが、患者の言動を ACP としてキャッチできる看護師の感性を磨くことと、情報活用後のフィードバックの蓄積が今後の課題である。

一般演題3（ポスター発表2）

座長：西村 かおり（西尾市民病院）

慢性呼吸器疾患看護外来での関わり

－在宅人工呼吸器を装着し、自宅療養を希望した患者と家族の支援の経過－

能見 真紀子¹

¹ 砂川市立病院

【はじめに】慢性呼吸器疾患患者と家族の思いや目標を確認し意思決定を支援してきた。意思決定の共有に困難もあるが、各々が考える機会を持ち何らかの形で表現できその思いをつなぐことができた症例について報告する。砂川市立病院倫理委員会の承認と対象者には説明し書面で同意を得た。

【経過】60歳代、夫と二人暮らしで、親戚は遠方にいる。慢性閉塞性肺疾患で在宅酸素療法（以下HOT）を導入し自宅療養中で帰省を兼ねた旅行ができなくなっていた。

1. 急性増悪1回目

帰省の準備を始めた矢先に急性増悪で入院した。本人は「死にたくない」と言い、夫は「助けてほしい」と希望し挿管による人工呼吸療法を行った。長期になり抜管の可能性が低く気管切開術を行い退院調整を行った。本人の思いを確認し、夫は介護を決心して自宅退院を目指し人工呼吸離脱が目標となった。気切孔は閉鎖しないと決め自宅退院した。

2. 急性増悪2回目

1年後、急性増悪と心肺停止で入院し人工呼吸器装着となった。元気でいたい家で過ごしたい帰省したいという希望があったが、呼吸器離脱は困難で転院調整となった。人工呼吸器装着のまま自宅退院することも検討を重ね気管切開と在宅人工呼吸療法で自宅退院した。

3. 在宅療養継続

訪問看護と看護外来での支援を継続し療養生活を継続している。目標を持ち続けているが帰省に自信がない、今年行けないともう終わり、今が一番良く今後悪くなっていく、何かあった時のことを話したいが話せないという思いを抱えている。

【まとめ】思いや目標を話し合い希望に沿うよう治療やケアを選択し多職種と意思決定を支援してきた。意向が尊重され自己コントロール感や満足感を得て自宅での療養生活が継続出来ている。予後や急変予測がつきにくい慢性疾患だが、迷いとまどいながらも思いや希望が地域でつながっていくようにすることが課題となる。

心不全患者への ACP 介入の 1 例

木村 一乃¹、吉原 幸¹、山本 陽子¹、
坂野 牧子¹、伊藤 仁子¹、服部 初美¹、小栗 光俊²

¹春日井市民病院看護局、²春日井市民病院医務局

【目的】 入退院を繰り返している心不全患者が病気と向き合い、患者が希望する生き方を支えるために ACP 介入を行った。

【患者紹介】 S 氏 85 歳 男性 心不全入院は 3 回目。妻と長男夫婦の 4 人暮らし、要支援 2、週 2 回デイサービスを利用。毎日血圧・体重測定を行い、記録している。内服薬自己管理、飲み忘れなし。退院したら盆栽やメダカの世話をしたい、もっと会話がしたいと希望している。

【倫理的配慮】 当事例の匿名性の保持及び報告について、本人及び家族に自由意思を説明し承諾を得た。開示すべき COI はない。

【経過及び看護実践】 患者は心不全ステージ分類 D に該当しており、病気と向き合い、どのように生きていきたいかを考える時期にあることを医師と共有し、ACP 介入について検討した。医師からこれまでの治療経過と今後の方向性の提示があり、多職種と共有した。入院 13 病日に医師の病状説明とともに担当看護師、ACP 相談員、本人、家族、ケアマネージャーと初回の ACP 面談を行った。自宅での生活の様子、退院してやりたいことを共有した。飲み込みにくさに対し ST 介入、不眠不安に対し薬剤を調整した。退院 1 週間後に外来で 2 回目の ACP 面談を実施し、会話が增え、盆栽やメダカの世話をして過ごしており、希望した生活が送れていることがわかった。また、自宅でもしもの時の話をしており、自然に任せたいと意思表示ができていた。

【考察】 今回の事例は病気に合わせた ACP を行い、患者の生き様や価値観を意図的に知ることで多職種で協働することができた。心不全は予後予測が難しいため、医師と連携し、ACP のタイミングを逃さず、患者が病気と向き合い、患者が望む暮らしがかなうように多職種で協働していくことが重要である。

心不全患者における アドバンスケアプランニング（ACP）を実施した一事例

土田 智也¹

¹ 砂川市立病院

【目的】 心不全患者へ ACP を実践し、心不全看護ケアへの影響を検討する

【方法】 A 病院心不全看護外来に通う心不全患者 1 名の平成 30 年 10 月から平成 31 年 3 月の期間で看護記録・診療録・カンファレンス記録から継続的介入を振り返り分析する。本研究は当院倫理審査委員会の承認済みである。

【結果】 A 氏 80 歳代男性、僧房弁閉鎖不全術後の患者。約 3 年前から入退院を繰り返すようになり、A 氏は入院の度疾患指導を受けていたが、畑などの負荷から心不全増悪となっていた。ACP 介入の 1 年前には年間 6 回の入退院を繰り返すようになり、徐々に末期状態へと近づいてきたと考え、ACP が未実施であったため、必要性を感じ介入した。A 氏の病状認識を確認し、A 氏は「入院の度悪くなっていくんだね。」と病状理解はできていた。しかし一方で「私が畑をやらなくなったらボケ老人になって生きている意味がなくなってしまう」と、心不全増悪に繋がったとしても畑を作る事が A 氏の価値観であると話した。妻も A 氏が思うようにさせてあげたいと考える反面、出来るだけ長生きをしてほしいという思いもあり困惑する姿を見せていた。A 氏の価値観と妻の思いを、面談を通して共通認識することで、A 氏は「負担が少なくできるように工夫はしていく」と話し、家族の思いを聞くことで価値観の変化が生じたのだと考える。また医療者も増悪因子として中止すべき事柄であっても、どのように負担少なく畑を継続できるかを考え、患者の価値観に寄り添った指導を実施していくことができた。ACP の介入は A 氏や家族の病状認識や人生の価値観を知ることとなり、寄り添った疾患管理教育へとつながったと考える。

【結論】 心不全患者への ACP 介入は、患者の病状認識や価値観を知りその思いに寄り添ったケアに繋がった。またこの介入は患者と家族の思いの共通認識ができることで、双方の価値観に影響し必要なケアの方向性が変化することが考えられた。

受容が不十分な妻への支援と本心を表出することが 少ない A 氏への ACP

星野 智穂弥¹、橋本 真由美¹、平 幸子¹

¹れんげ訪問看護ステーション

【はじめに】ターミナル期において家族は利用者を支えたい気持ちがあっても病状悪化に悲嘆し不安に苛まれて立ち止まってしまうことがある。家族の不安を慮って利用者は明確な意思を表出できない状態であった場合に ACP の機会を持つように働きかけたことをここに報告する。

【事例紹介】A 氏：80 代 男性 癌末期状態

家族構成：妻と二人暮らし 50 代の娘が近隣に在住

【経過と実践】A 氏は、臀部に腫瘍があり腫瘍増大に伴い出血や易感染状態であり創処置を行っていた。妻は、A 氏の病状悪化を受け止められず深く悲嘆し感情を前面に表出することが多くあり A 氏の精神支援よりも妻への家族支援が主であった。疼痛増強に伴いオピオイドが処方となったが妻は、見当識障害が出ることを理由に「痛くないでしょ」「我慢できるでしょ」と発言し、飲ませたくない拒否をしていた。B 事業所は妻が発言すると A 氏が閉口してしまい追いやられているように感じており夫婦の距離を離れたほうが良いと考えていた。B 事業所内で A 氏の意味は、どのようなものなのかを検討した結果、妻への受容への関わりを継続しつつ、家族を交え『もしバナカード』というツールを使用することで妻にも A 氏の意味を知る機会ができるのではないかと考えた。娘の協力を得て『もしバナカード』を 2 回実施した結果、A 氏は「家で最期を迎えたい」「家族と一緒に過ごす」を選択したため叱咤する妻と家で過ごしたい意思を受け取ることができた。妻は徐々にオピオイド服用を阻む等の直接的な言動が無くなり A 氏の疼痛緩和が図られた。

【考察】

周囲からは、A 氏は、妻から叱咤され追いやられていたと感じていたが「もしバナカード」を利用することにより A 氏の意味が明確となり周知できた。また、妻が自分自身を振り返り受容の過程を一步進み、夫婦の関係性においても視野を広げる結果となったと考える。

【倫理的配慮】個人情報特定されないように配慮し、A 氏の娘に文書を用いて同意を得た。

残された時間の過ごし方に関する意向の相違を抱えた 患者・家族に対する ACP 相談員としての支援

大熊 亜紀¹

¹春日井市民病院看護局

【はじめに】 当院では ACP の取り組みを進めている。当病棟でも ACP 介入を実施している。その中で、残された時間の過ごし方に、患者と家族との思いに相違が生じた事例があった。患者と家族が納得したうえで、残された時間を過ごすことができるよう支援することは、看護師の大きな課題である。残された時間の過ごし方の合意に至るまでの経過を、事例を通して振り返り、ACP 介入の必要性を実感したため報告する。

【方法】 対象は A 氏（50 代女性）とその家族（長女 30 代）である。A 氏は、子宮頸がんの告知を受けるも、治療拒否され未治療で経過観察となった。告知から 3 ヶ月後、病状悪化にて入院。入院後、対症療法は受けられたが、延命治療は受けないという意志も話されていた。A 氏の病状は積極的な治療を受けられる時期ではなかったが、長女は、できる治療があるなら受けて欲しいという希望があることがわかった。A 氏の病状の悪化、また長女との意向の相違が生じていることから、ACP 介入とした。双方の話を聞いていると、A 氏と長女の間に関滑なコミュニケーションが図れていないことに気づき、双方の話を聞きながら、情報提供と意思決定支援を行った。

【考察】 意見の相違を抱えた家族の合意に至るまでの支援について、異なる意見をそれぞれ支持したうえで情報提供し、患者・家族間で意志共有できるように働きかけることができたと考える。

【まとめ】 今回、残された時間の過ごし方について意向の相違が生じた患者と家族が合意に至るまでの ACP 相談員としての支援について事例発表を行った。今後も、患者、家族が同じ思いで残された時間を過ごすことができるように、今回の事例を生かし ACP 相談員として介入し、活動していきたい。

EOL ケアとして作業療法士ができること ～ 1 症例を通しての模索～

水野 るみ子¹

¹ 春日井市民病院技術局

【はじめに】平成 30 年度 ACP 相談員研修会に参加した。

患者への関わりは、研修したような ACP・EOL ケア相談介入ではなかったため、人生の最終段階を迎えた患者のリハビリを振り返り、作業療法士ができる相談介入を模索する。

【患者情報】69 歳 女性 病名:左乳癌 治療:左乳房温存術、腋窩リンパ郭清。術後 10 年で骨転移・肝転移にて抗癌剤治療開始。術後 13 年で全身状態悪化し疼痛コントロール目的で入院。ADL 維持目的で 1 回目のリハビリ開始。入院から 1 か月後自宅退院し、訪問診療とホルモン治療開始。自宅退院後 2 か月で呼吸苦・内服自己管理困難・転倒を繰り返す等で、同居の父親が在宅療養に不安を感じ入院。ADL 維持・緩和目的で 2 回目のリハビリ開始。入院から 1 か月後永眠。

【リハビリの内容】1 回目の入院では、ADL 維持のための歩行訓練と筋力訓練が中心。本人の希望に合わせて、歩行場所を工夫したり、休憩を入れて会話をして気分転換を図った。2 回目の入院では、ADL 維持を目標として、車椅子での散歩を中心に浮腫のケア・マッサージ等希望を聞きながら実施。状態が悪化してからは病室での会話・マッサージ等、気分転換になることや快の刺激を入れられるように心がけた。

【本症例を振り返って、作業療法士として感じたこと】ADL 改善という目標を共同して達成できたことで、自然な流れで信頼関係が構築された。快の刺激が少なくなる人生の最終段階において、リハビリは患者の気分転換になった。毎日同じ担当療法士が関わることは、患者の体調の変化や思いをキャッチしやすいと考えられる。「訓練だけがリハビリではない」と伝えることで、EOL ケアにおいて大切な「タブーを作らない」ことができ、患者の希望の表出を促すことができた。

【作業療法士として今後につなげるべき課題】リハビリを通して信頼関係が築けたので、作業療法士として早くから ACP 相談として介入できたかもしれない。

急変を乗り越えた患者と家族の思いを繋ぎ、 在宅療養を実現した事例の検討

佐藤 和也¹、福島 あかね¹、山田 洋子¹、古田 美保²

¹春日井市民病院看護局、²春日井市民病院医務局

【目的】入院中に身体症状の悪化による意識障害を乗り越え、ACP 介入により在宅療養を実現した乳がん患者への支援状況を明らかにする。

【方法】診療録より、患者・家族の言動及び医療者の支援を振り返り、ACP の支援状況を検討する。

【事例】70代の女性、左乳がん（Stage IV）。長男、次女と同居していた。入院前は室内を杖歩行できる程度であったが、自宅で転倒し右上腕骨を骨折し、自宅での生活が困難なため入院となった。骨折は転移による病的骨折で治療の見込みがなく、さらに CT で脳転移が確認され、全脳照射が開始された。誤嚥性肺炎や尿路感染による敗血症性ショックにより JCS が 3 桁に低下したが、その後改善が見られた。病棟スタッフは在宅での療養は困難と感じていたが、ACP により在宅療養の意向を確認し、自宅退院が実現した。

【結果】入院後 ACP を繰り返し行った。急変から回復した時期に今後の過ごし方について再度確認すると患者自身は自宅での療養を希望しているが、家族に迷惑がかかると考えていた。また、長男は家族で協力して在宅療養を実現したいという思いを持っていた。両者の思いを支持し、共有することで自宅での療養を目指した入院生活を送ることができた。自宅退院に向けて担当者会議を実施し、サマリーを活用し、患者・家族の思いを繋いだ。

【考察】外来診察時より認定看護師が関わり、ACP の必要性を感じていたが、本人・家族の病状理解は進んでいなかったため、具体的な介入に至っていなかった。重篤な身体症状から回復した時期に集中的に ACP 介入を行うことで、患者・家族が今後の過ごし方について考えを深める機会となり、患者の在宅療養への一助となった。また、入院当初は今後の療養先について決めかねていたが、自宅退院後も家族のサポートが得られることが患者の療養先の選定に影響を与えられられる。繰り返し ACP を行う必要性と同時に介入時期の重要性を再確認することができた。

ワークショップ I

介護従事者のための実践 ACP

柴田 美香¹、鈴木 利恵¹

¹ 春日井市民病院看護局

高齢多死社会の進行に伴い地域包括ケアシステムが構築され、在宅や施設における看取りの受容が増大しつつあります。平成 30 年に改訂された「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」に ACP の概念が盛り込まれ、診療報酬の施設基準としてガイドラインの項目を踏まえた看取りの指針の策定が盛り込まれました。人生の最終段階における医療・ケアに従事する医療・介護従事者が、人生の最終段階を迎える本人および家族等を支えるために活用するものであるという位置づけや、本人・家族などの意見を繰り返し聞きながら、本人の尊厳を追求し、自分らしく最期まで生き、よりよい最後を迎えるために人生最終段階における医療・ケアをすすめていくことが重要であると改めて確認をされました。

ACP は本人がどのようなことを大切にしているのか、人生の最終段階をどのように迎えるかを一緒に繰り返し話し合いをするプロセスです。施設や在宅においても本人・家族がどのような生活を望んでいるか、どのような人生の締めくくりをイメージしているか、もしもの時に延命処置を望むかなどについて聞いておくことで、もしものいざという時に判断がしやすくなります。また、家族にとっても、どのように介護に取り組んでいきたいのか、どこまでできるのかを考える機会を持つのは大切なことです。そして、本人の価値観や思いを聞いておくことは、いざというときに判断を迫られ意思決定をする際に、判断がしやすくなり、選択した意思についての後悔が少なくなります。さらに、人生をどう終えるかを考えることは、人生をどう生きたいかにつながり本人の QOL (= Quality of Life 「生活の質」) が向上します。

このセミナーでは地域で生活を支えている介護職員の方を対象に、本人・家族の思いを酌み取り思いを実現していくために、「ACP はいつどのように行ったらいいのか」「本人の意思が確認できる場合、できない場合の話し合いのすすめかた」「家族の意向は本人の思いを反映しているでしょうか」という点を踏まえて ACP の理解を深め、事例をもとに実際に話し合いの練習を行い、明日から実践の場で患者の思いを酌むことができるような研修会にしたいと考えています。そして酌んだ患者の思いを共有し実現に向けて地域で ACP に取り組んでいきましょう。

ワークショップ2

「もしバナゲーム™」のトリセツ

～カードゲーム体験とその射程を考えるワークショップ～

大川 薫¹、蔵本 浩一²、原澤 慶太郎³

¹医療法人鉄蕉会亀田総合病院 在宅診療科, iACP、

²同疼痛緩和ケア科, iACP、³はな医院, iACP

共催：一般社団法人 Institute of Advance Care Planning (iACP)

「もしバナゲーム™」は人生の最終段階を想定して価値観と向き合うカードゲームです。4人1組でゲームを始めれば、たちまち自己の価値観と深く向き合い、対話を通して他者の価値観の多様性に触れることとなります。楽しみながら、さらに価値観のゆらぎやその変容をも体験すれば、自分や大切な人とのポジティブな出会い直しのきっかけになるかもしれません。

2011年、有志でACPの市民啓発活動に取り組み始めました。2015年に法人化、2016年に「もしバナゲーム™」を出版、前後して診療圏外へも活動を拡げています。病院を出て市民と対話するという地域基盤型の基本理念は、当初からなんら変わりません。しかし、エンド・オブ・ライフのストレスを軽減しより良く生きるためにはどこに焦点を当て活動をしたらいいのか、今も逡巡しています。

「もしバナゲーム™」を4人ルールで行うと、多様で複雑な価値観がゆらぐことへの寛容さ、不確実で答えがないことに耐える力、そして限られた選択肢や喪失体験を乗り越えるレジリエンスが話題にのぼることがあります。織りなされる対話のポリフォニーに身を置くことで、内面のしなやかさがゆっくり醸成されていくようにも感じています。また、医療介護従事者が自分ごとあるいは他人事として価値観について対話すると、意思決定支援のあり方を再考するきっかけになることもあるようです。

実は、私たちは「もしバナゲーム™」を臨床現場で患者さんに使っていたことがありません。どれだけ侵襲的なのかそうではないのか、まるでわからないからです。「もしバナゲーム™」を意思決定ツールとしてではなく、楽しく遊びながらもっと根っこを考えるきっかけにする。そんな“場”を提供することが「もしバナゲーム™」とそのワークショップの役割ではないかと、おぼろげな輪郭を捉え始めているところです。

ワークショップでは「もしバナゲーム™」4人ルールを実際に体験していただきます。ぜひご参加ください！

共催団体

一般社団法人 Institute of Advance Care Planning

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

(五十音順)

ランチョンセミナー共催企業

塩野義製薬株式会社

中外製薬株式会社

テルモ株式会社

(五十音順)

寄付金協賛企業・団体

一般社団法人 春日井市医師会

一般社団法人 春日井市歯科医師会

一般社団法人 春日井市薬剤師会

株式会社大塚製薬工場

(五十音順)

出店企業

株式会社大竹書店

春日井さぼてんラボ&ショップ こだわり商店

(五十音順)

広告協賛企業

LifeScan Japan 株式会社
アストラゼネカ株式会社
エーザイ株式会社
エッチエスメディカル株式会社
小野薬品工業株式会社
株式会社インターネットイニシアティブ
株式会社大森器械店
株式会社堀場製作所
株式会社八神製作所
株式会社ヤクルト本社
キッセイ薬品工業株式会社
協和キリン株式会社
シーアンドエス株式会社
ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
第一三共株式会社
大正製薬株式会社
大鵬薬品工業株式会社
テルモ株式会社
トーテックアメニティ株式会社
ニプロ株式会社
日本イーライリリー株式会社
ノバルティスファーマ株式会社
バイエル薬品株式会社
ツムラ株式会社
有限会社ムツダ商会

(五十音順)

後援団体

公益社団法人 日本医師会
公益社団法人 日本歯科医師会
公益社団法人 日本看護協会
公益社団法人 日本薬剤師会
公益社団法人 日本医療社会福祉協会
公益社団法人 愛知県医師会
一般社団法人 愛知県歯科医師会
公益社団法人 愛知県看護協会
一般社団法人 愛知県薬剤師会
一般社団法人 愛知県医療ソーシャルワーカー協会
一般社団法人 春日井市医師会
一般社団法人 春日井市歯科医師会
一般社団法人 春日井市薬剤師会
一般社団法人 春日井観光コンベンション協会

(順不同)

2019年8月14日現在



糖尿病患者さんの日々を、 よりよいものにするために。

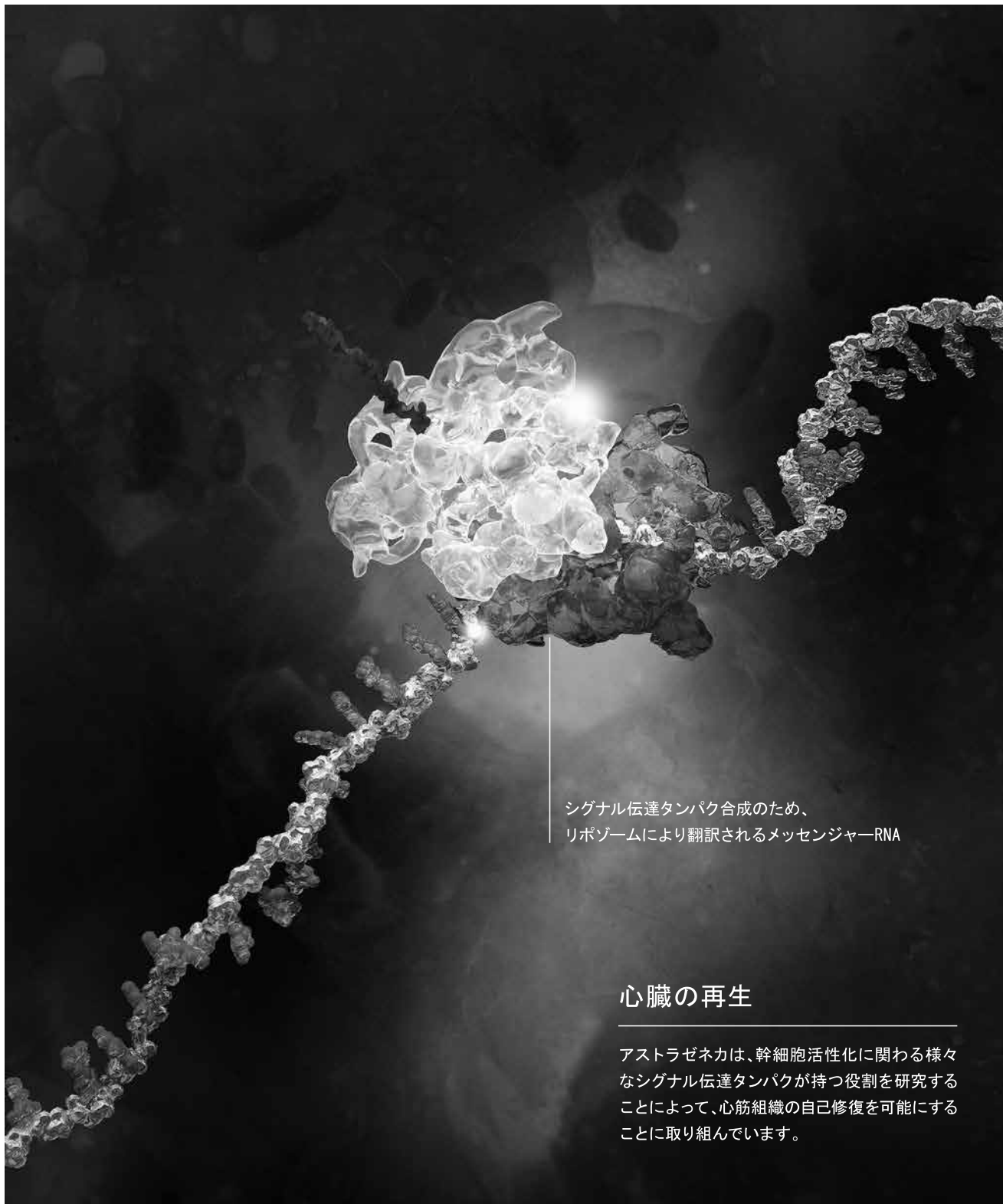
「糖尿病患者さんにとって、制限のない世界を創造する」
それが私たちのビジョン。LifeScan, Inc. は世界中で
2,000万人以上の糖尿病患者の方々に製品をご利用いた
だいている、血糖測定器のリーディングカンパニーです。
糖尿病患者さんが使用される測定器をはじめ、センサーや
穿刺針、また医療機関で使用される院内専用測定器など、
様々な製品をご提供して35年。糖尿病患者さんの日々を、
よりよいものにするために、これからも変わることなく
貢献してまいります。

LifeScan ™

LifeScan Japan株式会社 東京都中央区日本橋室町3-4-4 OVOL 日本橋ビル

©LifeScan Japan K.K. 2018

What science can do



シグナル伝達タンパク合成のため、
リボゾームにより翻訳されるメッセンジャーRNA

心臓の再生

アストラゼネカは、幹細胞活性化に関わる様々なシグナル伝達タンパクが持つ役割を研究することによって、心筋組織の自己修復を可能にすることに取り組んでいます。



GOOD DESIGN
AWARD 2018

ETHICON
part of the Johnson & Johnson medical companies

繊細 【せん・さい】

【名・形動】

1. 細く美しい様子、優美でほっそりとしたさま。

「繊細なHARMONIC® HD 1000iの先端」

2. 感覚や感情などがこまやかなさま。

「繊細な感覚を伝えるHARMONIC® HD 1000i」

「繊細な手技の実現に貢献するHARMONIC® HD 1000i」



HARMONIC® HD 1000i

※HARMONIC® HD 1000iのコンセプトを示したものであり、実際の扱え方は個人によって異なります。
製造販売元：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社、メディカルカンパニー 〒101-0055 東京都千代田区神田3丁目5番2号
東京総研医療機器 販売部ハーモニック HD 1000i 別冊番号-Z2900BZK00116000 098702-850914 © J&J, 2017

ジェネリック という選択

オキシコドン徐放カプセル「テルモ」は
オキシコドン塩酸塩水和物徐放性製剤の
診療報酬上の後発品です。



“疼痛領域”に可能性の花を

持続性癌疼痛治療剤

オキシコドン 徐放カプセル 5mg/10mg 20mg/40mg 「テルモ」

Oxycodone SR Capsules オキシコドン塩酸塩徐放性カプセル

劇薬、麻薬、処方箋医薬品[※]

注意—医師等の処方箋により使用すること

薬価基準収載

【禁忌(次の患者には投与しないこと)】

1. 重篤な呼吸抑制のある患者、重篤な慢性閉塞性肺疾患の患者〔呼吸抑制を増強する。〕
2. 気管支喘息発作中の患者〔呼吸を抑制し、気道分泌を妨げる。〕
3. 慢性肺疾患に続発する心不全の患者〔呼吸抑制や循環不全を増強する。〕
4. 痙攣状態(てんかん重症、破傷風、ストリキニーネ中毒)にある患者〔脊髄の刺激効果があらわれる。〕
5. 麻痺性イレウスの患者〔消化管運動を抑制する。〕
6. 急性アルコール中毒の患者〔呼吸抑制を増強する。〕
7. アヘンアルカロイドに対し過敏症の患者
8. 出血性大腸炎の患者〔腸管出血性大腸菌(O157等)や赤痢菌等の重篤な細菌性下痢のある患者では、症状の悪化、治療期間の延長を来すおそれがある。〕

【原則禁忌(次の患者には投与しないことを原則とするが、特に必要とする場合には慎重に投与すること)】
細菌性下痢のある患者〔治療期間の延長を来すおそれがある。〕

- 効能又は効果 中等度から高度の疼痛を伴う各種痛における鎮痛
- 用法及び用量 通常、成人にはオキシコドン塩酸塩(無水物)として1日10～80mgを2回に分けて経口投与する。なお、症状に応じて適宜増減する。

〈用法及び用量に関連する使用上の注意〉 1. 初回投与 本剤の投与開始前のオピオイド系鎮痛薬による治療の有無を考慮して、1日投与量を決め、2分割して12時間ごとに投与すること。(1)オピオイド系鎮痛薬を使用していない患者には、疼痛の程度に応じてオキシコドン塩酸塩として10～20mgを1日投与量とするのが望ましい。(2)モルヒネ製剤の経口投与を本剤に変更する場合には、モルヒネ製剤1日投与量の2/3量を1日投与量の目安とすることが望ましい。(3)経皮フェンタニル貼付剤から本剤へ変更する場合には、経皮フェンタニル貼付剤剥離後にフェンタニルの血中濃度が50%に減少するまで17時間以上かかることから、剥離直後の本剤の使用は避け、本剤の使用を開始するまでに、フェンタニルの血中濃度が適切な濃度に低下するまでの時間をあけるとともに、本剤の低用量から投与することを考慮すること。 2. 疼痛増強時 本剤服用中に疼痛が増強した場合や鎮痛効果が得られていない患者で突発性の疼痛が発現した場合は、直ちにオキシコドン塩酸塩等の速放性製剤の追加投与(レスキュードーズ)を行い、鎮痛を図ること。 3. 増量 本剤投与開始後は患者の状態を観察し、適切な鎮痛効果が得られ副作用が最小となるよう用量調整を行うこと。5mgから10mgへの増量の場合を除き増量の目安は、使用量の25～50%増とする。 4. 減量 連用中における急激な減量は、退薬症候があらわれることがあるので行わないこと。副作用等により減量する場合は、患者の状態を観察しながら慎重に行うこと。 5. 投与の中止 本剤の投与を必要としなくなった場合には、退薬症候の発現を防ぐために徐々に減量すること。

- 使用上の注意 1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること) (1)心機能障害あるいは低血圧のある患者〔循環不全を増強するおそれがある。〕(2)呼吸機能障害のある患者〔呼吸抑制を増強するおそれがある。〕(3)肝・腎機能障害のある患者〔代謝・排泄が遅延し副作用があらわれるおそれがある。〕(4)脳に器質性障害のある患者〔呼吸抑制や頭蓋内圧の上昇を起こすおそれがある。〕(5)ショック状態にある患者〔循環不全や呼吸抑制を増強するおそれがある。〕(6)代謝性アシ

ドースのある患者〔呼吸抑制を起こしたときアシドーシスを増悪させるおそれがある。〕(7)甲状腺機能低下症(粘液水腫等)の患者〔呼吸抑制や昏睡を起こすおそれがある。〕(8)副腎皮質機能低下症(アジソン病等)の患者〔呼吸抑制作用に対し、感受性が高くなっている。〕(9)薬物・アルコール依存又はその既往歴のある患者〔依存性を生じやすい。〕(10)薬物・アルコール等による精神障害のある患者〔症状が増悪するおそれがある。〕(11)高齢者〔「高齢者への投与」の項参照〕(12)衰弱者〔呼吸抑制作用に対し、感受性が高くなっている。〕(13)前立腺肥大による排尿障害、尿道狭窄、尿路手術後の患者〔排尿障害を増悪することがある。〕(14)器質性幽門狭窄又は最近消化管手術を行った患者〔消化管運動を抑制する。〕(15)痙攣の既往歴のある患者〔痙攣を誘発するおそれがある。〕(16)胆嚢障害、胆石症又は膵炎の患者〔オジジ筋を収縮させ症状が増悪することがある。〕(17)重篤な炎症性腸疾患のある患者〔連用した場合、巨大結腸症を起こすおそれがある。〕 2. 重要な基本的注意(1)本剤は徐放性製剤であることから、急激な血中濃度の上昇による重篤な副作用の発現を避けるため、服用に際してカプセルの内容物を砕いたり、すりつぶしたりしないで、そのまま服用させること。(2)連用により薬物依存を生じることがあるので、観察を十分に行い、慎重に投与すること。〔副作用〕の項参照(3)眠気、めまいが起こることがあるので、本剤投与中の患者には自動車の運転等危険を伴う機械の操作に従事させないように注意すること。(4)本剤を投与する場合には、便秘に対する対策として緩下剤、嘔気・嘔吐に対する対策として制吐剤の併用を、また、鎮痛効果が得られている患者で通常とは異なる強い眠気がある場合には、過量投与の可能性を念頭に本剤の減量を考慮するなど、本剤投与時の副作用に十分注意すること。(5)本剤を増量する場合には、副作用に十分注意すること。(6)本剤の医療目的外使用を防止するため、適切な処方を行い、保管に留意するとともに、患者等に対して適切な指導を行うこと。〔適用上の注意〕の項参照 3. 相互作用 本剤は、主として薬物代謝酵素CYP3A4及び一部CYP2D6で代謝される。〔薬物動態〕の項参照 併用注意(併用に注意すること) 薬剤名等中枢神経抑制剤(フェニチン誘導体、バルビツール誘導体等)、吸入麻酔剤、MAO阻害剤、三環系抗うつ剤、β遮断剤、アルコール/クマリン系抗凝薬(ワルファリン)/抗コリン作用を有する薬剤/プロピルノールフィン、ペンタジン等/CYP3A4阻害作用を有する薬剤(ホリコナゾール、イトコナゾール、フルコナゾール、リトナビル、クラリスロマイシン等)/CYP3A4誘導作用を有する薬剤(リファンピリン、カルバマゼピン、フェニトイン等) 4. 副作用 国内で実施したオキシコドン塩酸塩水和物徐放錠が投与されているがん性疼痛患者を対象とした本剤への切り替え試験において、総投与量71例中34例(47.9%)に副作用(臨床検査値の異常変動を含む)が認められた。主な副作用は、便秘28例(39.4%)、悪心6例(8.5%)、嘔吐2例(2.8%)及び睡眠2例(2.8%)等であった。(承認時) (1)重大な副作用 ①ショック、アナフィラキシー(頻度不明^{※1})：ショック、アナフィラキシーを起こすことがあるので、顔面蒼白、血圧低下、呼吸困難、頻脈、全身発赤、血管浮腫、蕁麻疹等の症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。 ②依存性(頻度不明^{※1})：連用により薬物依存を生じることがあるので、観察を十分に行い、慎重に投与すること。また、連用中における投与量の急激な減少ないし投与の中止により、あくび、くしゃみ、流涙、発汗、悪心、嘔吐、下痢、腹痛、散瞳、頭痛、不眠、不安、せん妄、痙攣、振戦、全身の筋肉・関節痛、呼吸促進、動悸等の退薬症候があらわれることがあるので、投与を中止する場合には、1日用量を徐々に減量するなど、患者の状態を観察しながら行うこと。 ③呼吸抑制(頻度不明^{※1})：呼吸抑制があらわれることがあるので、息切れ、呼吸緩慢、不規則な呼吸、呼吸異常等があらわれた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。なお、本剤による呼吸抑制には、麻薬拮抗剤(ナロキソン、レバロルフアン等)が拮抗する。 ④錯乱、せん妄(頻度不明^{※1})：錯乱、せん妄があらわれることがあるので、このような場合には、減量又は投与を中止するなど適切な処置を行うこと。 ⑤無気肺、気管支痙攣、喉頭浮腫(頻度不明^{※1})：無気肺、気管支痙攣、喉頭浮腫があらわれるとの報告がある。また、麻痺性イレウス、中毒性巨大結腸(頻度不明^{※1})：麻痺性イレウスがあらわれるので、これらの症状があらわれた場合には適切な処置を行うこと。 ⑦肝機能障害(頻度不明^{※1})：AST(GOT)、ALT(GPT)、ALP等の著しい上昇を伴う肝機能障害があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。注1)本剤の承認時までの臨床試験では認められなかったが、他のオキシコドン製剤においてみられている副作用。

●その他の使用上の注意などについては、添付文書をご参照ください。

製造販売元
帝 國 製 薬 株 式 有 限 公 司
香川 県 東 かが わ 市 三 本 松 567 番 地

販売元(資料請求先) 提携
TERUMO
テルモ株式会社
〒151-0072 東京都渋谷区幡ヶ谷2-44-1
www.terumo.co.jp

Ethyparm
INNOVATIVE DRUG DELIVERY

TERUMO はテルモ株式会社の商標です。
テルモはテルモ株式会社の登録商標です。

©テルモ株式会社 2015年2月

IIJ「電子@連絡帳」サービス

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が開発した「電子@連絡帳」をIIJのクラウドサービスで提供します。

IIJ電子@連絡帳サービスは、地域医療連携と地域包括ケアを統合的に実現し、医療・福祉(介護を含む)の様々な専門職が情報を簡単に共有できる多職種連携プラットフォームです。

愛知県、茨城県ほか
自治体様への
導入実績多数

行政(協議会)主導による
ICTを活用した事業推進

- 医療介護連携事業
- 介護予防事業

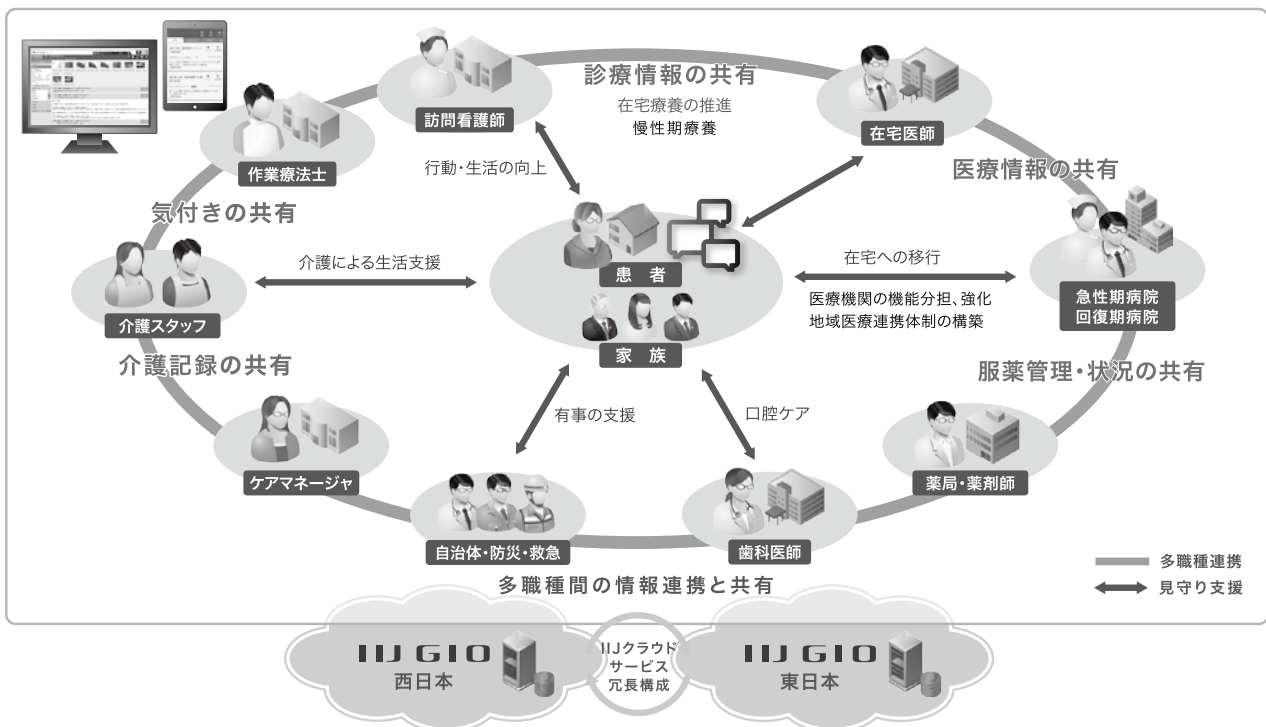
災害時の情報活用

- 医療介護連携情報
- 既往歴
- 服薬状況

医療の情報を扱える
安全で堅牢な環境

- 医療情報ガイドラインを遵守
- 東西IIJサーバでの2拠点運用

地域包括ケアシステム——在宅医療・介護連携ネットワーク



サービスの特長

- 多忙な在宅医などに適した非同期コミュニケーションで、情報連携を効率化
- 電話やFAXでは伝達が困難だった患者の症状や診療情報を、画像添付機能などにより、正確かつセキュアに連携可能
- 自治体における地域包括ケア事業の運営に必要な専門職からの利用者申請受付、患者同意書の提示、市民啓発などのポータルサイト機能

■ お問い合わせは、IIJ地域システム推進本部 ヘルスケア事業推進部まで

たった一度のいのちと歩く。

私たちの志

ここにいる責任と幸福。

私たちの前には、いつもかけがえのないいのちがある。何冊か生まれて、いつくしむの中で育ち、夢に胸を膨らませ、生きていく。そして、いつか、この地上でもっとも大切なものを、胸の奥深くに刻みこむ。

自分たちを信じよう、自分たちの力を、自分たちで、決して大きな会社ではない。でも、どこにもない歴史があり、どこにもマネのできない、どこにも真似できない優秀な人材がいる。そして、どこにも真似できない優秀な人材がいる。困難をおそれない勇気を持つ。飛躍を求め、本質とは、ただの成長ではない。飛躍を求め、その真は、現状に満足する者には永久につくものは、薬だけではない。私たちが、人がどれほど生きることを選んで、医療に従事する人がどれほどひと一人、人間に与えられた感受性をサビつかず、世界を救うのは強さだけではない。

最高のチームになろう。どんなに、力をあわせて人間といふもの、スピードをあげよう。いまこそ、私たちは、その闘いがどんなに、魚ごう。走ってはいけな、そして、どんな時も誠実であり、私たちは薬をつくっている。人のいのち

仕事は、人をしあわせにできる。いつも、私たちはそのことを忘れないでいよう。私たちは、さまざまな場所で生まれ、さまざまな時間を経て、さながら奇蹟のように、この仕事、この会社、この仲間に出会った。そのことを心からよろこぼう。そして、いまここにいる自分に感謝し、その使命に心血をそそぎ、かけがえのないいのちのために働くことを、誇りとしよう。人間の情熱を、人間のために使うしあわせ。私たちは、ひとりひとりが協和キリンです。

たった一度の、いのちと歩く。



私たちの志

検索

願いをこめた新薬を、
世界のあなたに届けたい。



「病気と苦痛に対する人間の闘いのために」

わたしたちは、新薬の開発に挑み続けます。

待ち望まれるくすりを、一日でも早くお届けするために。

ono 小野薬品工業株式会社
〒541-8564 大阪市中央区久太郎町1丁目8番2号



持続性癌疼痛治療剤 薬価基準収載

ナルサス錠 2mg 6mg
12mg 24mg

劇薬、麻薬、処方箋医薬品：注意—医師等の処方箋により使用すること
ヒドロモルフォン塩酸塩徐放錠

癌疼痛治療剤 薬価基準収載

ナルラピド錠 1mg
2mg
4mg

劇薬、麻薬、処方箋医薬品：注意—医師等の処方箋により使用すること
ヒドロモルフォン塩酸塩錠

癌疼痛治療用注射剤 薬価基準収載

ナルベイン注 2mg
20mg

劇薬、麻薬、処方箋医薬品：注意—医師等の処方箋により使用すること
ヒドロモルフォン塩酸塩注

新発売

癌疼痛治療剤 薬価基準収載

オキシコドン錠 2.5mg「第一三共」
オキシコドン錠 5mg「第一三共」
オキシコドン錠 10mg「第一三共」
オキシコドン錠 20mg「第一三共」

劇薬、麻薬、処方箋医薬品：注意—医師等の処方箋により使用すること
オキシコドン塩酸塩水和物錠



日本薬局方 薬価基準収載

モルヒネ塩酸塩注射液 10mg「第一三共」
モルヒネ塩酸塩注射液 50mg「第一三共」
モルヒネ塩酸塩注射液 200mg「第一三共」

劇薬、麻薬、処方箋医薬品：注意—医師等の処方箋により使用すること

持続性癌疼痛治療剤 薬価基準収載

オキシコドン徐放錠 5mg「第一三共」
オキシコドン徐放錠 10mg「第一三共」
オキシコドン徐放錠 20mg「第一三共」
オキシコドン徐放錠 40mg「第一三共」

劇薬、麻薬、処方箋医薬品：注意—医師等の処方箋により使用すること
オキシコドン塩酸塩水和物徐放錠

麻酔用鎮痛剤 薬価基準収載

フェンタニル注射液 0.1mg「第一三共」
フェンタニル注射液 0.25mg「第一三共」

劇薬、麻薬、処方箋医薬品：注意—医師等の処方箋により使用すること
フェンタニルクエン酸塩注射液

※効能・効果、用法・用量および警告・禁忌・原則禁忌を含む使用上の注意等については製品添付文書をご参照ください。

製造販売元
第一三共プロファーマ株式会社
東京都中央区日本橋本町3-5-1

販売元(資料請求先)
第一三共株式会社
東京都中央区日本橋本町3-5-1

Lilly

革新的製品に
思いやりを込めて。



日本イーライリリーは製薬会社として、
人々がより長く、より健康で、充実した生活を実現できるよう、
がん、糖尿病、筋骨格系疾患、中枢神経系疾患、自己免疫疾患、
成長障害、疼痛などの領域で、日本の医療に貢献しています。

日本イーライリリー株式会社

〒651-0086 神戸市中央区磯上通 5-1-28
www.lilly.co.jp



Eisai

hhe
human health care

患者様の想いを見つめて、 薬は生まれる。

顕微鏡を覗く日も、薬をお届けする日も、見つめています。
病気とたたかう人の、言葉にできない痛みや不安。生きることへの希望。
私たちは、医師のように普段からお会いすることはできませんが、
そのぶん、患者様の想いにまっすぐ向き合っていたいと思います。
治療を続けるその人を、勇気づける存在であるために。
病気を見つめるだけでなく、想いを見つめて、薬は生まれる。
「ヒューマン・ヘルスケア」。それが、私たちの原点です。

ヒューマン・ヘルスケア企業 エーザイ


EISAI PHARMACEUTICAL COMPANY LIMITED
Eisai Group

エーザイはWHOのリンパ系フィラリア病制圧活動を支援しています。



エッチエスメディカル株式会社

〒462-0063 名古屋市北区丸新町56番地
tel:052-901-8486 fax:052-901-2422
website URL:<http://www.hs-medical.co.jp>



アントラサイクリン系抗悪性腫瘍剤の血管外漏出治療剤
劇薬、処方箋医薬品[※]

薬価基準収載

サビーン[®]点滴静注用500mg

SAVE[®]NE injectable 500 mg

注) 注意-医師等の処方箋により使用すること。

注射用デクスラゾキサソ

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

製造販売元  **キッセイ薬品工業株式会社**
松本市芳野19番48号
<http://www.kissei.co.jp/>

資料請求先:くすり相談センター 東京都中央区日本橋室町1丁目8番9号
TEL. 03-3279-2304 フリーダイヤル:0120-858-801 (サビーン専用)

SV053JN
2016年6月作成

困ったなあ・・・

電カルの操作って
難しいんだよね...

システムやQA対応、
操作指導に資料作り...

誰かシステム管理を
手伝ってくれないかな...

統計データ取りたいけど
時間が無い...

急にシステム動か
なくなったらどう
しよう

そんな悩みを C&Sが解決します！

 C&S Style

シーアンドエス株式会社 <https://www.cs-ltd.co.jp/>



■ T O T E C A M E N I T Y

トーテックアメニティの創業は1971年、創業時の社名は「東海電子システム」です。
東海地区を中心に地位経済発展の御支援を続け、2020年には創業50年を迎えます。
おかげさまで、お客様もグループ会社という仲間も全国に広がっています。



Tokai Technical Corporation to provide Amenity
by constructing Information System and Technology.

快適な情報社会を創る T O T E C A M E N I T Y

NetRAPTOR
Unified Network Forensic Appliance

大容量ファイルセキュア送付サービス
EASY FILE EXPRESS
イーザーファイルエクスプレス

高齢者見守りシステム



トーテックアメニティ株式会社

〒451-0045 名古屋市西区名駅二丁目27番8号
TEL 052-533-6900 FAX 052-533-6930
<https://www.totec.jp/>



その技術は、人のために。

薬価基準収載

α_2 作動性鎮静剤

劇薬、習慣性医薬品^{注1)}、処方箋医薬品^{注2)}

デクスメトミジン静注液200 μ g/50mLシリンジ「ニプロ」

(先発・代表薬剤：プレセデックス静注液 200 μ g /50mL シリンジ「マルイシ」)
プレセデックス静注液 200 μ g /50mL シリンジ「ファイザー」)



α_2 作動性鎮静剤

劇薬、習慣性医薬品^{注1)}、処方箋医薬品^{注2)}

デクスメトミジン静注液200 μ g「ニプロ」

(先発・代表薬剤：プレセデックス静注液 200 μ g「マルイシ」)
プレセデックス静注液 200 μ g「ファイザー」)



注1) 注意-習慣性あり 注2) 注意-医師等の処方箋により使用すること

●「効能・効果」、「用法・用量」、「警告・禁忌を含む使用上の注意」等については各製品添付文書をご参照ください。

(資料請求先) **ニプロ株式会社**

大阪市北区本庄西3丁目9番3号
<http://www.nipro.co.jp/>

医薬品についてのお問い合わせ (医薬品情報室)

☎ 0120-226-898 FAX 06-6375-0177

2018年10月作成(DK)



Novartis Pharma K.K.

新しい発想で医療に貢献します

ノバルティスのミッションは、より充実した、すこやかな毎日のために、新しい発想で医療に貢献することです。

イノベーションを推進することで、治療法が確立されていない疾患にも積極的に取り組み、新薬をより多くの患者さんにお届けします。

 **NOVARTIS**

ノバルティス ファーマ株式会社

<http://www.novartis.co.jp/>



抗悪性腫瘍剤 / キナーゼ阻害剤

スチバーガ錠[®] 40mg

Stivarga[®] tablets 40mg

レゴラフェニブ錠 薬価基準収載

劇薬、処方箋医薬品[※]

注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

効能・効果、用法・用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等につきましては製品添付文書をご参照ください。

弊社製品情報サイト

(<http://pharma-navi.bayer.jp/stivarga/>) をご参照ください

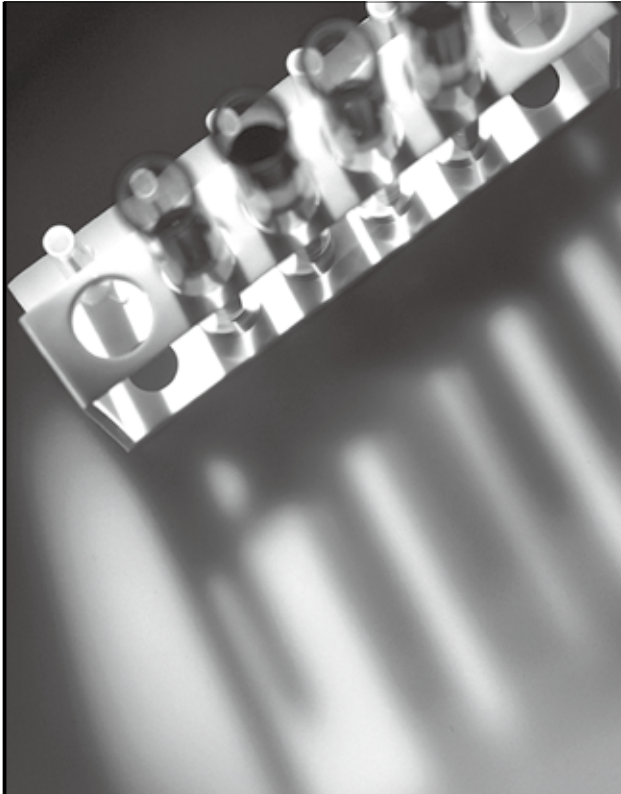


Bayer

資料請求先

バイエル薬品株式会社
大阪市北区梅田2-4-9 〒530-0001
<http://byl.bayer.co.jp/>

(2018年2月作成) L.JP.MKT.OH.02.2018.2860



生命科学の追究を基盤として、 世界の人々の健康で楽しい 生活づくりに貢献します。

ヤクルトは、腸内微生物、生体防御、老化制御
遺伝子工学や蛋白工学の基礎研究をもとに、
食品、化粧品および医薬品の素材スクリーニング
有用微生物の改良
天然有効成分の検索・改良
酵素の高純度化・加工
乳の有用成分の検索・改良
食品素材利用のための技術開発
有機合成等の研究を行い、
薬効・薬理作用の解明や安全性試験研究を
着実に進めています。

人も地球も健康に

Yakult

〈資料請求先〉 **株式会社ヤクルト本社**

〒104-0061 東京都中央区銀座7-16-21 銀座木挽ビル
TEL:03-5550-8984 (医薬学術部 くすり相談室)

2010年2月作成

医療の現場に最良の商品、最善のサービス、
最新の医療情報を提供させていただきます。
地域医療の向上に貢献させていただくよう
努力していきます。



医療機器一般

株式会社 大森器械店

📍 〒460-0012 愛知県名古屋市中区千代田五丁目17番13号

☎ 052-262-6677 🌐 <http://www.omori-medical.co.jp>

- 医療器具の販売 貸貸 修理 レンタル 設置 保管 -

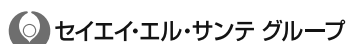
歴史に学び
今を考え
未来につなぐ

明治4年(1871年)の創業以来、
医療・介護・保健に関わる事業を営みながら、
いち早く予防医療・健康開発にも取り組むなど
常に先進の活動に努めてまいりました。
これからも、人のいのちに携わる企業として
社会的責任を果たしてまいります。

医療機器 福祉用具 健康開発機器

株式会社 八神製作所

〒460-8318 名古屋市中区千代田二丁目16番30号TEL. 052-251-6671 (代) www.yagami.co.jp



HORIBA
Medical

分析する医療へ — 全血 POCT の HORIBA メディカル
前処理不要な「全血」による検査をご提案します。

自動血球計数CRP測定装置
Yumizen H630 CRP

1台で血算+白血球5分類と
CRP測定を同時に実施可能。

CBC/DIFF 約50検体/時間
CBC+DIFF+CRP 約20検体/時間

製造販売届出番号: 26B3X0000220009
販売名: 自動血球計数 CRP 測定装置 Yumizen H630 CRP
一般医療機器 (クラスI)、特定保守管理医療機器



自動血球計数装置
Pentra XLR

36項目の検査パラメータ、
貧血の診断に役立つ網赤血球項目。

CBC/DIFF 約80検体/時間
網赤血球 約36検体/時間

製造販売届出番号: 26B3X0000220008
販売名: 自動血球計数装置 Pentra XLR
一般医療機器 (クラスI)、特定保守管理医療機器

株式会社 堀場製作所 医用営業部 TEL(075)313-5736 FAX(075)313-8177 <http://www.horiba.co.jp>

- 北海道 (011) 207-1800
- 東北[仙台] (022) 776-8251
- 東京 (03) 6206-4721
- 横浜 (045) 478-7017
- 名古屋 (052) 936-5781
- 大阪 (06) 6390-8011
- 四国 (087) 867-4800
- 広島 (082) 288-4433
- 九州 (092) 292-3593

健康寿命の延伸に 貢献していきたい。

大正製薬は、皆様の健康な暮らしの実現を目指しています。
代謝性疾患、炎症・免疫、感染症の領域を中心に、
さまざまなメディカルニーズにお応えしていきます。

皆様の信頼と期待をいただきながら
私たちは挑み続けます。



大正製薬株式会社

〒170-8633 東京都豊島区高田3-24-1
<https://www.taisho.co.jp/>

TSA421C 2019年4月作成



私たちは人びとの健康を高め
満ち足りた笑顔あふれる 社会づくりに貢献します。



大鵬薬品工業株式会社

TAIHO PHARMACEUTICAL CO., LTD.

<https://www.taiho.co.jp>

漢方医学と西洋医学の融合により 世界で類のない最高の医療提供に貢献します



自然と健康を科学する
漢方の **ツムラ**

<http://www.tsumura.co.jp/>

●お問い合わせは、お客様相談窓口まで。

【医療関係者の皆様】Tel.0120-329-970 【患者様・一般のお客様】Tel.0120-329-930

(2016年9月制作) OWCAb04K

これからの時代の
潮流が形づく
医療機器業界において
品質やサービスに
よって築く信頼関係、
人の和を尊重する企業風土。
私達はこれらの根幹のもと、
常に新しい世界を求めて
挑戦し続けております。

有限会社ムツダ商会
MUTSUDA SHOUKAI CO.,LTD



有限会社ムツダ商会

MUTSUDA SHOUKAI CO.,LTD

〒462-0845 名古屋市中区柳原4丁目5番16号

TEL:052-913-0591 FAX:052-913-0577

URL: <http://www.mutsuda-shoukai.com/>

【医療関連機材】

X線フィルム
CRシステム
デジタル画像ファイリングシステム
レーザーイメージャーシステム
CT
MRI
一般X線発生装置
フラットパネルディテクター

超音波診断装置
骨密度測定装置
フィルム自動現像機
電子内視鏡
窓口会計機
電子カルテ
生化学自動分析装置

【OA機器】

デジタルコピー複合機
IT通信機器
OAシステム機器
パソコン/周辺機器
プリンター
デジタルフォトプリントシステム
プレゼンテーション用機器

【カメラ周辺機器】

プロ用(デジタル・銀塩)カメラ
一般用(デジタル・銀塩)カメラ
レンズ
写真用品
各種フィルム
各種メディア

【その他のサービス・業務】

コピカミノルタヘルスケア製品の
保守メンテナンス
各種取り扱い機器の保守メンテナンス
医療用モニタ管理サービス
WEBサイトの制作・管理
医療コンサルタント業務
X線フィルムデジタル化サービス

日本 ACP 研究会 第 4 回年次大会
プログラム・抄録集

発行者：日本 ACP 研究会

代表世話人：三浦 久幸

国立研究開発法人 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 部長

編集責任者：會津 恵司

春日井市民病院 がん相談支援センター 部長

編集：日本 ACP 研究会 第 4 回年次大会事務局

〒486-8510 愛知県春日井市鷹来町1丁目1番地1

春日井市民病院 がん相談支援センター

TEL：0568-57-0684、FAX：0568-57-0067

E-mail：acp2019jimukyoku@hospital.kasugai.aichi.jp

令和元年 8 月 30 日発行



https://plaza.umin.ac.jp/z_renkei/acp_meeting4/index.html