

Sun. Jul 1, 2018

第1会場

シンポジウム

シンポジウム4

急性期医療から在宅へと安全に繋ぐ地域連携を考える

座長:三浦 稚郁子(公益社団法人 地域医療振興協会), 座長:中谷 茂子

(医療法人マックスシール 巽病院 看護副院長)

10:15 AM - 12:15 PM 第1会場 (5階 大ホール)

[S4-1] 救急医療に携わる立場から地域医療連携を考える

○寺地 沙緒里 (東海大学医学部付属病院)

[S4-2] 急性期医療から在宅へつなぐ地域連携～心不全ケアへの取り組みから～

○青木 芳幸 (JA長野厚生連 佐久総合病院 佐久医療センター 看護部)

[S4-3] 地域包括ケアシステムにおける家族支援

○加藤 智子 (聖隷浜松病院 救命救急センター ER)

[S4-4] 早期からかわる在宅復帰に向けた意思決定支援

○岩本 ゆり (楽患ナース株式会社 楽患ナース訪問看護ステーション)

シンポジウム

シンポジウム5

大規模災害時におけるクリティカルケア部門の管理体制

座長:佐々木 吉子(東京医科歯科大学 大学院保健衛生学研究科),

座長:寺師 榮(東洋医療専門学校 救急救命士科)

2:50 PM - 4:30 PM 第1会場 (5階 大ホール)

[S5-1] 大規模災害時における集中治療の継続～治療の継続と医療機器運用の限界～

○相嶋 一登 (横浜市立市民病院 臨床工学部)

[S5-2] 大規模災害時における放射線部門の管理体制を考える

○城 誠 (東京医科歯科大学医学部附属病院 放射線科)

[S5-3] 大規模災害時におけるクリティカルケア部門(手術室)の管理体制

○小池 伸享, 城田 智之, 町田 真弓, 阿部 絵美 (日本赤十字社 前橋赤十字病院 看護部)

[S5-4] 災害拠点病院のICU病棟における看護師の役割

○中村 香代 (独立行政法人国立病院機構 災害医療センター 9階ICU病棟)

[S5-5] クリティカルケア部門における災害リスクマネジメント

○小早川 義貴 (国立病院機構災害医療センター 災害医療部 福島復興支援室)

第3会場

シンポジウム

シンポジウム6

クリティカルケア領域における ACPの課題と可能性

座長:戸田 美和子(公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央

病院), 座長:正垣 淳子(神戸大学大学院 保健学研究科)

2:50 PM - 4:30 PM 第3会場 (2階 桃源)

[S6-1] クリティカル領域における ACPの意義と可能性

○高田 弥寿子 (国立循環器病研究センター 看護部)

[S6-2] アドバンス・ケア・プランニング 患者の意向を尊重したケアの実践のために

○木澤 義之 (神戸大学医学部附属病院 緩和支援診療科)

[S6-3] 救急患者の ACP／(代理)意思決定支援のあり方を考える ～看護の役割発揮に向けて～

○比田井 理恵 (千葉県救急医療センター 看護局)

シンポジウム

シンポジウム4

急性期医療から在宅へと安全に繋ぐ地域連携を考える

座長:三浦 稚郁子(公益社団法人 地域医療振興協会), 座長:中谷 茂子(医療法人マックスシール 巽病院 看護副院長)

Sun. Jul 1, 2018 10:15 AM - 12:15 PM 第1会場 (5階 大ホール)

[S4-1] 救急医療に携わる立場から地域医療連携を考える

○寺地 沙緒里 (東海大学医学部付属病院)

[S4-2] 急性期医療から在宅へつなぐ地域連携～心不全ケアへの取り組みから～

○青木 芳幸 (JA長野厚生連 佐久総合病院 佐久医療センター 看護部)

[S4-3] 地域包括ケアシステムにおける家族支援

○加藤 智子 (聖隷浜松病院 救命救急センター ER)

[S4-4] 早期からかかわる在宅復帰に向けた意思決定支援

○岩本 ゆり (楽患ナース株式会社 楽患ナース訪問看護ステーション)

(Sun. Jul 1, 2018 10:15 AM - 12:15 PM 第1会場)

[S4-1] 救急医療に携わる立場から地域医療連携を考える

○寺地 沙緒里（東海大学医学部付属病院）

2025年問題に向け厚生労働省の構想の一つとして、「地域医療の充実」と「病院と地域連携強化」が挙げられ、各都道府県では地域医療の運用について議論・対策が行われている。それぞれの病院が所属する都道府県の方針に則り、病院や地域でも具体的な取り組みが行われている。

日本看護協会からはこの2025年問題に立ち向かうべく、平成30年の診療報酬改定に向けた要望書を提出している。この内容としては「1. 効果的・効率的な医療の実現に資する看護機能の強化」と「2. 医療と介護をつなぐ看護機能の強化」、「3. 安全・安心な医療・看護提供体制の整備」、「4. 医療・介護提供体制を支える看護職員の労働環境の整備」が挙げられている。

高度救命救急センターからの地域連携を考えた場合、上記4項目中「1. 効果的・効率的な医療の実現に資する看護機能の強化」と「2. 医療と介護をつなぐ看護機能の強化」の小項目のなかのうち特に「高度急性期、急性期医療におけるケアの充実」と「専門性の高い看護師の地域における積極的な活用の推進」、「退院支援の取り組みの充実」、「入院中の認知機能やせん妄等の症状悪化を防ぐ取り組みの評価」が、急性期医療から患者がよりよい状態で、早期に地域の生活へ帰るために取り組まなければならない重点課題である。

この中でも救命救急センターの地域の中での役割は、A. 外来やERからの地域から医療への受け入れ窓口としての役割と、B. 集中治療・急性期治療管理後からの地域へ繋ぐことが挙げられる。平均在院日数の短縮に伴い、患者とその家族は「重篤な病」を抱えた状態で病院から地域へ帰宅することを与儀なくされる。患者・家族が帰宅後に抱える生活困窮の背景には、高齢化や、患者・家族背景の多様化（独居、老老介護、経済的な困窮、核家族化で家族の協力が得られない等）があり、私たち医療者には個々の生活に合わせた看護ケアと、病を抱えた状態で生活すること前提に地域での生活支援を考慮した医療の提供が求められている。さらに、地域で病と共に生活していた人の慢性疾患の増悪や症状悪化等により、再入院を余儀なくされるケースに対応することも少なくない。

このように、患者の望む人生の在り方や家族の望む患者の予後、それに応えられるための医療者間の連携など、様々な課題を抱えている現状がある。

今回は救急医療に携わる立場から、患者にとってより良い地域医療とは何かについて考えていきたい。

(Sun. Jul 1, 2018 10:15 AM - 12:15 PM 第1会場)

[S4-2] 急性期医療から在宅へつなぐ地域連携～心不全ケアへの取り組みから～

○青木 芳幸（JA長野厚生連 佐久総合病院 佐久医療センター 看護部）

現在、本邦の慢性心不全患者は100万人規模とされているが、類を見ないスピードで高齢化が進行しており、2025年には「心不全パンデミック」といわれる患者の急増が予測されている。さらに、有病率の上昇だけではなく、心不全患者は1年間で約30%が増悪により再入院する。増悪をきたした患者は救急搬送されることも多く、最初の受け皿となる救急や集中治療領域の負担も増加することが予測されている。本セッションでは心不全患者への支援を例に、増悪予防と地域における包括的支援の実現に向けた取り組みをもとに、急性期から在宅へつなぐ地域連携を考える。

本邦の心不全患者の特徴は、高齢で再入院率が高いこと。また再入院の誘因は治療・服薬に対するコンプライアンスの低下が最多を占める点があげられる。この様な背景から、退院後も疾病管理指導や病状モニタリングを継続し、増悪やアドヒアランスの低下を予防する目的で、2014年に心不全看護外来を開設した。また2015年から心不全患者の在宅訪問指導も開始し、退院後早期に介入することで増悪を未然に予防する取り組みにも力を入れている。

在宅へつなぐ地域連携においては、心不全患者を対象とした在宅チームとの連携を2015年から本格的に開始し、心不全ケアの勉強会の開催、在宅チームとの協働訪問など連携の地盤づくりを進めてきた。さらに再入院率の高い心不全患者が退院後も再入院することなく、それまでの生活を継続できるよう、当施設に限らず他施設の訪問看護ステーションとも協働で在宅訪問を積極的に行い、注意点やコンサルト基準を統一化し、同じ目標で支援することで、地域のケアの質向上にも努めている。また現在、当院の在宅チームとともに、強心薬が切れないことで入院が長期化している患者に対し、在宅でのカテコラミン持続投与を行いながらの外泊を支援する「お家に帰ろうプロジェクト～Heart Care～」にも着手している。このプロジェクトの目標は、現状では制度が追いついていない病院外での強心薬の投与を実現することで、病院で最期を迎えることが多かった心不全ステージD患者が、望んだ環境で治療・療養を継続することにある。

今後更なる高齢化社会の進行とともに心不全患者の急増が予測されるが、急性期医療を担う基幹病院と在宅医療とが連携し合い、急性期からの流れを途切れさせることなく在宅まで引き継ぐことで、患者や家族のニーズにも含めた柔軟性のある包括的支援が実現されると考える。また同時に、この体制の実現は救急医療の圧迫回避にもつながる。「心不全パンデミック」の到来が間近に迫った今、我々はそれぞれの立場外にも目を向け、急性期から在宅までをシームレスにつなぐ歩みを着実に進めなければならない。

(Sun. Jul 1, 2018 10:15 AM - 12:15 PM 第1会場)

[S4-3] 地域包括ケアシステムにおける家族支援

○加藤 智子（聖隷浜松病院 救命救急センター ER）

急性期病院において、在院日数が短縮化され、退院調整看護師の専従化が進み、在宅医療・療養の推進が強化されている。少子高齢化が進むわが国において、これからの保健医療体制の変化も予測されと考えられる。医療では、医療技術の進歩によって「治す医療」から「治し支える医療」へと進化している。近年では、地域包括ケアシステムのもと「医療は医療機関である病院、保健は地域」という従来の区分が成立しなくなっている現状である。医療・看護・介護・世話といったケアの境目も曖昧化し、さらにケアは専門職や家族だけが担うものでもなくなり、地域社会の人々が多様な形でケアし合うことが求められるようになってきた。このように人々は様々な場で、多様な医療・看護・介護・ケアを日常生活に組み込みながら生活する構造に変化している。そして人生の最終段階を様々な場所で迎えるようになってきている。高齢者だけでなく、小児の救命率の向上と共に在宅医療の推進によって、医療的ケアを抱えながら療養生活することが当然の時代になってきている。

このような時代の変化の中で、私達看護師は患者の安全・安心を支えるために「患者を含めた家族」を援助対象として看護実践し、関わる場面に多く遭遇する。看護は個人・家族・地域を対象とする事を前提としていることから、看護師には家族に対するケアも実践するという重要な使命があると考えられている。具体的には、家族の尊厳を守り関係性を構築することや、根拠に基づき健康問題を抱える患者を含めた家族をアセスメントし、必要な看護ケアを計画する。そして健康問題を有する家族員及びその家族に対して適切な看護ケアを提供することや医療チームと協力して家族を支援することなどを行っているのではないだろうか。現代の家族は多様な価値観を持ち、家族の構造、家族関係の質、家族生活の共同性の選択など様々である。私達看護師は、このような現代の家族の特性を理解し、家族の力をエンパワメントしていくことが重要なのではないかと考える。

シンポジウムでは、クリティカルケア領域から療養病床、そして地域への連携において、現代の多様な価値観や選択性をもつ家族へどのような支援が必要なのかを問い、困難な状況を少しでも減らして、患者を含む家族にとって安全・安心を支えるケアに焦点を当てて発言したいと考えている。

(Sun. Jul 1, 2018 10:15 AM - 12:15 PM 第1会場)

[S4-4] 早期からかかわる在宅復帰に向けた意思決定支援

○岩本 ゆり（楽患ナース株式会社 楽患ナース訪問看護ステーション）

急性期病院から患者を在宅に受け入れる際に、どうすれば、患者さんの意思に沿った連携ができるのか？在宅にかかわる医療者であれば多かれ少なかれ悩む事柄である。

人は病気になると、治療法や病院選び、療養環境の選択など様々な場面で重要な決断を迫られる。どの選択肢もメリットデメリットがあり、それ故、本人の納得が大事になる。医療者はその決断を支援するために、医療情報の提供だけでなく、今後の生活や生き方など、その人の価値観について一緒に考える支援が必要とされる。

しかし、世話をする方とされる方という関係の中で、「される方」は「する方」に、なかなか本音を語らない。その上、一般の人は確かな医療情報を取得することが時に困難であり、仮に情報があっても、自分にとっての解釈も困難だ。また、病気になって自分の体がこれからどうなっていくのか、どうやって生きていくのか、そういった、これまでなかなか向き合ってこなかった問題に向き合う時、自分ひとりでは抱えきれなくなる。

私たち楽患ナース訪問看護ステーションは、在宅緩和ケアを広めたいという思いから、東京都足立区で活動を始めて8年目に入った。その一方で私は、中立的な立場で患者の意思決定を支援する自費相談を行っている。2003年の開業以降のべ1,000件以上の相談経験を基に、患者が納得して意思決定していくプロセスを標準化したのでそれを紹介したい。

繰り返しゆっくりと患者と関わる事が出来る訪問看護は、患者の意思決定に深く関わる事が出来る職種である。入院早期から在宅復帰に向けた意思決定を行うためにはどのような支援が効果的なのか、プロセスを用いて実際の支援方法を紹介する。

シンポジウム

シンポジウム5

大規模災害時におけるクリティカルケア部門の管理体制

座長:佐々木 吉子(東京医科歯科大学 大学院保健衛生学研究科), 座長:寺師 榮(東洋医療専門学校 救急救命士科)

Sun. Jul 1, 2018 2:50 PM - 4:30 PM 第1会場 (5階 大ホール)

[S5-1] 大規模災害時における集中治療の継続～治療の継続と医療機器運用の限界～

○相嶋 一登 (横浜市立市民病院 臨床工学部)

[S5-2] 大規模災害時における放射線部門の管理体制を考える

○城 誠 (東京医科歯科大学医学部附属病院 放射線科)

[S5-3] 大規模災害時におけるクリティカルケア部門（手術室）の管理体制

○小池 伸享, 城田 智之, 町田 真弓, 阿部 絵美 (日本赤十字社前橋赤十字病院 看護部)

[S5-4] 災害拠点病院のICU病棟における看護師の役割

○中村 香代 (独立行政法人国立病院機構 災害医療センター 9階ICU病棟)

[S5-5] クリティカルケア部門における災害リスクマネジメント

○小早川 義貴 (国立病院機構災害医療センター 災害医療部 福島復興支援室)

(Sun. Jul 1, 2018 2:50 PM - 4:30 PM 第1会場)

[S5-1] 大規模災害時における集中治療の継続～治療の継続と医療機器運用の限界～

○相嶋 一登（横浜市立市民病院 臨床工学部）

【はじめに】集中治療部門は生命の危機に瀕した重症患者を、24時間を通じた濃密な観察のもとに、先進医療技術を駆使して集中的に治療する場所である。集中治療には多くの医療機器とそれを支える電気および医療ガス設備が必要である。一方で過去に発生した地震災害では、電気を始めとするライフラインの途絶が数日以上発生しており、集中治療継続に重大な影響が出ている。

【大規模災害がクリティカルケアに及ぼす影響】過去には地震による電柱の倒壊、発電所や変電所の自動停止、医療施設内の受電設備、配電設備の故障などが原因となり停電が発生している。集中治療部門では非常電源が設置されており、自家発電機の稼働によって電力供給が行われことになっているが、過去の災害では自家発電機が稼働しなかったり、稼働しても短時間で停止したケースが報告されている。阪神淡路大震災では、給排水管や高置水槽の破損により漏水が発生し、長期にわたって電気、水道が使用出来なかったという事例がある。このように、耐震化された建物では建物の倒壊は防げるが、建物内の破損が見られている。これに対して免震構造では建物内の設備や医療機器の破損は発生しておらず、建物構造によって被害が異なっていた。人工呼吸器の駆動には電源とともに医療ガスが必要である。人工呼吸器にはバッテリーが搭載されているが、集中治療で使用する人工呼吸器の場合は長くても60分程度しかもたない。また医療ガスの供給が途絶した場合には人工呼吸器の稼働は停止する。このような場合の代替手段としては徒手換気があるが、集中治療ではPEEPの負荷、一回換気量の制限、自発呼吸への同調性を考慮すると徒手換気の長時間実施は患者の状態を悪化させる可能性がある。血液透析の実施には大量の水道水およびRO水精製装置、個人用透析装置を稼働させるための多くの電力が必要となる。断水がある場合の血液透析実施は不可能である。持続腎代替療法では、水道水を必要としないため、電力のみで施行可能である。医療機器の転倒防止については、従来から様々な検討が行われている。耐震構造の建物で直下型地震を想定した場合にはキャスターロックを行わない方が良いとされているが、免震構造の建物での長周期地震動を想定した場合にはキャスターロックを行う方が良いとされており、これも建物構造によって対策が異なっている。大規模災害発生後はしばらく医療機器企業による修理対応が行えなくなることを考えると、施設の状態に応じた医療機器の損壊防止策を検討しておくことが必要である。【まとめ】大規模災害時における集中治療の継続には医療機器の稼働が必須であり、そのためには電気、水道、医療ガスの安定供給が必須となる。自施設の構造、設備を理解し、医療機器の損壊防止、医療機器使用不能時の代替手段を検討しておくことが必要である。

(Sun. Jul 1, 2018 2:50 PM - 4:30 PM 第1会場)

[S5-2] 大規模災害時における放射線部門の管理体制を考える

○城 誠（東京医科歯科大学医学部附属病院 放射線科）

災害時には、多数の傷病者が来院することで医療需要は急増する。その反面病院自体が損害を受けることにより事業活動は制限され、医療供給が急激に低下してしまう「需要と供給の極端なアンバランス」が生じることになる。被災を最小限にするための準備を行い、病院機能を維持し早期の診療再開を可能にすることが「今後必ず起こる災害」に向けた病院に求められる備えである。

東京医科歯科大学医学部附属病院は、災害発生時に傷病者の受け入れを行うと同時にDMATの派遣等を行う、区中央部の災害拠点病院である。災害時には災害対策本部を中心に初療～重症部門、病棟部門、中央診療部門が連携し病院の機能維持にあたらなければならない。所属している放射線部は中央診療部門に位置し放射線治療、CT/MRI、血管撮影などの検査・治療に従事している部署である。特に血管撮影室では心臓カテーテル検査や外傷性出血に対する塞栓術も行われており、非常時の対策を講じておくことは必須であると考えられる。

しかし当部署の現状としては、過去に行われた院内防災訓練への参加率も低く、資機材の整備もされていないなど災害対策への取り組みには消極的な印象が強い。また放射線部は医師、看護師、診療放射線技師、臨床工学技士と多職種が協働する部署であるため、災害時のイメージを共有することも容易ではなく、取り組むべき課題である。今回血管撮影室のアクションカードを改訂し運用を開始するまでに至ったが、病棟・手術室など一般的な知見が散見できる部署と比較し、放射線部という部門に関する参考文献が払底しているために実際の災害時に活用可能であるのか評価が困難である。

本シンポジウムで様々な立場の方と情報交換し、放射線分野における災害対策の示唆を得たいと思う。

(Sun. Jul 1, 2018 2:50 PM - 4:30 PM 第1会場)

[S5-3] 大規模災害時におけるクリティカルケア部門（手術室）の管理体制

○小池 伸享, 城田 智之, 町田 真弓, 阿部 絵美（日本赤十字社前橋赤十字病院 看護部）

東日本大震災後、病院危機管理として震災対策が重要な位置を占めている。震災では建物の倒壊や、ライフラインの破壊など多大な被害報告があり、現在の教訓として活かされている施設が多い。今後も想像の超えた震災被害が発生することが予測され、対策を講じる事が重要と考える。

大災害が起こった時に、被災地病院においてまず最も重要なことは、迅速な初動対応と被災者の受け入れ体制の確立である。中小規模の病院であれば、いかに業務を継続するか、business continuity planning（BCP）にのっとった体制準備が必要となり、大規模の災害拠点病院であれば、それに加えてDMAT（Disaster Medical Assistance Team：災害派遣医療チーム）の参集、当該地域の医療救護活動の統括までも視野に入れた備えが要求される。そのような状況下、手術室では通常の定期手術が実施されていることに加え、震災による緊急手術患者の受け入れ体制を確立するなど災害対応に切り替える事を要求される。また、手術室自体の継続、安全、人員確認など多大な対応が求められる。そのためには、様々な対応が講じられるための災害対応マニュアルと訓練を繰り返し行う事が必要とされる。マニュアルは災害発生後の被害状況やライフラインのチェックは誰がどのような手順でやるのか、指揮命令系統や連絡体制はどうなっているのか、職員はどのように動くのか、担当部署はどこなのか、必要な物資はどこにどのくらい保管して誰がどこに展開するのか、などが具体的・実務的に見やすく示されたものでなければならない。またそれに対応した訓練も同様に必須である。

今回のセッションでは大規模災害時における手術室の管理体制について日本手術医学会 手術医療の実践ガイドラインを参考に当施設の考察を行った。話題として提供させて頂き、皆様と多様な意見交換をさせて頂ける場としたいと考える。

(Sun. Jul 1, 2018 2:50 PM - 4:30 PM 第1会場)

[S5-4] 災害拠点病院のICU病棟における看護師の役割

○中村 香代（独立行政法人国立病院機構 災害医療センター 9階ICU病棟）

大規模災害時における多数傷病者発生時、災害拠点病院では、最大数の傷病者と共に重症者を収容する役割を担うことになる。災害が発生した直後には、病院機能の維持継続が可能かどうかをいち早く評価し、BCPを作動させる。通常モードから、災害対応モードに切り替えてスムーズに多数傷病者を受け入れることを可能とするためには、平時からの備えが重要であることはいまでもない。災害対策は、その時何が起こるのかについて過去の経験や報告からどれだけのことを想定して対応の準備をしておくことができるか、ということに鍵があると考えられ、クリティカルケアの実践と類似している。

災害拠点病院は平時には通常の病院機能を稼働して24時間、地域の医療を担っている。当院においても、救命救急センターを保有し高度急性期医療を担う役割を果たしておりICUは、ほぼ毎日が満床である。備えのために、災害訓練を実施することは重要であると認識しつつも、入院患者に影響を与えることなく実動訓練をするこ

とは大変困難であり、回数、スケールともになかなか拡大することができないというジレンマを抱えている。災害はこのような日常に、ある日突然やってくるということであり、訓練でさえも混乱する状況を目の当たりにするたびに、焦る気持ちでマニュアルの改訂を繰り返している。

当院では災害拠点病院として多数傷病者を受け入れるために、災害発生直後から赤、黄、緑、臨時ICUといったエリアを新規に立ち上げ、各部署から新設エリアに人員を配置させて傷病者の対応にあたる。新設部門で重症者の対応をするためには、日常的にクリティカルケア実践を行っているICUの看護師の配置が求められるため、ICU内に最小限のスタッフを残して新設部門へ出向くことになる。しかし、災害発生前から在室しているICU患者の管理に加え、重症な被災患者を受け入れるための空床確保のための調整、さらに新設部門で最低限の処置をしたただけの状態を受け入れなければならない不安定な状態の重症傷病者の管理など、日常以上の実践力を要求される状況となることを忘れてはならない。ICUが円滑に重症者の受け入れを行い、できるだけ早くかつ適切に状態の安定化をはかり、急変の可能性ができるだけ低い状態で後方病棟へ患者を送り出すという機能を果たすことで、多数傷病者受け入れ病院としての歯車を効率的に回すことができるのだと考えられる。

限られた人、限られた場所、限られたもの、限られた時間の中であって、限界を拓けるべく努力するための備えに取り組むには、できる限り「そのとき」の状態を想定内の事態として迎えられよう、あらゆる可能性について検討をしておくことが重要なのではないかと。そして、想定外の事態への対応を可能にするのは、日常的に80%の力で120%の成果を追究するような「余力のある最大の実践」の訓練なのではないかと考える。

(Sun. Jul 1, 2018 2:50 PM - 4:30 PM 第1会場)

[S5-5] クリティカルケア部門における災害リスクマネジメント

○小早川 義貴（国立病院機構災害医療センター 災害医療部 福島復興支援室）

一般にリスクはハザードによる影響の大きさとその発生確率で定義される。クリティカルケア部門において、災害によるリスクは他の因子によるリスクより高いのかどうか、まずは気になるところである。災害以外にもたくさんのリスクがあり、災害対応の優先度はどの程度なのか。またリスクマネジメントと書くとなんとなく医療安全室活動などのイメージがわいてくるが、あまり災害とは関係なさそうである。

仮にリスクが低いもしくは計算ができないといって準備をしなくてもよいのかどうか。否、クリティカルケア部門の関わる患者は通常重症度や緊急度が高い患者であるから、その場合においては予防的アプローチを張る必要がある。具体的にはどのようにするのか。

リスクの算定・評価ができたとして、次にリスクの回避や低減はどのように図るのか。地域や院内でのコミュニケーション、患者のケアキャパシティ確保、スタッフの確保など、津波や火災などさまざまなハザードが迫った時にどう対応するか。東日本大震災や熊本地震でも避難した病院がたくさんあった。新規の患者を受けないとしても、物資の供給をどうにかしてそのまま残ることはできなかったのか。病院避難によって最終的にリスクは低減されたのか。

これだけ災害のことを考えると、平時において個々の患者に適切なケアを提供できなくなるのは間違いない。PCPSの勉強をするほうが患者さんのためになる。そうだ、いっそ災害のことなど考えず、毎日の臨床をがんばろう。そのほうが全体のメリットは大きい。ところで全体のメリットってなんだろう。

発表当日までに以上のようなことを考えてみる予定です。どうぞよろしくお願いいたします。

シンポジウム

シンポジウム6

クリティカルケア領域における ACPの課題と可能性

座長:戸田 美和子(公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院), 座長:正垣 淳子(神戸大学大学院 保健学研究科)

Sun. Jul 1, 2018 2:50 PM - 4:30 PM 第3会場 (2階 桃源)

[S6-1] クリティカル領域における ACPの意義と可能性

○高田 弥寿子 (国立循環器病研究センター 看護部)

[S6-2] アドバンス・ケア・プランニング 患者の意向を尊重したケアの実践のために

○木澤 義之 (神戸大学医学部附属病院 緩和支援診療科)

[S6-3] 救急患者の ACP／（代理）意思決定支援のあり方を考える ～看護の役割発揮に向けて～

○比田井 理恵 (千葉県救急医療センター 看護局)

(Sun. Jul 1, 2018 2:50 PM - 4:30 PM 第3会場)

[S6-1] クリティカル領域における ACPの意義と可能性

○高田 弥寿子（国立循環器病研究センター 看護部）

質の高いエンドオブライフ・ケアは、患者の苦痛緩和を大事にする、患者の自律を尊重する、不要な延命を避ける、愛する人との関係性を深める、家族の負担を軽くするという5つの要素があると質的研究結果から明らかになっている。意思決定支援の観点からこの5つの要素を捉えた場合、患者の自律を尊重した意思決定支援は、患者の望む医療の実現、患者の苦痛緩和、不必要な延命治療を避けることにつながり、その結果、家族の負担を軽くすることになると考えられる。つまり、患者の自律性を尊重した意思決定支援は、質の高い終末期ケアの中核的要素であると考えられ、クリティカルケア領域においてもアドバンス・ケア・プランニング（以下 ACPとする）の推進が望まれる。ACPとは、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は患者の Quality of deathの実現に向けて様々なガイドラインや提言において推奨されている。特に、集中治療室における終末期医療の意思決定は、代理意思決定者が行うことが多く、治療選択に対する家族の苦悩が、家族のグリーフの過程に影響をもたらすことが明らかになっていることから ACPの推進は重要であると考えられる。

一方で、集中治療室に入室する患者は、治療による鎮静や意識レベルの低下により ACPが難しいケースが多い。また、近年、高齢化社会の到来により、集中治療により救命できた場合においても著しい身体機能の低下により、回復の見通しが予測できないケースも多い。このような症例では、患者の心身の脆弱性が高く、集中治療室における ACPが侵襲的になるリスクが高いため、医療者は、ACPのタイミングをいつにするか、どのように進めていけばよいか葛藤することも多い。そこで、本セッションでは、クリティカルケア領域で ACPを実施した事例を紹介し、クリティカル領域における ACPの意義と可能性について述べたいと思う。

(Sun. Jul 1, 2018 2:50 PM - 4:30 PM 第3会場)

[S6-2] アドバンス・ケア・プランニング 患者の意向を尊重したケアの実践のために

○木澤 義之（神戸大学医学部附属病院 緩和支援診療科）

アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning;以下 ACPと略）とは、「患者・家族・医療従事者の話し合いを通じて、患者の価値観を明らかにし、これからの治療・ケアの目標や選好を明確にするプロセスのこと」を指す。ACPは緩和ケアと終末期ケアの質を向上させるものとして、英国連邦を中心とした世界各国で注目され、その臨床実践が進んできている。これらのモデルでは、患者さんがどんな人生を生き、どんなことを大切にしているか、何を希望しているかを、患者―患者が信頼する本人の代わりとなる者（家族）―医療従事者があらかじめ話し合っ、診療録に残すというプロセスを重要視しており、患者・家族アウトカムを改善することが近年明らかとなってきている。（患者の希望が尊重した終末期医療が実践され、遺族の抑うつが減少する：Detering K.BMJ 2010）これらの取り組みは、クリティカルケアに従事する医療従事者によって行われていることも少なくない。

わが国でも、患者の意向を尊重した医療を実践するために ACPの普及が望まれており、厚生労働省の委託事業である「人生の最終段階における医療体制整備事業」が実施され、独自の ACPプログラムである E-FIELDプログラムに基づいた ACPの啓発普及がなされている。ACP実践の要点は、1）侵襲的でないコミュニケーションを心がけること、2）代理意思決定者をまず選定し、代理意思決定者とともに意思決定を進めること、3）アドバンス・ディレクティブや DNRなどの書類や決まりにとらわれず、患者の価値や決断の理由を探索すること、の3点である。本講演では同プログラムに基づいて ACPの基礎と実践を概説し、クリティカルケア領域での応用についても述べる。

(Sun. Jul 1, 2018 2:50 PM - 4:30 PM 第3会場)

[S6-3] 救急患者の ACP／（代理）意思決定支援のあり方を考える ～看護の役割発揮に向けて～

○比田井 理恵（千葉県救急医療センター 看護局）

少子超高齢多死社会への移行にともない、救急搬送される患者の病態も複数疾患を兼ね合わせるなど、より複雑で多診療科・多専門領域にまたがる状況が多く見られるようになった。元来救急医療の現場には、年齢や社会背景、疾病の発症／受傷状況などにおいて、多様な患者が有無を言わず搬送されてくる。その多くが突然生じた何らかの出来事をきっかけに、日常から非日常への生活を余儀なくされる。同時に、健康や身体の一部・機能、大切な人やものなどの何らかの喪失体験をともない、その先の人生や生き方の岐路になり得る重要な選択を求められる人も多い。そのような判断や決定を行う際に最も重要となるのが患者本人の意思であるのは言うまでもない。しかしながら、患者自身の意思表示が困難なことの多い救急医療の現場では、その選択の際に、患者の意思や考え方、希望に添えているのか、患者の生き方に適っているのかという点において、家族とともに話し合い模索していくことが求められるが、時間的猶予の不足などから十分に行えていないのが現状である。このような中で、少しでも患者の生き方や考え方を反映した医療につなげる一助となり得るのが Advance Care Planning（以後 ACP とする）である。

ACP は、心づもりの支援（清水, 2015）とも言われており、「自分がどのように生きていきたいか」や「こんな場合にはどのように考えるか」などの考えや思いを家族や友人、医療者などと話し合い、表したもので、Advance Directive（以後 AD とする）よりもプロセスの意味合いが強い。ACP や AD の目的は、終末期に至った時に「蘇生や積極的治療をする／しない」という判断や意思決定自体ではなく、生命が脅かされたときに、その人らしい、尊厳を大切にしたい生き方や死に方を導くことが本質といえる。このことから考えると、身体状況が変化する前だけでなく、変化後にもその人の考えや生き方を理解し、その状況における最善が何かを検討するための、心づもりをもとにした話し合いの時間やコミュニケーションが必要であり、それにより患者・家族・医療者の納得につながると考える。

今回 ACP の課題や可能性を考えるにあたり、がんで最期の治療にかけて入院したものの、予後宣告後に急変した事例、また外傷により寝たきりで生活をしていたが急変し搬送された事例、の経験をもとに、救急医療における ACP の有効性や課題とともに看護が果たす役割を検討していきたいと考えている。