

三浦：それはあります。はい。

清水：そこのところでアドバンスケアプランニングという、やっぱり相手の人生についてお話を伺うとかがあっていうところが。

鳥羽：あります。

清水：大事な。ありますでしょう。

三浦：入って来ます。はい。

清水：そのへんのところの物語と重ね合わせながら。

鳥羽：だから、ナラティブなところは、それがどういう意味を持ってだから大切だということとどこかででも知識として持ってもらわないと、心構えとして持つて。

：やっぱり・・・ですね。

：ちょっと僕の理解があれなのかもしれないけど、ナラティブっていうのは例えばいろんなコミュニケーションのコーチングだったり、セラピーだったりというもののうちの1つと置いていいんですかね。それ要は技術論なのか、それとも理念とか哲学みたいなものか。そういうのは僕、あの本読んでも分かんなかったですよ。それどっちなのと。

尾藤：両方。

：ですね。何か非常に教えにくいなと思ったんですね。もっとクリアカットだったのがコーチングのほうのがまだまだクリアカットっていうか、あれはもう完全に技術。

鳥羽：確立した技術であれば汎用性がありますけど、哲学というそれはインド哲学あり、どれでも好きな、ナラティブズはいらんとという話にもなってきますから。そのへんが確立した技術であるかっていうことをまず皆さんで判断いただく。

：たぶん物語を引き出すための技術としては、おそらく例えばコーチングの技術でも使えるだろうし、いろんなコミュニケーションの技術は使えるんです。だから、それをナラティブの少なくとも、ていう文脈でその技術も一緒にたにしていくと、ちょっと教えにくいかなって感じがしたんです。むしろもっと聞き出す技術っていうのを技術として例えばソーシャルワーカーとか、そういう人に教えてもらうほうがすっきりいくかなっていう。

鳥羽：で、結論としてはどういところ。文字に入れるか入れないか、入れるとしたらどの項目に入れるか。

尾藤：コミュニケーションの項目のところに対話におけるナラティブアプローチとして。

鳥羽：技術としていいですか、じゃあ。

尾藤：技術でいいと思いますけどね、私は。

：例えばそれは非常にこれについては重要で、実践以外じゃあロールプレイの段階になったら今度は純粋な技術。要は、知識としてはナラティブというのはこんなもので、こういうふうに語りて共有してみんなで物語を共用する。要は、こっちが言うんじゃないで向こうから聞き出すのが重要なんだよみたいな。

鳥羽：コミュニケーション、通常のコミュニケーションの中で対話技術というものがあって、その中でナラティブがということによろしいですか。

宮下：今、私、看護教育に携わっていて看護師さんある程度ターゲットにしてると思うんですけど、看護教育の中では、おそらく今議論されているのはナラティブというのは、僕らはアセスメントと言いますね。最初その人を全人的にアセスメントする。僕は、ガンの緩和ケアが中心ですけど、おそらく老年看護などの分野では、よけいにガンだとしても病気を見ちゃうところがあるんですけど、高齢者に対してはその人の全体像を捉えましょう、今まで生きてきた生き方、価値観、そういうのも含めて全体像をアセスメントしましょうというふうに、一番最初に確か診断として最初にその全体像を捉えましょうとアセスメントをして、それをもとにいろいろなアドバイスをしていったりすると思います。ですから、今の分類の中では技術に入る。引き出す技術という意味で技術に入ることは納得がいきますけれども、アセスメント、その人の全体を捉えるということからスタートするんじゃないかなと思うんですけど、どうでしょうか。

：いいですか、私。概論的なところでそれが何か必要なのかということを押さえてもらって、技術的にはコミュニケーションのところにしてもらえれば。

鳥羽：インテークという言葉とは違うんですね。アセスメントという、医学用語だと評価というふうに訳して客観的な評価と自覚的な評価と2つあるので、それは確かナラティブが自覚的なものというふうになってしまうけど、それだいたいちょっと違うんじゃないですかね、イメージが。

尾藤：実は、私エンドオブライフディシジョンメイキングにおけるナラティブが一番問題になってるのは、病院のナラティブがおかしなことになっているというのが一番問題で、実は患者のナラティブはちゃんとしてるんです。だけど、病院のナラティブが機械ピコピコ何か管ピュンピュンとか、何かもう見てないとか血圧下がるとはらはらみたいな、そんな中で物事が進んで行くので患者がおかしなことになっている。だから、そこの病院側のナラティブをそこでどこまでさらけ出して、おまへのナラティブおかしっていうふう書き換えていくっていうことが、たぶん相談員としては重要なことだと思うんです。医者におまえそんなピコピコ何か心電図見て楽しいかとか言って。

鳥羽：ちょっと、ちょっと。ナラティブというのは、ちょっと日本語に直していただけます？まず。

尾藤：まあ物語ですね。

鳥羽：物語ね。

尾藤：だから、医者が患者をケアしているときにすごい一生懸命な物語が医者の中に流れてるんです。

：医者のか治療するっていうか患者に接するときの文脈みたいな。

尾藤：そうなんです。

：こうじゃなきゃ何が・・・

尾藤：管抜かれたらどうしようとか転んだらどうしようみたいな、そんな転んだっていいじゃんって、管抜いたって。

：これじゃ遅刻するの当たり前でしょうみたいなやつでしょ。

尾藤：そういうことをそこでやるのがナラティブっていうのが、私が理解してるナラティブ。

清水：ナラティブっていうのは広いです。世界でナラティブっていったら、科学だって1つのナラティブですから。

尾藤：そう。完全にナラティブ。

三浦：一応、事務局側で用意させていただいた資料の14ページの左上なんですけど、これは西川先生のちょっと前からつくってくれてるんですが、ナラティブという言葉を使わずに過去から現在までライフレビューって。現在は今の気持ちをキャッチするとかいう。これちょっとふわっとした表現にはなってますけど、こういうイメージとも違うんですよね、先生方言われるナラティブというのは。

清水：ですから、ここではこの範囲だけにしようとかってしたほうが良いような気がします。何だってナラティブになっちゃいますから。

尾藤：そうですね。はい。いや、相談員がぼんって来て、ちょっと寄り添い、ちょっとみんなで話しましょうよっていったときに「心電図ピコピコついてるんですけど、これ何ですかね」みたいな、そういう話です。

鳥羽：今いろいろお聞きして、相当詳しい人たちの間でも相当意見の違いがあると。もし私が相談員だったら、途方に暮れてまとめることはできないと感じました。

尾藤：すみません。

清水：たぶん医師の側とかケアをする側のナラティブっていう言い方まで入れると、それはおっしゃるとおりなんだけれども、たぶん分かりにくくなるから患者さんの人生の物語ぐらいのところについて使うぐらいにしたいほうが良いんじゃないでしょうかね。あるいは、あと医療者の側がそういうところに目が行ってしまうというのは、ナラティブの話なんだけれど、そういう言葉使わないで別の言い方で一応するとか、そのほうが皆さん分かりやすいんじゃないかと思えますけど。

鳥羽：ストーリーというのは、箇条書きにされたものではなくて句読点で結ばれたようなものを物語というわけ。

：はいはい。

：そうです、そうです。

鳥羽：私が得意な機能評価のように生活歴、趣味とか学歴とか一番の興味のあったこととか、そういう要素別に話を聞くやり方とは逆の方向で。

尾藤：はい。山で育っている人に川は登場しないっていう。

鳥羽：だから、医療関係者の思考法と全く逆な方向を取り出されているわけですね。

尾藤：全く逆、全く逆です。

：そうです。

鳥羽：ということだそうです。

三浦：はい、分かりました。さすが先生、支援員のリーダーですね。分かりました。

鳥羽：だから、評価というどうしても評価基準とか、そういうものから引き出すので一定の枠で引き出すものに対しての全体像の捉え方がちよっと違う。

尾藤：実はそうなんです。患者さんの面は、浮気している愛人との関係性をどうしていかってというのが一番だったりすることがあるんです。あとのことどうだっていいみたいなこと。もうとにかくヨシエとどうするかみたいな。

：それで頭がいっぱい。

尾藤：そう。頭がいっぱいなんです。そういう感じ。

鳥羽：まあそれをどういうふうに関係性が重み付けして何とにかするかっていうこととかは、質的なものをどうやって量的に変換するかって難しい。学問の領域もありますし、ちょっと置いておいて、とりあえずじゃあ通常のコミュニケーションの中で本人の物語、人生の物語を聞き取る技術としてナラティブ何とにかっていうのを、というようなことを入れとくといいですか。

尾藤：はい。価値ですかね。

：看護の人たちはナラティブという言葉あんまり使いませんね。アセスメントっていう言葉で評価になっちゃうというのは、僕も医師と顔出して別の研究班にも言われたことがあるんですが、何て言うんですかね、取るときに価値観とか今まで大切にしてきたこと、価値観、信条みたいなことを聞くので、それは先生、そういうふうなこと今ぱっとおっしゃられた。それに近いとは思いますが。

鳥羽：医者はカタカナ使わないんです。機能評価って言うんです。看護師さんはアセスメントってカタカナ使う。

：栄養系の人とかもいますね。栄養系の人たちも最初に要するに全体像を見ることをアセスメント。

：そういった時点でその人に枠組みだからね。

尾藤：そうそうそう、そうなんです。

：価値観とか信条に近いところだとは思いますが。何を大切に生きてきたかという。これから生きていくつもりか。

鳥羽：MSWの人は、ところでこのソーシャルワーカーの人はナラティブという言葉はもう一般的？

：いや、そこまで一般的でないけど、でも、固有の物語を聞いていくっていうことは基本的な考えなので。

鳥羽：対象であるのは看護師さんかMSWの場合に、その人たちが使い慣れない用語を入れとくと、それを解説しなきゃいけないので、今回の私も理解が低いんですけど、もうちょっと時間をかけてそこだけで説明することが大変。

尾藤：すみません。12時間でやるモジュールですからね。

鳥羽：え、え？

尾藤：12時間のモジュールですね。12時間でやれる範囲でないよ。

：その中の固有の物語とか、さっきおっしゃった価値観とかそういう言葉のほうが分かりやすいと思います。

鳥羽：ですから、ロールプレイとかそういうところで実際に引き出すところを見て、これは実は専門用語でこういうような技術ですっていうような用語解説。こうしてあげて理解を深めるといところでどうでしょうか。

尾藤：はい。

鳥羽：そうじゃないと、いきなり言っても知らんのよっていうことになるよ、かわいそうかもしれない。看護の世界では、あんまりあれじゃな

いんですね、一般的じゃないんです。

：ナラティブという言葉は、私はそれほど一般的ではなく、要するに数値に対して数値を量的研究って言葉にみたいになると・・・することはある。研究の世界ではあります、看護で。

鳥羽：私も質的研究と量的研究のほうでのナラティブというふうにはか実は理解してないんです。

：でも、もうちょっと何かちょっとねじれの位置とか何か概念だなんて僕は思ったんです。

尾藤：ごめんなさい。すいませんでした。ちょっと混乱させて。一番実は医療にナラティブが輸入されたときにちょっと間違っただけの輸入のされ方をしているっていうのが私の認識で、裁判とかああいうところのほうでナラティブ、協定とかああいうところのほうで、要するに離婚裁判とか。

鳥羽：そんな混乱に拍車をかけるような。

尾藤：ごめんなさい。

鳥羽：相談員。実は輸入されたときに間違っただけ。

尾藤：ざっくり。あんまり何ていうか、深みにはまらずに。

鳥羽：分かりました。じゃあちょっとそのへんで。

尾藤：ロールプレイで、あ、こういう感じ。

鳥羽：ロールプレイということじゃちょっと。

：ちょっといいですか。看護師、ちょっとソーシャルワーカーとかもありますけど、看護師として、ものは看護行為はほとんどがもともとナラティブなんです。ICUとかオペ室とかいうところじゃなければ、ほとんどの看護行為とか看護に対する指導やアドバイスというのは、ほとんどナラティブなので、おそらくその言葉を重視しないのだと思う。当たり前のように、もうそういうことに。

鳥羽：なるほど。そういうことかもしんないですね。

尾藤：そうかもしんない。

鳥羽：じゃあ一応ロールプレイの中で、こういう特に相談のときにはこういう物語をこうやってあんまり妨げないで上手に引き出して聞くのがコミュニケーションの技術の1つだと。それをナラティブ何とかというふうに言いますというようなことでいいですか、今回は。

：はい。

鳥羽：よろしいですか。はい。じゃあその次のことをどうぞ。

：ちょっとよろしいですか。

鳥羽：はい、どうぞ。

：オブザーバーさせていただきます。よろしくお願ひします。このプログラム当初使うのは、たぶんモデル医療機関で使うのであまり必要ないと思います。それから、相談員の教育なので、ちょっと違うかなとは思いますが、この人たちがこれから広がることを考えると、病院の中でどういう立ち位置になるのか。主治医との関係はどういうふうになっているのかとか、あるいは患者を支援するためにどういう組織があると望ましいのかみたいな、一般、あまり経験のない病院でこのプログラムを導入するときの何かの組織、そこも少し何かあったほうがいいんじゃないかという気がしますので。これは研修の中身になるのか。知識としてどっかテキストに載っけときゃいいのかという話はあるかなとは思いますが、

尾藤：倫理相談チームを何か3、4人で人数でつくってもらいたいという現実できないような気がします。たぶんMSWの医療士相談室とかに1人だけそういう人がいても難しいんじゃないかな。あと依頼も来ないし。どうですかね。

鳥羽：ただ、大きな病院ばかりじゃないですからね。

尾藤：はい。

鳥羽：3人もそんな人を置いて赤字になっちゃう。

尾藤：ああ、そういうことですね。いや、講習を受けるのはその人だけで。

鳥羽：あ、なるほど。

尾藤：そのほかに看護、例えばMSWが講習を受けてきた。その中で看護師と医師と事務屋、維持課の職員で一応倫理相談という。

鳥羽：NSTのような形ですね。

尾藤：そういうことですね。そういうのをつくって、NSTみたいにここに依頼してみたいな感じが何か健全かな。

西川：そうですね。関連して発言してよいですか。

鳥羽：どうぞ。

西川：発言してもらっていいですか。横江さん、いいですか。うちのチームでガンと非ガンの緩和ケアを2年間やってきたわけですけど、結構倫理的問題の絡んだ依頼も多くて、中心になってくれているのはナースです。今の話題につながるといいます。どんな経験があるかを話してもらっていいですか。

鳥羽：どういう、病院の中でどういうあり方がいいかという議論の中でどうぞ

横江：私は今、ここの病院で正直点数が取れないのに専従で置いていただけるんですけど、やっぱり病院で上の人の考え方によって、結局その人がいくら研修を受けていても看護師ってなかなか病院の7対1取るときに1カウントされちゃうので、その部署に置いてもらえないと活動ができないんです。なかなかです。なので、そういう体制をつくってもらって、研修を受ける段階で体制をつくってくれるって約束してくれる病院にするのか、もしくは帰ったときにこういう体制をつくりましょうという枠組みみたいなものをつけておくのか、どちらかが必要です。

鳥羽：それはなかなか大切なこと。だから、この研修を受けさせるにあたって保険点数に修正される人でですね。病院長の名前でこれらの人が活動できるユニット、名称は各病院いいと思いますけど、それを設けるということに合意する医療機関は研修者派遣していただきたいというような、病院長のとこの文書に潜ませておけば、最初はいいかもしれないですね。そうじゃないと確かに保険点数が取れないものに関しては、相当厳しいと思います。うちは政策医療機関ですから、エンドオブライフケアチームを置けますけど。

横江：エルネックで言う看護師向けの教育プログラムでは、病院長名だったか看護部長名だったか忘れましたが、とにかく病院の名前で推薦

状を書いてもらって、これこれ今後は病院で教育に携わらせませすというふうな形の推薦状を形式的にでも出してもらってはいます。

：帰ったときにこんな組織の例があるんですよって院長に。こんな組織をつくってる例があるので、こういうのでうちでつくってみませんかと言えるような題材をここに載せてあげたらどうかという。

鳥羽：ですから、確かにあったように NST のように EOL チームというものを多職種で形成した場合に、その病院に何とかの点数をつけるというようなことにすれば、もういきなりチームができてしまうわけで、その中でいいということはありませんけど。どうですか。

西川：それに関してですが、うちの EOL ケアチームは、がんの緩和ケアチームを、疾患を限定しないように、対象を広げたわけですけれど、意思決定支援のニーズが増えてきたことを日常の臨床から感じています。ただ、一方で緩和ケアチーム自体がどこの病院でも持てるわけではないので、さっきの倫理チームも 1 つの形だと思えますし、緩和ケアチームに倫理的な判断の機能を付加するというのはあると思えます。ほかにもっと多様な形を許容しないと広がらないのかなと感じています。

鳥羽：具体的にどうしたらいい？

西川：実際に緩和ケア、例えば意思決定でも簡単な場合と難しい場合、ステップ 1、ステップ 2 に分けていいのかわからないですけど、ステップ 2 ぐらいの意思決定、本当に今まさに目の前で死にそうで、すごく複雑な問題を抱えていて、症状も苦しくてっていう場面には、やはり緩和ケアチームと倫理チームと一緒に、またそれがセットになったチームでもいいんですけど、関わらないと解決できない問題があります。関わっても解決できない問題も多い。だから、倫理チームは緩和ケアチームと一緒にあるとステップ 2 とか、そうではなくて基本的な倫理的な判断だけをすればいいのはステップ 1 のチームとか、ちょっとうまく表現できていませんが、役割分担はあると思えます。

：ちょっと思うんですけど、実際モデル事業でやるときって要はたぶんライフスレッドニングである人たちを対象にして全介入みたいなものにするんですか。

鳥羽：そうで、そうです。

：としたら、まずそれもアイデンティフィケーション、それをつくらないといけなくて、そしたらじゃあどこに紹介するというのも決めざるを得ないと思うんです。ユニットが必要で。

鳥羽：まず看護部ですね。それ患者さんの選択にあたるのは。

：病院によるのかなとは思いますが。

後藤：確かに今回プログラムと受け入れたい、活動体制というんですか、それもちょっとやっぱりセットで考えていただきたいなど。研修に入るかどうかはちょっとあれなんですけど。

尾藤：たぶんクライアントはまず誰なのかという。

：それ難しいです。

尾藤：クライアントって患者自身というよりは患者ケアに困っている医療チームなのか患者自身、患者っていうか患者及び家族が直接クライアントとして来るのか。そのへんでも難し過ぎるね。

鳥羽：実際にどうですか。非ガンでどういう相談受けるどういう人が対象がどういう。

西川：今言われたケースの全部のケースがあると思うんです。

鳥羽：数から言うとどういう・・・

西川：やっぱりうちの場合は緩和チーム・・・、やっぱり医師や看護師からが多いんですけども、チーム情報を聞きつけた人たちから電話相談が来ることも多いね、横江さん。

：もう 1 つ質問なんですけど、国はボランティアなものを求めているんですか、それとも全例介入したいんですか。そういう仕組みだけつくればいいのか、全例介入することをモデル事業としてしたいのか。

後藤：全例介入っていうのは？

：ただ、全例介入しても最初は皆さんに。話しやすいと思います、全例のほうが。皆さんこういうある厳しい病状になられた方皆さんにお話してるんですっていうふうに話すの、実は話しやすく、あなたは選ばれた人でこの話をされてるっていうのは、やっぱり伝わっていくので。だから、モデルとして皆さんに伝えるっていうほうがたぶん話し出すのはすごく楽なんです。実は、皆さんにこういうお話をさせていただいてるんですけども、今後のことについて話。

三浦：ここでの入院患者で前に総合評価で簡単なアンケートを取ったことがあって、入院患者全員に。意思決定能力ない人ももともといるので。ただ、3 割ぐらいは自分の最期のときに自分の思いを残したいかっていう項目があって、30 パーセントぐらいの方はイエスにチェックしたんですけど、そのほかの人やっぱりチェックしないので、そういう人までやっぱり介入するわけにいかないので、希望のある方には介入して始めていいと思うんですけど、そういう希望のある方に対する全例介入ということになるのではないかなと思いますけど。

：そうですね。何かそういうツールをつくって全例介入というほうが何かモデル事業としてはすっきりする。

三浦：イメージ的には、もともとオーストラリアのオースチン病院っていうところ、アドバンスケアプランニングでエビデンス出してたんで、その組織ちょっとイメージしてたんですけども、そこではソーシャルワーカーもナースの経験者も医者も含めて 7、8。

：アドバンスケアプランニング・・・つくるっていうことですね。

三浦：そうです。リスペクティングチョイスという、そういうチームをつくってそのチームが要求があるごとに。ナラティブもそれこそさっきの語りも含めて残していくっていう、そういうイメージがあったんですね。

鳥羽：おそらく死の・・・とかいう形の全例のチェックをするようにするとすると、そこの中身の濃い相談はできないですね、当たり前ですけど。だって高齢者の多いところだったら、ものすごいたくさん死んでいきから。

：最初は大変だと今おっしゃいますように。最初は大変だと思います。

鳥羽：相談員の数だって山ほどいるし。

：そうです。

：国民の気運を高めるのであれば、ある程度広くしないと限られた選ばれた人にだけ深くっていうよりは、皆さんにそういうあなたはどうか

生きたいですかってシートを書くみたいな中のほうがいい気はします。

三浦：それは欧米ではやってることなので。

鳥羽：質と量の両面と、いつからやってるかって。

：やってらっしゃるんですね。

三浦：ええ。そこまでやるかですね。

尾藤：ちょっとそれはかなり長い選択。

：長い選択の話。

尾藤：モデル事業としてとりあえずどういうとこまで始めるかっていう。

鳥羽：モデル事業はもう1年目やって、その次増やすんですよ。モデル事業増やしてさらによやくその次に制度へ行きますって。

後藤：まあ制度をどうするかっていうことですね。

鳥羽：まあだから、3、4年先の話なんです、乗るのは。だから、まずは質を担保して相談員が相談するってことが医療関係者に患者さんがどうか、本人、家族にも良かったねという評価がないと、これはバツバツです。

：モデル事業の現実問題を考えると、今結構な病院が実はもう初期から全例介入、ソーシャルワーカーと退院支援ナース、入院時から介入するっていう試み、結構。

鳥羽：ああ、そうなんですか。

：例えば北里もそうですし、東海もそうです。いや、もう全例です。入院前からです。これもう入院困難そうだなと思った途端にもう介入が始まるんです、入院前から。

鳥羽：退院支援のことなんですか。

：入退院支援。

鳥羽：ああ、それは分かりますけど、

：あるとすると、おそらく要はADL障害出るだろうと予想されることとなると、この人たちはそこで引っかかるはず、必ず。

鳥羽：ああ、言っている意味分かりますけど。

：あらかじめ行うACPでなければ、これだとさっきの全例介入、チームをつくってというのは、やり方としては。

三浦：ちょっと介入っていうまではどうかな。要は介入されたくない人もいるはずなんで、意見を聞かれたくない人。その人に介入できないので。

：そうです。まあそうです。そのところに例えばあることを入れてしまうとか。

三浦：希望を聞くのは、前段階で希望を聞くのはいいと思うんですけど。

：そうです、そうです、そうです。そういうことです。

三浦：介入してほしい人に介入するっていう。

：そうです、そうです。

：イメージがつかないんですけど、ちょっと教えてください。介入なりスクリーニングなのかもしれませんが、いつどの病気の患者さんって考えられ、想定されてるんですか、入院時。

西川：いつ、どの病気かっていうこともあるし、介入する内容とか、量とか、そういう問題もあると思うんです。非常にヘビーな内容に介入していくのだったら、もう絶対全例介入ではマンパワーが足りないことは明らかなので、それこそアンケートを配るとかスクリーニングするとか、そういうことだとできるかもしれない。結局いろんなニーズがあって、そのニーズがあるところにだけ相談員が働きかけるとしても、結局相当な数の相談員が増えていかないと、全てのニーズに対応することは、きっとできない。

：いや、どうかな。僕思うに、在宅に帰すっていうことを1つ考えても、実はニーズ自体が把握をする仕組み、院内にはないイメージですよ。一番難しいのは、実はどの患者さんがニーズを持っていて、そうしたいと思ってるかの把握が今できないんです。

：僕、全く同じ質問を。

鳥羽：モデル決まっているんですか。

後藤：決まってません。

鳥羽：決まってない。

：聞いたことがあって、院内全体に行くには、そういうワークロードの負担をどういうふうに解決したんだっていう質問したことがあるんです。それで教えてくれたのは、まず1つの診療科からスタートすることが。全例介入がいいってやっぱり言われました。そうするとシステムができるので。最初の2年ぐらいすごい忙しいけど、そのあとは一定のワークロードになるので、それほどの人の負担はかからなくなるっていうふうに言われて頑張れ、日本で頑張れって言われましたけど、でも。まあ、だから、最初の導入は大変だと思うんですけど、たぶん1診療科とか1疾患にスペシフィックに決めて全介入するのがモデル事業としては適切なんじゃないかなというふうに個人的には思う。

：やりやすいと思う。

鳥羽：どこでやるかですね、病院。これから眼科とか除いて、14科ぐらいじゃないと7対1外されるので、まず大学病院はできないです、これ。

：もう1つよく言われたのは透析のクリニックでやるのいいと言いました。

鳥羽：ですから、大学病院で10日間の間にこういう人を見つけて、その中で最後までよくいったかなんて分からないです。転院しちゃいますからね。在宅のほうまで追っかけて行ってやるのかということになると、相談員の継続性の問題になってくるわけですよ。一定のところから介入して亡くなるまでしっかりとフォローできるシステムがあって初めて相談員の人がご家族と本人が良かったかという、ここから先の物語と前の物語つながるわけですね。最後のこれで「はい、おしまい」までないと、だめなわけでしょう。それはグリーンケアの人はもっと先ですけど。ですから、そうなるはず大学病院はまずバツバツでしょうね。だから、それじゃあ療養型とか老健とか、そういうとこだったら、今度は質の問題になってくるしお金がない。だから、やるところが非常に困りますね、現実的に。

木澤：今、僕途中で発言したんですけど、米国の研究者に言われたのは透析と COPD を見ているクリニックがいいってよく言われているようです。透析患者さんはディスアビリティはあるんだけど、わりとしっかりしてないと通院の透析って行けないので。周りがどんどん亡くなっていくんですね。心筋梗塞とか脳梗塞で亡くなっていくので死とも直面する、要は歯の歯が抜けていくように自分の同僚の患者さんがいなくなっていくことを体験しているの、わりとエンドオブライフと直面しやすいとされていて、このような理由からよく研究対象として使われているようです。

鳥羽：慢性でちゃんと見れるっていう点では、非常にいいフィールドです。

：ただ、長いんです。

鳥羽：あるどこから、死期が迫った時期から相談して、モデル事業の間に例えば6カ月の間に死ぬところまで一定のものを終えて何とかっていう成果をこの相談員の方のところで得るとするとかなり困難性が。いつ亡くなるか分からないですもんね。

：厳しい。COPD のほうがいいかもしんないです。まだ、まだ短いから。

：だから、何か国としてはどういう活躍してもらいたいと思ってるかということなんです。

後藤：先生方に今お話いただいているようなことで正直本当まだ固まってないところで。

鳥羽：でも、この班はプログラムづくりだけなんですよ。

三浦：先生、研修があります。先生。

鳥羽：分かっていますよ。

三浦：先生、我々もそう思ってたんですけど、これが研修を実際に実施する。

後藤：やっていただく。

鳥羽：え

三浦：来年度ですね。

鳥羽：来年度。今年じゃないでしょ。

三浦：今年じゃないです。今年じゃないです。

鳥羽：今年の3月までは、プログラムをつくれればいいので、それはちょっとプログラムを、プログラムがコンプリートになったあとに議題にしますから、ちょっとお待ちください。

三浦：今年ってもう3月、はい。

鳥羽：プログラムはとりあえず得てから来年度の事業。

後藤：ただ、すいません。これはあくまでも来年のモデル事業で使うプログラムになりますので、そのモデル事業をどういうふうにするかっていうこともやっぱりイメージしていただきたいと思っています。そして、来年のモデル事業、ちょっとお金の話で恐縮なんですけど、予算枠としては1医療機関いくらかけるだいたい10カ所プラス、引き続き長寿でのプログラムのモデル事業の進捗管理と評価ってところを来年度お願いしたいっていうふうにも思ってますので、できれば先生方には来年度も引き続きモデル事業をやった、どう評価するかっていうところとあとのプログラムの評価ということ・・・

尾藤：念頭に置く、念頭に置いて。今のところ。

：聞いていいですか。それって小さくできないんですか。というのは、10カ所でやるって相当大変です。

尾藤：相当大変。

：3とか4になればなるほど絶対介入・・・

鳥羽：ちょっとすいませんけど、今日の順番で研究計画の検討。そのあと今後の役割について。時間もないので、ちょっととりあえずじゃあプログラムは、この骨子でもうほかにご発言ないですか。

尾藤：細かいこと1個だけ。

鳥羽：はい、どうぞ。

尾藤：DNAR についての何か相談のモジュール。

西川：それだけ単独のモジュールですか。

尾藤：そうですね。もうとにかく病院によってはもう全員に、ほぼ全員にその話しないとイケないの。

：そうですね。しかもひどい方法で行われてますから。

尾藤：はい。もうすごいひどいんです、DNAR の対話が。

：本当すごいです。

尾藤：もう何かいじめ？っていう感じなんで。

西川：差し迫った問題ですから、それは。

三浦：これそうですね、先生言われた。

鳥羽：決定支援のときに決定すべき選択肢っていうのは、何があるかっていうことを説明するわけですね。胃ろうも含めて人工呼吸器も。

尾藤：そこはまた大きいあれなんですけど、DNAR ってもっと特殊なものなんです。だけど、もう何かすごいひどいことになってるんで。

三浦：これ主語がドクターになってるんです。医者になってるんです。で、主客転倒してるんですね、現場が。

鳥羽：ああ、そうなの？

三浦：ええ。

尾藤：何とかこれやっぱりちょっと状況良くしたい。

西川：そこがひどいからですね。

尾藤：ひどいです。

鳥羽：分かりました。それはどこに入れるんですか。場所は1から10……

尾藤：これは意思決定支援なんでしょうね。

西川：意思決定支援の中の特論みたいな感じですか。

尾藤：特論、特論。

西川：そういうイメージですね。

：ロールプレイの中に入れるんですよ。

尾藤：はいはい。

鳥羽：ロールプレイですか、それ。

尾藤：はい。医者がひどいことをやってるときに。

鳥羽：でも、知識として意思決定支援というか意思を選ぶのは、いろいろな選択肢があるわけですよね、医療行為にしる。そういう中にどういうことを選ぶものがあるかっていうことは知識で知っておかなきゃいけないので。

：そうですね。

鳥羽：その意思決定のための選択肢の中にはあってもいいわけですね。

尾藤：はいはい。

鳥羽：じゃあそういう項目を入れていただいて、ロールプレイで。ほかにどうぞ。

清水：たぶん今の話の DNAR は、この意識調査がありますよね。いくつか用意されてる。あの中でいろんなことやってほしいとかかっていうのがすごく少ないのがずっと続いてて、蘇生ってなると、そこだけちょこっと増えるんですよ、やってほしいというのは、国民。だから、あれがやっぱり国民の中にある延命治療なんかやってほしくないって言うときながら蘇生はしてほしいっていうのが、ちょっと増えるっていうところ、大変意識の問題として。ただ、お医者さんのほうがどうのこうのだけじゃなくて、受ける側。だから、最後に何かそういうことやってくれないと何でやってくれなかったかとか。緩和ケアだけでいいと言ったときながら言うとかいうことがあるので、そこは非常に意思決定のときの何ていうのか、説明のしどころっていうところはあるかもしれないです。

三浦：ああ、そうですね。

西川：蘇生のイメージが湧かないのですね。

三浦：分かんないです。よく身近に胃ろうは嫌だけど経鼻経管はやってくださいって、めちゃくちゃ多いですよ、そういう人は。もう何も分かってないっていう。

尾藤：それは多い。

三浦：多いですね。

西川：確かに。それを実際に現場で説明することは意外に難しくて・・・。

：難しいです。

：難しい。

清水：それから、日本では心臓マッサージなんていう美しい言葉使うでしょう。向こうのアドバンス・・・見ると胸部圧骨で骨が折れることもあるとか、ちゃんと書いてあった上でいいか悪いかって聞いたりなんかしてますけど。だから、ちょっとそのへんは研修なんかでも多少触れたほうがいいのかもしいかなって思ってます。

西川：はい。それではこれで。

三浦：はい。じゃあちょっと中断しておりますて申し訳ない。ほかにはございませんか。このプログラムのほうに大項目に近いとこで入れたほうがいいのかという。

尾藤：あとはロールプレイのモジュール。

三浦：ああ、ロールプレイのモジュールですね。

尾藤：シナリオつくって。

：そうですね。

三浦：この 12 時間っていうのもこちらで半ば一方的に考えたものなんですが、このような感じでいいですか。できるだけグループワーク、ロールプレイという、を中心にするという。

西川：それは木澤先生のご発言にも関わると思うんですけど、どうですか、もう一度、木澤先生、全部ロールプレイにしたほうがいいのかというんですか。

木澤：はい。

西川：ご意見を最初に言われました。

木澤：それはロールプレイ重視でつくったほうがいいのかと思います。知識は、やる気がある人は家で本読めるので。

三浦：講義は減らして資料にできるだけしていくってことですかね。

：できる限りそういう組んだほうがいいのかっていう気はしますけど。

：ちょっとだけ心配なのは、看護師はこれで前提が全部だいたいわかるのでいいんですけど、ソーシャルワーカーの方ってどこまで CPR の現状なんかを理解してるのかなとは思っています。

：本当そう思います。

三浦：どうなんですか。

西川：ソーシャルワーカーが、相談員の候補に入りたいきさつは何ですか・・・

：ただ、そういうところに直接関わる意思決定のものがあっていうと、でも、もうちょっと私はどこで死ぬんだとか、そういうような患者さんのもうちょっと生き方とか。

三浦：そうですね。

：そういうところに関わる人が多いので、本当に重症な方には、直接はあんまりソーシャルワーカー関わらないかもしれないですね。この意思決定の概念って本当にどこまでをどう指すかなんですけど、さっきの透析の方の意思決定と違っていうと、それはもうよく関わるかなと思うんですけども。でも、ガンの末期の方の本当の最後の治療の選択みたいになると、ちょっとごめんなさい、あんまり力が発揮できるところではないんだなっていう気はします。

：講習出るときに CPR にしてもベンチレーションとか胃ろうとかイメージができればいいんだと思うんですけども、イメージができるかなって。

：ああ、それは、ああ、ああ、それできる。そういう医療情報は扱ってるので。どういう状況かっていうことですよ。たぶんもうワーカーは医療知識がないので、看護師さんとかお医者さんと一緒にしかそこはできないってもうわかってますのでっていうか。なので、自分たちだけで何か扱うということはないと思います。

尾藤：そうそうそう。だからこそモデル事業もそういうユニットは何か基本に。

三浦：そうですね。もともと対象の職種を決めるときにももちろんナースが中心として最初から挙がってきたんですが、ナースはさすがに人生の最後でも延命をするかしないかのところになると非常に大きな力を発揮するところと思うんですけど、もう少し前のそうじゃなくて追い込まれてなくて比較的病気になるけど元気な方にナースがどんどん対応していくっていうのも現実的ではなくて、現場見るとソーシャルワーカーの方が結構入っておられたりすること。うちの病院もそうなんですけど、意思決定支援の確認を最終的に引き受けるのはソーシャルワーカーがやっていますので、もう少しちょっと最終段階よりもう少し前の段階のあたりをソーシャルワーカーの方がいいんじゃないかなと思うので、こういう延命の非常にこうすればこうなるっていうところの細かいところまで分かんなくても、ざっくりとしたところは理解していただきながら、もう少し前のところ自分はこれからどうなるんだろうかっていうところを支えていただくのがソーシャルワーカーのほうがいいんじゃないかなということ。

：分かりました。全く同じ役割を・・・ないということですね。

三浦：そういうわけではないです。逆に言うとチームでやってもらったほうが。はい、はい。

：ちょっと1点だけよろしいですか。ちょっとすごい枝葉末節なことかもしれないですけど、これでこのプログラムで何かつくってくださって言われたときに、この意思決定のあらかじめ行う ACP と今まさに目の前で起きている難しい医療判断に対する意思決定というのは、ここで説明されて、そのあとに家族ケアとかコミュニケーションと違っていうほうに続いて行くんですけど、何となくこの2つってかなり異なることじゃないかなっていう気がして。

三浦：ああ、はい。

：これを中はどうまく講義で埋め込んだら、埋め込んだらというか、例えばあらかじめアドバンスケアプランニングっていうのは、まず場面の設定が必要だったりとか、あとは話し出す、切り出すタイミングだとかっていうのが、いつかなみたいなのが重要な気がするんですけど、例えば今まさに目の前で起きて、もう死にかけちゃってると、もうそこはあんまりないっていうか、逆に言えば今しないと、もうそういう機会がないみたいな状況もだいぶ違うし。そこはどういうふうに。ちょっと自分でここがもしプログラム。

三浦：ちょっとまだ練れ……

鳥羽：ちょっとこれモデル事業のテキストですよ。相談員は MSW と看護師さんと各々1名以上参加することってしても可能なんですか。

後藤：1医療機関1名です。看護師か MSW か。

鳥羽：それはもう決まってる？

後藤：いいえ、その医療機関が推薦する方。

鳥羽：2名じゃだめなの？各々1名ずつ。

：本当は2名のほうがいい気がしますね。

三浦：2名のほうがいい。

後藤：お金を1カ所いくらって決まっていますので、医療機関がその中で2人出しますということであれば全然かまわないです。

鳥羽：その中で2人出させればいいじゃないですか。半分。

後藤：積算として一応、1医療機関1名という。

三浦：ちょっとやっぱり役割が違うので。

鳥羽：それ病院の話？

後藤：積み上げで1名。

鳥羽：だって、そうしないと最初からチーム医療の連携のトレーニングができっこないじゃない、だって1職種じゃ。2名にしてください。

後藤：はい。

鳥羽：大丈夫みたいです。じゃあ2名ということで。

後藤：どういうふう、これモデル事業、一応公募で医療機関応募出してもらう予定です。

鳥羽：公募だったら出すよ、2名。

後藤：その条件をどういうふうにするのか。こういう医療機関で、こういう条件を整えてくれる医療機関で応募できますということについても先生方とご相談して走らせたいと思っていますので、そこもすいません、ご検討いただければと。

鳥羽：すいません。じゃあそこは少し解決されたようなところがあるので今言った構成で。あと先生、進めてください。ちょっと話が分かんなかった。

三浦：いいえ。中心はその話だったです。はい。

鳥羽：ほかにいかがでしょうか。

三浦：あとそうですね。コミュニケーションのとこ、ごめんなさい、もう一度。コミュニケーションの家族ケア。そうするとテーマが違うので、どういう形で入れ込むかっていう話です。ごめんなさい。

：ここにあらかじめ行う ACP と今まさに目の前で起きてる。要は、何か危機にある人の意思決定の支援とちょっとだいぶ様相が違うかなっていうか。上はコミュニティでたぶんやることで、下のほうは病院とかすでに病院でとかで。

鳥羽：というか、病院なんかでも上は外来で下がむしろ入院ですね。

：ですよね。僕はやるべきかやるべきじゃないかっていうことじゃなくて、そのあとのこういう家族ケアとコミュニケーションとあって法と倫理とか、こういうこのままの枠組みでやっていくとすると、この両方に必要とされる技術とか知識は全然違うんじゃないかなと。

三浦：違いますね。

鳥羽：今回どちらに焦点を当てて。

三浦：いえ、両方です。14 ページのまた右上なんですけど、Lynn の 3 つの経過がございますので、その 3 つの経過の段階に沿って提示できるような形で。

：ああ、そうか。そうすると、もうライフスレッドになった方を対象にしてるっていうイメージでいいんですね。

：いや、時間の長さは別として。

三浦：時間の。ええ、そうですね。

：長さは別として。ああ。

：そうすると、最初からじゃあプログラムをつくる時には、この両方を念頭に置いて両方ちょっとこう、こつちの場合にはこんなことが必要で、こつちの場合にはこんなことが必要でみたいなふうにつくりましたという。

鳥羽：前、療養型とか老健のやつたんですけども、ライフスレッドニングをいつ頃から感じるかって調査では、最長で 1 年、短いとこでは 1 週間とか、そういう違いでこんなに幅があるわけ。だから、ライフスレッドニングといっても医師の判断はそれだけ幅があるので、あらかじめっていうところ、これ 2 つに分けるっていうこと自体は、ちょっと課題としても今みたいにクリアにもう死期が迫っているっていう、いわゆるガンとか大病院の臓器不全というところだけをイメージすればそうなんですけど、実はそうではない緩やかに亡くなっていく方が増えているので、そういう方も視野に入れてやるという。

尾藤：圧倒的に 3 番が多いですね。

三浦：3 番が多いですね。

尾藤：圧倒的に 3 番。

西川：2 つのことは、さっきの議論で、予め考えるのは外来で、今まさに目の前で起こっていることは病棟みたいな感じはありましたけど、実は現場ではそれは連続しているんです。そして、今日の前の問題についての意思決定をして乗り切った人が、それがまた予め将来にむけてのアドバンスケアプランニングなってくるわけです。だから、それは、両輪ですね。連続しています。

鳥羽：そうですね。

西川：予めのことだけを・・・

：分かりました。じゃあこれ健康な成人によるっていうのではなくて、要はもう治らない病気になっちゃって、死期が少なくとも迫っていると、いつか分かんないけど、っていう意味と思っていますね。だったら、だったら自然にできますよね。はい、分かりました。

宮下：私、LCP って途中でちょっとスライドにもあるみたいなんですけど、リバプールケアパスウェイって、かなり亡くなる直前にその人とチェックリストみたいなものを使うという研究をしていたんですけども、緩和、僕専門ガンなのでガンです。緩和ケア病棟でやると、それは非常にうまく動きます。一般病棟でやったら全く動きませんでした。医師がぎりぎりになってもこの人に、ちょっと今のシチュエーションとはちょっと使い方が違うんですけども、この人にはそういうふうな状況ではない、かなり。最後使うのは 2 日、3 日で、それも使えたと思ったらもう呼吸、呼吸困難とかは特に、呼吸病棟でやると呼吸困難で始まったら次早いですよね、そこから先は。だから、かなりハードルがありました。ガンですら一般病棟の腫瘍内科とかは結構頑張るので医師の判断ですらそうなのに、これをもし患者さんとかご家族とかに最終段階っていう言葉を出すのは、かなり抵抗がある。かなり、要するに数か月しかもたないだろうという件をやっている人たちでも、私はもう生きるためにやっているんだというふうに考えている方は多くて、全例をいくつというのはすごく医療者の抵抗もあると思いますし、家族の抵抗強いと思います。

：さっきの全例っていう意味は、例えばアンケート取ろうと決めてアンケート取ってやってほしい人。アンケートは全例。だけど、やってほしい人が 3 割だったり 1 割だったり全例介入かなと思ったんですけど。

：全例は本当に全患者ですよね。だから、ライフスレッドニングになったらって書くんです。あなたが、要するにライフスレッドニングの人にアンケートっていうわけにはたぶんいかなと思うんですけど。ライフスレッドニング。

：あまりにも重すぎたら無理ってことでしょ。

：あまりにも重すぎると。

鳥羽：ちょっと対象が若い人もいますから。いろいろな機能アセスメントするにしても、お年寄りであれば受け入れるのが何で血圧の治療するのに、そんな物忘れとか寝たきりや死のことで今頃から聞かれるのかっていう怒る人もいます。

：ですから、オーストラリアの論文で 75 歳以上になりましたよね、対象を。

：80 だ。

：80 か。もうもうそうだなっていうぐらいにしましたよね。だから、例えばこれももうそろそろかなぐらいの年齢に絞れば、例えば全例。

鳥羽：その年齢を絞るっていうのは、もう後期高齢者医療で絶対に失敗したので、それだけはやめてください。

三浦：それは政治的にじゃないですか。

鳥羽：年齢ではなくて、その人の病気あれによって死が近づきについて治療不反応性になったっていうようなことを一応言わないと年齢っていうのは、ちょっと非常に良くないんで。ええ。それはだめです。

西川：話題がちょっとずれるかもしれませんが。その研究で年齢を絞った理由を研究者本人から直接本聞きましたけども、彼らは ACP ファシリテーターや相談員が絶対有用だったという実感があったので、その有用性の有意な結果を出したかったから、結果の出やすい年齢を選んだだけだといっていました。

鳥羽：そのとおりです。

：そうでしょうね。

西川：アウトカムの指標もそのように選んだのかと聞いてみたら、有意な結果が出やすい指標を選んだと聞いていました。本当は、それは研究としてはいいのかどうか分からないけど、自分たちは臨床家として、よいと信じているから、有意な結果がでやすいように 80 代以上にしたと聞いていました。

：後期高齢者のやつじゃないんですか、なくてですか。後期高齢者って何か研究があるんですか、そういう。

：オーストラリアで。

三浦：オースチン病院が。

：.....

三浦：そうです。RCT でやったんですよね。2 軍に分けて。

：後期高齢者で医療のときにつけたじゃないですか、相談、そういう相談に対する加算。そしたら、週刊誌からばんばんうば捨て山だ、医療かって叩かれて、それは年齢だけではないような年齢じゃなくて、やはりうば捨て山をやるのかっていう。

鳥羽：不治かつ末期って。

：あの批判は繰り返したくないなと思います。

：というか、まず大問題として大前提として別に差し控え・議論しようとするわけじゃないっていうことをやっぱり大前提にしなければいなくて、ご本人の意向を尊重したケアを組み立てるためにどうしたらいいかのプログラムであるっていうことを全面に出すしかないと思う。

鳥羽：まあ意思決定支援ですからね。意思決定支援。

：ただ、クオリティオブデスってあんまり言い過ぎないほうがいいと思います。

尾藤：あんまり言わないほうがいいですね。

鳥羽：まだちょっと十分.....やめたほうがいいですね。

：さっき話に出た透析の患者さんは、確かにいく方なのでいいんですけど、彼らは本当にセンシティブな集団と。

：そうそうそうそう。

：要するに、もしこれが今後進んで彼らは本当に透析だけで生き延びている、究極分かりやすい延命治療ですので、人工呼吸外すとの一緒ですもんね。だから、それを。

：そうじゃないんですよ。

：彼らは非常にセンシティブです。

：たぶん彼らが議論するときは、自分がたぶんベジタブルステートになった例えば脳血管障害起こして、そのときに透析を中止するかどうかということを議論しておくということが有用であるっていうのはよく言われていて。

：何か彼らの集団の中には、もちろんそういう普通の正しいことを考えている人たちと、でもこれが徐々にこういう風潮がどんどん流れて行く。それを怖がる人たちはいます。

：まあいるでしょうね。そういう意味ではセンシティブな集団。

尾藤：すいません。

鳥羽：はい、どうぞ。

尾藤：そういう意味では、事業のスタイルとしては本当に医療者を支援していくとともに患者側を支援していくというか、主治医と患者側だけで密室に決められていくものをもうちょっとみんなで考えようよ。そのために私たちがすすみたいな、そんな授業体系がいいんじゃないですか。

：ああ、何かいい感じですね、それ。それいい感じですね。

鳥羽：ちょっと待ってください。そしたら、この相談員の教育プログラムをつくるということは、実際にそういう対象をリクルートして授業をやるわけですけども、これをやることによってチーム医療っていうことですから、医療現場のチームがどうできたとか、そこでどういう教育プログラムが共有できたとか、そういうことも見るんですか。

後藤：見ます。

鳥羽：見る。ということになると今先生がおっしゃった。

後藤：先生のおっしゃったそういう意味です。

尾藤：チーム医療推進です。

鳥羽：これが導入した病院では、従業員の意識がどういうふう意識変容が。

尾藤：起きたか。

鳥羽：起きたかっていうようなことも興味があるようですから。

尾藤：はいはい。まさにまさに。

鳥羽：そういうことも測定していきたいと、そういうことですか。

後藤：はいはい。

鳥羽：そういうことだそうですね。

尾藤：チーム医療推進のための意思決定支援。そういう感じ。

鳥羽：ということであれば、まずこの教育プログラムをまずつくって、そこがどう変わるかということと、ところで、プログラムのほうはもうよろしいですか、各論のことは。だいたい今後のことに移ってきてるようですけど。もしよろしければ、ほかになければだいたい。あとはメールでいただくことにして、今後のことに移ってよろしいですか。今後決めるべきことについて、ちょっとディスカッションすることについて今日は念頭になかったんですが、もう 1 回繰り返す。どういうことでしたっけ。来年度から。

三浦：この今日お配りしたファイルですかね。本省からいただいた。

鳥羽：これご説明いただけますか。

三浦：はい。

後藤：もう今お話し合いの中でほしい。

鳥羽：ああ、解決された？

後藤：ええ。お伝えしたとおりで。

鳥羽：そうですか。失礼しました。

後藤：ぜひ来年度のことをイメージしてですね。モデル事業の評価というところもぜひご協力いただければと思っております。

鳥羽：ちょっと待ってください。そしたら、この案はモデル事業の評価のために来年も一部の、またはご辞退されるかもしれませんが、同じ体制でやっていくと。

後藤：できればお願いしたいという。

鳥羽：いうことでまずよろしいでしょうか。今年は本当は、もう来年度から立ち上げるはずなのが。

後藤：そうなんです、はい。

鳥羽：吉野室長のご尽力で今年から前倒しで始まったということなんです。

後藤：ですので、特別研究枠なんです、これ。

鳥羽：今年はまだから本当に何ていうか、フライングみたいなことやりました。

後藤：フライングなんです。はい。1年間でプログラム案から研修から評価までついでに、ちょっとだいが無理です、まずは案をつくっていただくぶんをちょっと特別研究。

鳥羽：骨格で何をしなきゃいけないか、ちょっとご説明いただけますか、もう1回。繰り返しになりますけど来年度。

後藤：来年度のことは、もう本当に今お話ししたとおりで予算が決まりましたら研修会をそのプログラムに沿って研修会を開いていただいて、まず選定からですね。医療機関の選定。

鳥羽：その前にごめんなさい。じゃあこのテキストのやつは、最終的に何月何日までに、この研究班の報告書として何月何日までにこの最終バージョンをまとめなければいけないですか。

後藤：3月31日。

鳥羽：この研究のディスカッションはまとめられますけど、実際に成果物として3月31日までにこれが研修テキストですよっていうのをつくらなきゃいけない。

後藤：そうです。

鳥羽：大変、大変だ。

後藤：この研究の締め切りはたぶんあると思う。提出締め切り。そして、ただ、これ案ということになってますので、一応だいたいこれというものを決めていただいて、来年度今度事業枠になりますが、そこでもう一度先生方にお集まりいただいて、もう少し、あくまで今回は案ということでつくっていただければと思いますので。

鳥羽：もう1回集まっていたらいいですか。

後藤：来年度。

鳥羽：来年度でしょう。

後藤：来年度です。はい。

鳥羽：今年度でも、これ実際配るのいつでしたっけ、テキストとして。

後藤：できあがりは3月31日。

鳥羽：いや、医療機関に配るのはいつですか。

後藤：その選定が。

：やるとき。

後藤：やるときです。

：年次的に予算が年度内に上がったとして医療機関選定して、じゃあ来てくださいねって言って実際に研修するのはいつ頃かと考えたら。

後藤：ああ、たぶん夏ぐらいですね。

鳥羽：だから、暫定版完成して出すでしょ。でも、その暫定版だけだと十分推敲する時間がないかもしれないので、来年度のはじめに最終的にこれでいいですかって細部とか追加してから。

：研究班としては案ができればそれでいいので。

後藤：そうです。

：研修実施は夏にするから、夏の段階できれいなテキストができていればいいという。

後藤：そうです。

鳥羽：そうすると、例えば夏の少し前にもう1回研究班やって最終的に詰めるということでもいいわけですね、できた案を。

後藤：結構です、はい。

鳥羽：ということだそうですね。でも、それでも3月までにつくらなきゃ。

：報告書は3月です。

三浦：報告書は。

後藤：申し訳ございません。

清水：仕様がなかったら国立長寿で全部やってくれたって。

鳥羽：いえいえ、今日ご発言がたくさんいただいた先生方には、その部分のテキストをつくっていただこうと。いいのをいだけて。

清水：テキストっていうのはスライドの形で。

三浦：ああ、スライドの形。はい。

鳥羽：あるいは先生、証拠資料のものとか先生のとこのあれをくっつけるとか、そういうような引用のものも含めた完璧なものにすべきですね。

例えばプロセスノートは、つけていただきたいものの1つですので、部数が十分。まあ10施設して20部。数十部です。

清水：今、高齢者の透析についてもその関係の看護師さん中心にやってるんですけど、そういうものに出て来ると思うんです。

鳥羽：それが各論の中で必要であればつけていただきますし、先生もよろしく。今日のご発言。

尾藤：はい。ご用命いただければ分担を。

鳥羽：ということですので、班員の有能な先生を先生、上手にお願いしたい。

西川：よろしく申し上げます。2月19日のお話を。

鳥羽：何ですか。2月。

西川：もともと班会議の予定がもう1回。

三浦：あ、ありますね。2月。

西川：あります。それにちょっと。三浦先生。

三浦：2月。もう1回班会議の予定が確かに組んでありました。もともとは3回組んであったんですけど、とてもできないので2回までに。

西川：来年度の話が先になりましたが・・・。実は今年度中にも・・・。

三浦：2月の何日でしたっけ。19。

：3月。

三浦：2月の19。

鳥羽：まあじゃあとりあえず来年のこと話し合いながら、本当にそこが必要かどうか確かめましょう。来年度はまずテキストができた。それで選定ですか、まず。

後藤：そうですね。

鳥羽：選定について。それは、この班でどういうところが一応の案を出すということですか。

後藤：先生方のご意見を踏まえて。基準をつくるのは私どもでやりますけれども、当然プログラムの教育内容と連動してくる話になりますね。

鳥羽：何時まで？

：4時まで。

後藤：もう過ぎてる。

鳥羽：すいません。司会の不手際でもう4時になってしまった。

三浦：ああ、もう4時になっちゃった。

鳥羽：すいません。施設の選定にあたって細かいことはつくってくれるんですが、どういう案件でご自由にどうぞ。どういうところを選びましょう。

清水：追跡調査ができるほうがいいわけですよね。相談したのが、やりっ放しじゃなくて。

鳥羽：そういうことは案件に書き込みますので言ってください。追跡調査ができると。

清水：そうすると、病院でも病院から在宅になる方も施設に行く方もいるわけだから、そういうときにも追跡調査ができるようなところがいい。

鳥羽：・・・調査をすること。

：例えば前私が言った亀田総合病院とはいうのは田舎にあって1個しかなくて、全例追跡できるんです、死ぬまでほとんど。

尾藤：佐久とか。

：佐久とか。

尾藤：佐久とかね。

：ああいうちょっとコングロマリットみたいになって、いろんな施設をやっているとこだと、ほぼ全例今追跡できます。

鳥羽：クローズドな割合のところでは事後調査がしやすいとこを優先する。

：そうですね。そのほうが見やすい。

鳥羽：佐久とか確かに。

清水：私の知っているとこじゃ宮城県の南のほうで胃ろうに関するネットワークができて、胃ろうになるとその本人がカルテのようなものを持って、そこにみんなが書き込むようにして、ずっとその病院終わっても在宅でもずっと最後まで追跡できるっていうか、みんなで見れるようになってるところはありまして、そういうとこだと、わりとできるのと違いますかね。あと二戸のほうのカシオペアとかっていう地域医療とその中心にある病院との連携は、なかなかいいんじゃないかと思います。

鳥羽：大学でも医療連携部がしっかりしていて、しっかりと追跡をする意思があるところはもちろん大丈夫だと思いますけど。手挙げですね、これ。

後藤：手挙げです。

鳥羽：10も手挙げてくれますか。

後藤：それが意外ともうすでに。

鳥羽：もう挙がってる。

後藤：新聞に出た。

三浦：県のほうからの問い合わせがあつて京都府とか徳島とかやりたいって言って。

鳥羽：・・・だいたいどんなとこが挙がってるんですか。

三浦：はい？

鳥羽：だいたいどんなとこが挙がってるんですか。

三浦：ちょっと京都府の市内の病院、ああ、府内の病院、京都市内の病院っていう。

鳥羽：ああ、そうですか。大学病院も挙がってる？

三浦：大学病院は、ちょっとはまだ。

鳥羽：医師会のほう？

三浦：医師会のほうです。

鳥羽：挙がってますか。

三浦：はい。徳島県はちょっと地方の病院ですけど。

尾藤：3と2の方が主なターゲットの方ですよね。

鳥羽：これは企画対象として例えば癌の緩和ケアとか、そういう今までの確立した部門とか入れないんですか。

後藤：今回はたぶん癌のところは、逆にもう進んでいるんですよ。

尾藤：うん、そうそうそう。

後藤：ですので、やっぱり非ガンもそうじゃない方たちも。

鳥羽：いや、そんなことは分かっています。

後藤：はいはい。

鳥羽：でも、それは癌という、こういうスタンダードなのがあるんで、それと比べてどれだけ遅れていてどういう技術が足りないかってことは、同時にその癌のとことモデルケースやらないと引き算とかできないんじゃないんですかっていうこと言ったんです。そんなことないんですか。もう癌のほうはあるんですか、同じようなこういうモデルケース。

木澤：ないです。

後藤：あります。ないですか。

木澤：ないです。だから、がんより先にいきまくとします。これができたら。

鳥羽：あれば、あればその前のガンのモデル事業と比べればいいけど、なければ比較しようがない。

：癌も入れる。

西川：がんも非がんもそんな簡単に分けられない。合併の方本当に多いです。だから、両方やるべきです。

鳥羽：じゃあガンを排除するということはないのね。非ガンのエンドオブライフケアも絶対やらしてもらわなきゃいけないけど、すべてのものでやってもらうと。

尾藤：地域医療の病院ですね、要するに。

：いいと思います。

鳥羽：ガンが多いところでも大歓迎。

三浦：そうですね。地域医療の病院なら両方見なきゃいけないし、いいと思いますけど。

鳥羽：ただ、緩和ケア病棟があるとことないこと全然違いますね。

尾藤：ああ、確かに。

：いや、意思決定はそんなに変わらないじゃないかな。

：緩和ケア病棟だけをやれば違いますけれども、病院全体のは違わないと思います。

鳥羽：ああ、そうですか。

：うん。

鳥羽：なるほど。ほかにご意見ありますか。セレクション。いいですか、じゃあ。手挙げを待っていて。どういうところにやってほしいか。

：田舎の病院がいいですね。

尾藤：田舎の地域医療の病院。

：なぜかという医療従事者がまとまっていますので。

鳥羽：5つの達成目標4でいただいて、こういう目標を高い志を持って相談員を派遣して全病院でこのような理念を将来共有したい病院を募集しますと、そういう形でいいですか。じゃあそれはいい。それはいいとして、じゃあとは今言ったガンのこともクリアできた。セレクションいいですか、それ。

後藤：はい。あと。

三浦：たぶん10カ所以上応募が来るので選定しないと、選別っていうのか。

後藤：診療所もOKというふうに思っていますが、クリニック。

鳥羽：例えば在宅医療支援診療所で看取りの多いところは、いいと。

後藤：はい。そうそう、そういうところも。はい。

鳥羽：いかがですか。

後藤：いいと思ってるんですけど、いかがでしょうか。

三浦：追跡調査ができるから。

：もうちょっと前から。どうせやるんなら外来も光を当てて在宅もやってみたいなとこのほうがいいかなっていう。そういう先生方いらっしゃるから、例えば外来がずっと地域で見てて、そこでどっかでちょっとおかしくなって在宅も自分たちが行ったり入院させたりみたいな、そのほうがいいと思う。

鳥羽：当然コングロマリットは手配できますよね。

三浦：そうですね。

鳥羽：様々な在宅か全ての医療福祉機関をとると。それはいいですね。もちろんいいですね。

尾藤：世田谷もそういう在宅医療グループみたいなのがある。

鳥羽：ありますね。

尾藤：あるので、そのグループにやってもらうという手はあるとは思いますが。

鳥羽：じゃあ、あまりこの施設形態には、とりあえず 10 か所ですから比較するために網を掛けなくてやっていただいて、今度また増やすときに評価をするということですね。じゃあその選定基準については、例えば在宅のあれ選ぶときどういうことやりましたか。一応説明してください。

三浦：選定基準。

鳥羽：モデル事業を。

三浦：モデル事業のときは。

鳥羽：選び方。

三浦：タスクがだいたい決まりましたので、例えば在宅ですと 24 時間対応できるかとか、あと他職種連携のための協議会をつくるとか、あといろいろ人材育成とかの市民啓発やるっていう。それぞれのタスクに応じて年間計画をだいたい立ててもらえれば、どういことをやりますよということ、その計画の内容見て実現可能かどうかというので評価していったっていう感じで。

鳥羽：そうすると、予算内でできることと病院の組織でできることと、いろいろ要素があって応募する病院が組織的に支援することにより、その相談員の組織の位置付けをつくって、この予算内でどういことをやる、タスクをいくつか要素を挙げてそこを文章で書いてもらって、数値的な目標も入れさせて各々のところで例えば 100 点満点で点数をつけていい順に選ぶと。このようなことを在宅ではやったようですが、同じようでもいいですか、今回も。もしよければ、それは三浦先生に相談していただいて、採点基準を会員の先生にメールで回していただいて、それでやれば 2 月 19 日やらなくてもいいんですが、どうしましょうかね。また集まってもらうの大変ですから、そこだけ決めとく。

三浦：いいや、3 回集まってるっていうのを 2 回に減らしたっていうのがあって、もともとが 3 回の計画だったっていう、そのへんを無視していいのかっていう意図があるんだけど、1 回。

鳥羽：それはいつまでに決めればいいですか。選択基準というのは今年度中に決めればいい？

後藤：この選定基準は、うちが決めることですので。

鳥羽：ああ、案を出せばいいんですね。失礼いたしました。

後藤：先生方の意見を聞いて私どもが検討します。

三浦：じゃあいいですね。

鳥羽：じゃあ意見を原案をつくり、とりまとめて厚労省に送るところでおしまいですから。じゃあそれはいい。あと何でしたっけ。

：むしろあれでしょ。報告書に載せるテキスト案についてどういうふうに合意を得るかっていう話で、さすがに全部メールでいっていくわけにいくなら、それはそれで。

鳥羽：それはそれでしょ。

：それは 1 回集まって。

鳥羽：2 月 19 日もう 1 回お願いしてよろしいんですか。先生方。

：すいません。私ちょっとその日が来なくて申し訳ないです。メールで。

鳥羽：はい。

：私もちょっとその日は来れないです。

鳥羽：じゃあ限られた先生方になりますけども、じゃあもう 1 回やると。3 月のほうがいいですか。2 月のほうがいい？

三浦：2 月でも日にちを。

清水：もう決まっちゃってる。

鳥羽：決まっちゃってる。

三浦：あと鈴木先生とか新田先生はそのときに来られるはずですので。

鳥羽：ああ、そう。じゃあ別の。この班員の先生は、ちょっと最初にご紹介もしないで申し訳なかったんですが、研究協力者の方は班員の方たちよりも能力が落ちるので協力者になったというわけではないんで。研究者番号を持ってないとか所々の事情で協力者になっているということですので、厳しいご意見をいただきたいと思っておりますので、よろしくお願ひいたします。じゃあ 2 月 19 日にやるということでもよろしいですかね。テキストの最終構成を決めてやる。そうすると忙しいじゃないですか、先生方もね。

尾藤：早速じゃあ分担を決めていただいて仕事を振っていただいて。

鳥羽：分かりました。分担はメールで早速送らせていただきます、今週中に。そのほか決めること何でしたっけ。

鳥羽：どのぐらいのスピードか分かりません。だってまだ金土とある。

三浦：つくっていただくのはパワーポイントの画面だけでいいですか。それとも説明も含めてやっていただけますか。

鳥羽：だから、どこをどういうふうにつくってくださいということ。

三浦：はい。こちらでご依頼させていただいていいですね。

鳥羽：例えば倫理のとこ、先生にこういうのでつくってくださいとか。

三浦：はい。基本的にはスライドで説明文も含めてということ。

鳥羽：今日ご発言のあったとこの追加のガイドライン、厚労省ガイドライン以降の動きと重要な点、考え方について。

三浦：分かりました。

鳥羽：スライド、何枚以内で願ひしますということをやればいいと思いますから。

西川：はい。そうです。

鳥羽：ね。原案をつくってじゃなくをお願いしますです。

西川：はい、そうです。ええ、分かりました。

鳥羽：ほかにどうですか。詰めとくことは。

三浦：いえ、結構です。はい。それが決まれば分担決めて書いていただけるということで。

鳥羽：よろしいですかね。

三浦：順番決まればもう。

鳥羽：すいません。大変お忙しい中しかも、こんな遠方に来ていただきましてありがとう。ただ、国民的に非常に重要な課題で、来年度持つ課題ですのでよろしく願いいたします。実績としては、テキストの執筆者って皆さんのお名前を入れさせていただくということになりますので、ということですね。

後藤：はい。

鳥羽：来年度以降は評価というのは、基準つくられますよね。評価の選定は全て厚労省でやるんですね、施設を選ぶ。

後藤：施設選定は、はい。私どもでやります。

鳥羽：その施設を業績評価はどうするんですか。

後藤：業績評価をやっていただく。

鳥羽：業績評価は、先ほど言った選定の基準に準じた評価基準を来年度つくって。

後藤：そうです。

鳥羽：またこの委員会で各々評価したり発表会をしたりと、そういうような。

後藤：そういうふうには。

鳥羽：ことでよろしいんですかね。

後藤：はい。

鳥羽：ということです。ありがとうございました。

一同：ありがとうございました。

能力ベースの到達目標

知識 A 本人の意思決定を困難にさせている要素を列挙できる。

知識 B 本人の意思決定において、最善の選択をするためのプロセスを理解できる。

技能 A 本人やケアにあたる者の人生の最終段階における希望を引き出せる。

技能 B 本人の病状認識を確かめ、話し合いを開始できる。

技能 C 今後の方針を合意形成できる。

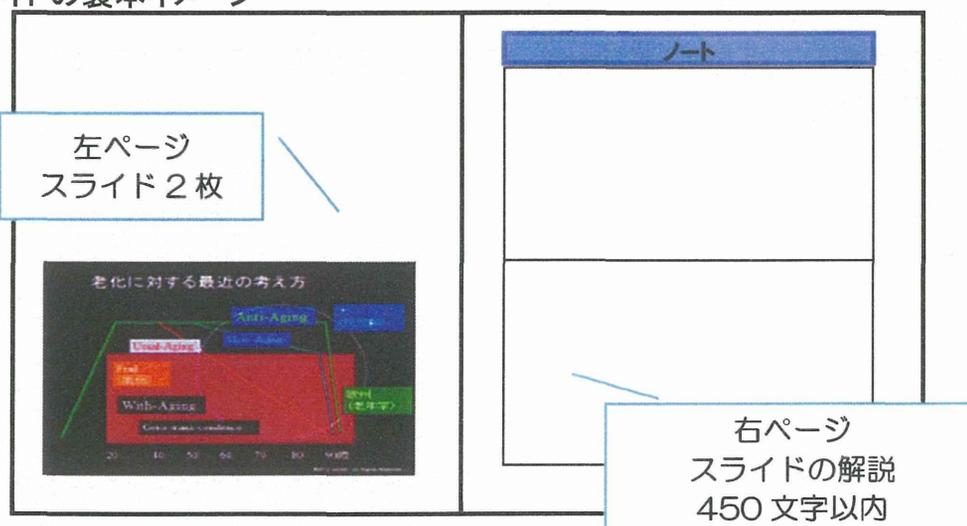
下位項目（順不同）

- ① 相談員支援事業開催の背景・目的
- ② 概論（終末期医療の考え方と終末期医療決定プロセスのガイドラインについて）
- ③ 本講習プログラムの到達目標について
- ④ 言葉の定義
終末期、末期、エンド・オブ・ライフ、自然死、尊厳死、安楽死
治療抵抗性、不治（不可逆性、進行性）、末期（死が避けられない、死が差し迫った）、
耐え難い苦痛（誰が判断するのか）
- ⑤ 意思決定支援・合意形成の実際（早い時期とさし迫った時期別）
- ⑥ コミュニケーション（本人、早い時期とさし迫った時期別）
- ⑦ 家族ケア（家族の気持ちに寄り添い、思いを引き出せる。病状の認識を確かめ、話し合
いを開始できる）（早い時期、さし迫った時期別）
- ⑧ 苦痛緩和（総論的な内容、医師、薬剤師連携を含む）
- ⑨ 法律（法律上の意思決定能力評価含む）
- ⑩ 倫理（倫理学における意思決定能力評価含む）
- ⑪ 地域連携（意思決定した内容の地域連携 時間と空間を超えてつなぐ方法）
- ⑫ 医学的判断と意思決定
- ⑬ 生活の場と意思決定

項目割り振りと研修スライド執筆等分担表（敬称略）

		知識	技術	担当（敬称略）
①	相談員支援事業開催の背景・目的			相談員研修会シラバスに基づく割り振り案_Ver. 5参照
②	概論（終末期医療の考え方と終末期医療決定プロセスのガイドライン）			
③	本講習プログラムの到達目標			
④	言葉の定義	知識 AB		
⑤	意思決定支援・合意形成の実際（早い時期）		技能 C	
⑤	意思決定支援・合意形成の実際（さし迫った時期）		技能 C	
⑥	コミュニケーション（早い時期）		技能 A	
⑥	コミュニケーション（さし迫った時期）		技能 AB	
⑦	家族ケア（早い時期）		技能 A	
⑦	家族ケア（さし迫った時期）		技能 AB	
⑧	苦痛緩和	知識 A		
⑨	法律（法律上の意思決定能力の評価含む）	知識 AB		
⑩	倫理（倫理学における意思決定能力の評価含む）	知識 AB		
⑪	地域連携（意思決定した内容の地域連携） （合意内容の院内連携）		技能 C	
⑪	地域連携（意思決定した内容の地域連携） （合意内容の地域連携）		技能 C	
⑫	医学的判断と意思決定	知識 A		
		知識 B		
⑬	生活の場が意思決定に与える影響	知識 A	居住系施設	技能 C
			在宅	
		知識 B		

原稿スライドの製本イメージ



スライド枚数

・相談員研修会シラバスに基づく割り振り案_Ver.5参照

問い合わせ窓口

国立長寿医療研究センター

事務担当 西川満則

資料7) 相談員研修会シラバスに基づく割振(案)

はじめに(30分)【スライド7~8枚】

- ・ 1-1 相談員支援事業開催の背景・目的(15分)【3~4枚】①厚労省
 - ・ 1-2 本講習プログラムの到達目標について(15分)【3~4枚】③尾藤
- レクチャー(4時間30分)
- ・ L-1 臨床における倫理的判断の基本(30分)【7~8枚】⑩⑫清水(尾藤)(木澤)
 - ・ L-2 言葉の定義(20分)【5枚】④事務局(清水)(樋口)
 - ・ L-3 人生の最終段階にある人に対するケア提供方針決定の考え方(40分)【10枚】②⑫尾藤木澤(清水)
 - ケアの目的に関する合意形成法尾藤木澤(清水)
 - 「患者にとっての最善の利益」の考え方尾藤木澤(清水)
 - 医学的効果と患者にとっての最善⑫尾藤木澤(清水)
 - 合意形成におけるナラティブの考え方尾藤木澤(清水)
 - ・ L-4 人生の最終段階にある人に対するケア提供方針決定のプロセス(90分)【22~23枚】②清水、事務局
 - 意思決定能力の確認方法【・枚/11枚】事務局
 - 厚生労働省「終末期医療決定プロセスのガイドライン」【11~12枚】②清水
 - 開発されている意思決定手段(2ステップアプローチや4分割法など)【・枚/11枚】事務局
 - 代理決定手段(Advance Care Planningを含む)【・枚/11枚】事務局
 - ・ L-5 意思決定を行う上で知るべき法的規範(30分)【7~8枚】⑨樋口
 - ・ L-6 生活の場が意思決定に与える影響(30分)【7~8枚】⑬新田
 - ・ L-7 具体的でしばしば遭遇する意思決定に関する基礎知識(60分)【15枚】
 - 人工栄養の開始、もしくは差し控え【4枚】清水
 - 人工呼吸器装着の開始、もしくは差し控え【4枚】事務局
 - 急変時対応(DNARを含む)【4枚】尾藤
 - 緩和を目的としたケア介入【3枚】木澤
- スライド1枚を4分でしゃべると見積もると
4分/毎×82.5枚=330分=5時間30分

ロールプレイ（合計7時間：15分レクチャー+30分ロールプレイ+15分振り返り X 7モジュール）【レクチャーと振り返りでスライド8枚】×7モジュール
=56枚

- ・ **モジュール1**：状況把握と相談の導入早坂
 - シナリオ例：糖尿病性腎症のために透析が導入されて3年経過。だんだん低血圧と慢性の貧血が進行してきている。
- ・ **モジュール2**：コミュニケーションと合意形成1（落ち着いている時期）
⑤⑥横江・町屋（事務局）
 - シナリオ例 > 慢性閉塞性肺疾患の急性憎悪で人工呼吸が導入されいったん治癒したが、今後も同様の状況が起きうることが想定されている場合。
- ・ **モジュール3**：コミュニケーションと合意形成2（差し迫っている時期）
⑤⑥横江・町屋（事務局）
 - シナリオ例 > もともと要介護3の方が誤嚥性肺炎で入院。低栄養状態で人工栄養の導入が必要。食べられるまで回復する可能性は不明
- ・ **モジュール4**：家族への支援 ⑦早坂
 - シナリオ例：脳塞栓の為に寝たきり+胃瘻栄養となった方の家族。療養型にいくか自宅で見るか。長男夫婦で親戚からいろいろ言われている。
- ・ **モジュール5**：関係者の意見が異なる場合の合意形成 ⑫木澤尾藤
 - シナリオ例 > 82才男性。根治可能な進行胃癌について、医療チームも家族も手術を進めるが本人は乗り気ではない。
- ・ **モジュール6**：二重効果が想定される緩和介入の導入 ⑧鈴木
 - シナリオ例 > 卵巣がんの末期で腹水貯留高度の方が呼吸困難で来院。低酸素著明。家族が緩和を懇願。
- ・ **モジュール7**：地域ヘルスケア資源との連携 ⑪小野沢
 - シナリオ例 > もともと要支援程度だった独居超高齢者。肺炎で入院し入院中に転倒し頸部骨折。結果食事全介助でADLほぼベッド上になってしまった。長男夫婦がスプーンの冷めない距離に居住（意思決定した内容も引き継がれるようにする。時間と空間を超えて意思決定が継続されることの必要性を学ぶ。）（例えば救急車で他院に運ばれるケース等）

