

事例研究

社会医療法人 高橋病院（北海道函館市）

～病院における看取りへの対応：

アドバンス・ケア・プランニングへの取り組み～

社会医療法人 高橋病院（北海道 函館市）は2018年に創業125年を迎えた歴史のある医療法人です。「地域住民に愛される信頼される病院」という理念のもと、病院を中心に介護施設を多数展開し、地域で医療・介護サービスの基盤を築いています。日本が多死社会へと移りゆく中で、民間病院としていち早くアドバンス・ケア・プランニング（ACP¹）に取り組まれている高橋理事長にお話を伺いました。



<法人概要>

法 人 名	社会医療法人 高橋病院
住 所	〒040-8691 北海道函館市元町32-18
診 療 科 目	内科、循環器内科、糖尿病・代謝内科、呼吸器内科、消化器内科、内視鏡内科、整形外科、リハビリテーション科、呼吸器リハビリテーション科
許可病床数	179床（一般病棟59床、回復期リハビリテーション病棟60床、介護療養病棟60床） ※地域包括ケア入院医療管理科Ⅰ（29床）
職 員 数	500名（グループ総数）
関 連 施 設	介護老人保健施設 ゆとりろ 入所150名（短期入所15名） 湯の川クリニック（2019年4月1日開設） 通所リハビリテーション ゆとりろ（通所45名） 認知症高齢者グループホーム 秋桜（27名） ケアハウス 菜の花（30名） 認知症対応型デイサービス 秋桜・谷地頭 居宅介護支援事業所 訪問介護ステーション 元町 訪問看護ステーション ほうらい 訪問リハビリテーション ひより坂

ACPに取り組まれることになったきっかけを 教えてください

これまで、寝たきりや認知症末期の患者様の場合、ご家族との対話時間は確保できるものの、ご本人の意向を聞くことができないまま看取るケースも少なくありませんでした。ご家族が「本当にこれで良かったのだろうか」と自問自答することも多く、全員が納得した形を作る必要があったと感じていました。

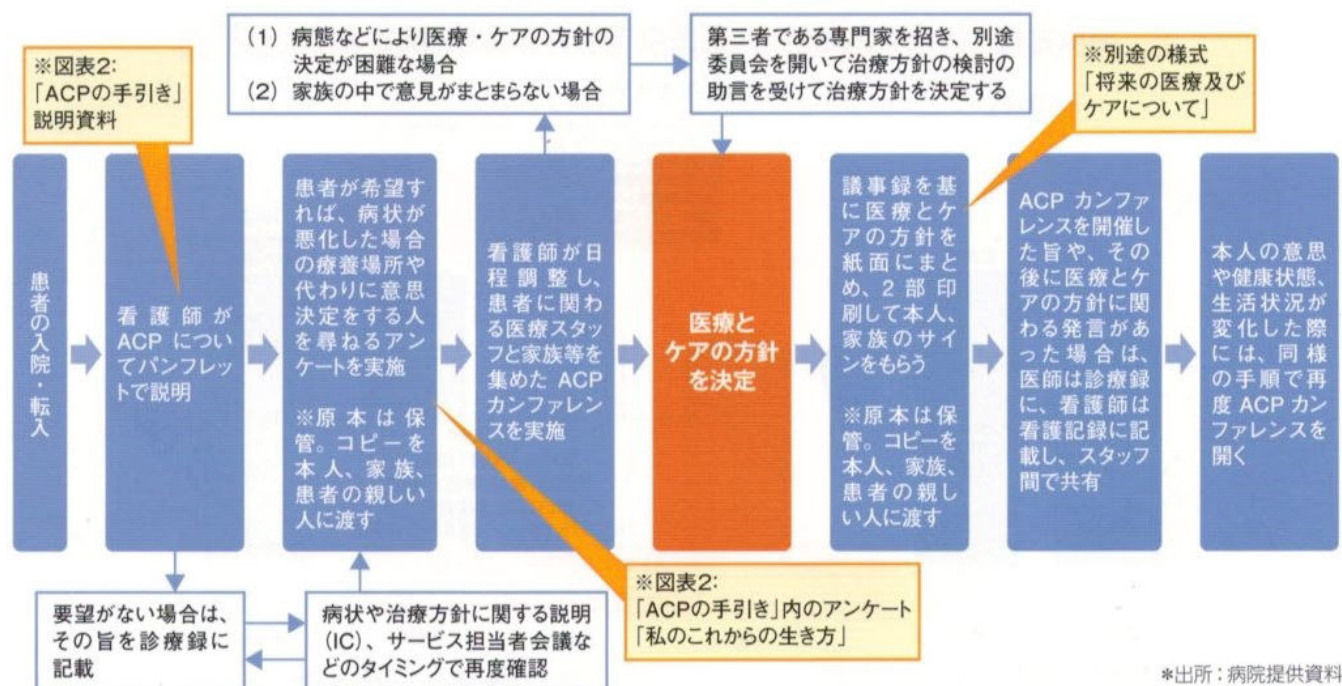
そのためには、ご家族だけではなく、友人や民生委員、牧師さんなどご本人をよく知る方々を巻き込むこ

とが大切だと感じています。また、在宅サービスを担うケアマネジャー、地域包括支援センター、社会福祉士などが介護予防の段階から関わり方を意識する必要があります。

こういった背景によりACPの必要性を感じたため、本格的に取り組み始めました。

¹ アドバンス・ケア・プランニング（ACP）：「人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス（出所：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解説編」（2018年8月））。2018年11月30日、厚生労働省が愛称を「人生会議」と決定した。

図表3：ACPカンファレンスフロー



くまでもご本人の希望に寄り添うことが大切です。

当院ではこれまで、地域包括ケア病床において39名（2018年8月～2019年3月の累計実績）の計画を立てました。もちろん元気な患者様にはお断りされることもあります。もちろん元気がなくなったことは一度もありません。ACPカンファレンスフロー（図表3）を参考に、丁寧な説明を心がけています。一度お断りされた場合でも、何度も伺っていくうちに、「やっぱりやってもらおう」と決断される方もいらっしゃいます。ご家族が入院したり、ご友人がお亡くなりになったりすることがきっかけになる場合もあります。

ACPは、一度計画を立てて終わりではありません。人の価値観は日々変わっていきますので、年に1回をひとつの目安として定期的に確認していきます。誕生日や結婚記念日、お正月など、今までの振り返る日を機に伺うこともあります。タイミングには気をつけています。命にかかわる、いよいよという時期に、このようなセンシティブな内容を聞くことは不信感に繋がりがねません。だからこそ、比較的元気な段階でお聞きする必要があります。

ACPは、将来を考えるためのものではありません。患者様が「今をどう生きたいか」を考えるためのものです。今を充実したものにするために、将来にどう備

えていくかを考えていただくように心がけています。

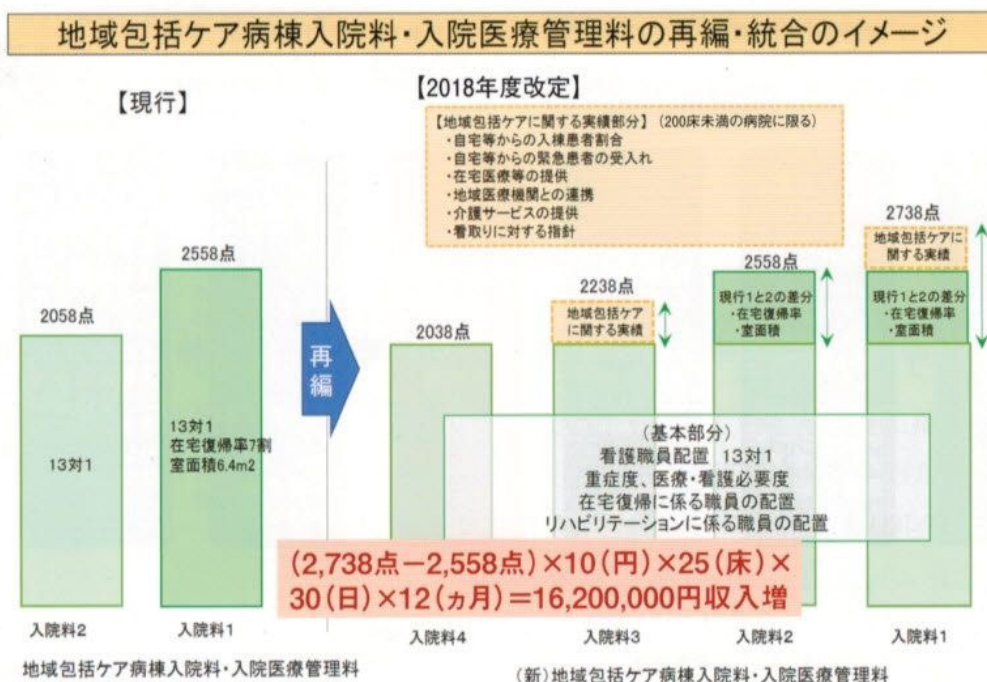
患者様にとって、ご家族には言いづらいこともあります。私たち医療従事者には、家族ではないからこそ言いやすいこともあると意識しています。医療機関はそういった役割も担っていると思います。

今後、民間病院はACPにどのように取り組んでいくべきでしょうか

急性期病院では在院日数も短く、患者様の容態も安定しないため、ACPは大きな負担となり現実的ではありません。一方で、当院のように在院日数が60日程度の地域包括ケア病床がある病院は、患者様とのコミュニケーションを取る余裕があるため進めやすくなります。急性期病院への入院も見据えると、在宅で立てた計画を活用することも選択肢の一つとして考えられます。当院でも、関連施設のケアハウス入居者に対象を拡大させる予定です。在宅時にとっておいたこの様なデータは、入院先の急性期病院からも大変重宝されたいと思います。やはり、時間に余裕があり、かつ比較的元気でいらっしゃるタイミングで携わっている医療機関・医療従事者が積極的に取り組んでいくべきだと思います。

昨今、地域完結型の医療提供体制が求められてい

図表4：地域包括ケアに関する実績への加算により増収



*出所：厚生労働省「2018年度診療報酬改定」に加筆

ますが、思うように進んでいないのが現実です。そういった状況において、ACPは地域の医療機関・介護施設・在宅サービスをつなぐ重要な指標にもなり得ると考えています。患者様の情報を、他の施設と共有することで患者様本位の提供体制ができます。ACPが地域完結型の医療提供体制を実現させるきっかけにもなり得るのではないのでしょうか。

そのためには、地域の中でネットワークシステムなどにより情報管理する体制を構築することも重要です。FAXなどでのやり取りは確実性に欠けるため、いつでも最新の情報を入手でき、アクセスを許可された人だけに閲覧できる体制をつくる必要があります。

ACPに取り組んだことによる経営的な効果はどうでしたか

2018年度診療報酬改定で地域包括ケア病棟の報酬が見直され、「入院料1・3」に「地域包括ケアに関する実績²」があれば180点加算されることになり、当

院では年間16,200千円の増収となりました。もちろん、ACP以外にもさまざまな取り組みを行った結果ではありますが、ACPに取り組むことの経営的な効果もある程度評価できると思います（図表4）。

国も“人生会議”と銘打って進めています。地域包括ケア病棟以外の療養病棟や介護医療院においても、報酬上評価されてくることも考えられます。先行して取り組む価値はあるはずです。



お話を伺った方：社会医療法人 高橋病院
理事長・院長 高橋 肇 先生（写真左）
看護副部長 ニッ森 真奈美 さん（右）
看護師長 二本柳 明美 さん（中央）

取材：人事コンサルティング部 課長 神林 佑介
薄井 和人

² 「厚生労働省『人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン』等の内容を踏まえ、看取りに対する指針を定めていること」が要件の一つとされている。その他自宅等からの入棟患者割合 10%などの要件がある。200床未満の病院のみ。