

明石の内科医なら知っておきたい

人生会議の基礎知識

—〇〇〇焼きのように中はトロトロのママで良い—

明石市医師会 内科医会 学術講演会
2022年6月4日（土） 15:00～16:30
オンライン開催



おい そ かい
医療法人 財 団 **老蘇会 静明館診療所**

医師 大友 宣

sen-o@nifty.com

日本在宅医療連合学会COI開示

演者：大友宣

- ・演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

今日の結論

1. 文化に即した包括的なプログラムを作る
2. 地域で不足している課題を見つけて、改善策を探る
3. 患者が信頼している人がACP介入する
4. コミュニケーションスキルの改善は役立つ
5. 「目的に一致したケア」を提供する
6. パンフレットや付随する映像の作成役立つ
7. 早期からの緩和ケアの中で行う
8. 時期、疾患、診療セッティング、内容によって分けて議論する

9月10日「人生会議解体新書」に参加して！

本日の内容

- SUPPORT研究までの歴史
- アドバンス・ケア・プランニングの定義
- アドバンス・ケア・プランニングの介入研究
- 日本におけるアドバンス・ケア・プランニングの歴史
- アドバンス・ケア・プランニングの誤解
- いろいろなアドバンス・ケア・プランニングの分類

SUPPORT研究までの歴史

歴史と背景

医療技術の進歩

- 水分・栄養補給方法
- 透析機器、人工呼吸器
- 心肺蘇生法

生命の延長

- 高齢者
- 難病患者
- 小児

臨床的ジレンマ

- 人工呼吸器
- 栄養、補液
- 胃瘻造設
- DNAR

- 1960年台から人工呼吸器の普及、心肺蘇生法の発達により、病院で死を迎える際に、日常的に心肺蘇生術がなされる様になっていた

心肺蘇生法の再発見(1960)

- クーベンホーベンが動物実験ならびに心室細動の患者で、1分間に60回の胸骨圧迫と16回の換気を推奨した。
- サフアーが気道確保 (A:airway) 、呼吸 (B:breathing) 、循環 (C:circulation) を組み合わせCPRのABCを作った。
 - Kouwenhoven WB, Jude JR, Knickerbocker GG.” Closed-chest cardiac massage.” JAMA 1960; 173: 1064–1067

Living willの初出(1969)

- カットナーの主張

- 「判断能力がない時には、治療に同意すると法は推定する。死に至らしめる意図的な不作為は殺人である。医師が患者の苦痛を長引かせないことを意図した不作為による消極的な死は、作為による積極的な死(慈悲殺)とは明らかに異なる。同意に基づく積極的な安楽死は犯罪であるが、消極的な安楽死は犯罪ではないという根拠はない。治療により生存が延びるとしても、治療を拒否する権利がある。そうすると医師の治療は許されなくなり、不作為による死が許容される。自己決定能力のあるときに、将来意思決定できない時に備えて、同意する治療範囲を指示するLWを提案する。」
- Kutner, Luis (1969) "Due Process of Euthanasia: The Living Will, A Proposal," Indiana Law Journal: Vol. 44 : Iss. 4 , Article 2.

カレン・アン・クライン事件(1975)

- 1975年4月友人の誕生日のパーティーの席でアルコールと精神安定薬を服用。意識を失った21歳のカレンが心肺停止となり、救急病院に搬送された。
- 人工呼吸器を装着され、5ヶ月の看病の後、両親は娘自身が「器械につながれたまま、生き続けるのは嫌だ」と言っていたことを主張した。
- 主治医に申し入れたが受け入れられず、訴訟に持ち込まれた。

カレン・アン・クライン事件(1975)

- ニュージャージー州高等裁判所は人工呼吸器を外すことを認めなかった。
- 控訴し1976年3月州の最高裁では、治療を拒否する権利があり、後見人によって行使できると判断、病院内倫理委員会の設置を呼びかけた。
- 人工呼吸器を外したが自発呼吸回復し、水分・栄養補給は継続し9年間生存した。

カリフォルニア州自然死法(1976年)

- 世界ではじめて事前指示を法制化した
- 成人には、無能力に陥った場合の医療に関する指示をする又は本人に代わって指示をする代理人を定める権利を認める。

ナンシー・クルーザン事件(1983年)

- 25歳のナンシー・クルーザンは1983年1月に交通事故により心肺停止状態となり、蘇生に成功したが、遷延性植物状態となった。1月後胃瘻造設。
- 4年後1987年父親が病院に経管栄養の中止を依頼した。ミズーリ州では経管栄養は医療行為ではなく、基本的なケアであると解釈されていたため、中止を容認することはできないと病院は結論し訴訟となった。
- 1990年判決では本人の意思が不明確であることを理由に経管栄養の中止は認められなかった。
- その後、数人の友人から「管につながれたままで生き続けるのは嫌だと話していた」と証言があり、裁判所で認められた。
- 水分と栄養補給を中止し1990年に亡くなった。

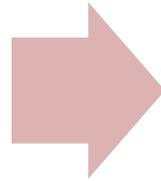
患者の自己決定権法(1990年全米)

- ① 医療処置を受ける権利と拒否する権利
- ② リビングウイル・代理人を指示しておく権利
- ③ 上記の権利を承認するための手続き

なぜ、事前指示が必要なのか

- 米国における大規模コホート研究
- 2000～2006年に死亡した60歳以上の患者に対する遺族調査
- 3,746人の死亡患者のうち42.5%の患者が終末期に意思決定を求められたが、そのうち70.3%の患者は意思決定能力がなかった。
 - Silveira MJ, Kim SY, Langa KM. "Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death." N Engl J Med. 2010 Apr 1;362(13):1211-8.

事前指示を作る
AD



希望通りの治療を
受ける／受けない

SPECIAL ARTICLES

A PROSPECTIVE STUDY OF ADVANCE DIRECTIVES FOR LIFE-SUSTAINING CARE

MARION DANIS, M.D., LESLIE I. SOUTHERLAND, M.P.H., JOANNE M. GARRETT, PH.D.,
JANET L. SMITH, M.P.H., FRANK HIELEMA, PH.D., C. GLENN PICKARD, M.D.,
DAVID M. EGNER, M.A., AND DONALD L. PATRICK, PH.D., M.S.P.H.

Abstract Background. The use of advance directives is recommended so that people can determine the medical care they will receive when they are no longer competent, but the effectiveness of such directives is not clear.

Methods. In a prospective study conducted over a

consistent with previously expressed wishes 75 percent of the time; however, the presence of the written advance directive in the medical record did not facilitate consistency. Among the 24 events in which inconsistencies occurred, care was provided more aggressively than had

- ナーシングホームで延命治療の意向についてインタビューと観察を2年間行った前向き研究
- 96件死亡例があり、75%は希望通りのケアを受けることができた。24名は事前指示の記載通りではなかった。
- NEJM.1991;324:882

Effects of Offering Advance Directives on Medical Treatments and Costs

Lawrence J. Schneiderman, MD, Richard Kronick, PhD, Robert M. Kaplan, PhD, John P. Anderson, PhD, ... [See More +](#)

[Author, Article and Disclosure Information](#)

<https://doi.org/10.7326/0003-4819-117-7-599>

- ランダム化比較試験
- P : 5年生存率が50%以下と予測する患者
- E : 医師が事前指示を勧める
- C : 医師が事前指示を勧めない
- O : 患者の満足度、QoL、医療内容、自宅死亡の割合、医療費
- 結果 : どのアウトカムも有意差なし、医療費は介入群で高くなる傾向
- Ann Intern Med.1992;117:599

何らかの介
入



事前指示を
作る
AD



希望通りの
治療を受け
る／受けな
い



患者の満足
度、QoL、医
療内容、自
宅死亡の割
合、医療費

事前指示、DNARの問題点

(シリーズ生命倫理学13生命倫理第9章.丸善出版,2012)

1. 指示内容は変化する

2. 実践における問題

例えば、「完治の見込みがない」とは、「単なる延命だけ」とは

3. 人格の同一性

4. 事前指示の伝達

5. DNRの問題

Partial CPR、DNRが出ると必要なケアもしない

6. 事前指示・DNRに関する会話の難しさ

たとえば・・・2.実践における問題

「完治の見込みがない」とは、「単なる延命だけ」とは

- ブレッドは事前指示がリストのようになっていても文字どおり実施することは実際上不可能となるとADの問題点を指摘した。
- たとえば「がんの末期であったら人工呼吸器は装着しない」と指示していた患者が、肺炎を併発し、人工呼吸器により十分治癒が期待出来る場合など・・・
 - Brett AS. "Limitations of listing specific medical interventions in advance directives." JAMA. 1991 Aug 14;266(6):825-8.

たとえば・・・5.DNRの問題

- DNRのオーダーの仕方についての論文には当然受けるべき基本的ケア(排泄・清潔・声掛けなど)の質が落ちないようにする留意点がある。
 - Rabkin MT, Gillerman G, Rice NR. "Orders not to resuscitate." N Engl J Med. 1976 Aug 12;295(7):364-6.
- Partial DNRは有害であるかもしれないという論文があるが、事前指示ではバラバラに指示をすることがある。
 - Sanders A, Schepp M, Baird M. "Partial do-not-resuscitate orders: A hazard to patient safety and clinical outcomes?" Crit Care Med. 2011 Jan;39(1):14-8.

A Controlled Trial to Improve Care for Seriously Ill Hospitalized Patients

The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT)

The SUPPORT Principal Investigators

- 2800万ドルの予算で9,100人の重症患者を対象としたクラスターランダム化比較試験。
- 介入：訓練を受けた看護師がまとめ役となって、事前指示を取得し医師に伝える。
- 結果：ICUの利用、DNR取得から死亡までの日数、疼痛、事前指示の遵守、医療コスト、患者・家族満足度に差異なし
 - JAMA.1995;274:1591-1598

SUPPORT研究

- P：重症入院患者
- E：看護介入
 - 予後予測と面談内容について説明する
 - 予測される転機と意向について理解を高める
 - 意向や事前指示を明らかにし記録する
 - 痛みを評価し治療できるようにする
 - 患者・家族の意向や価値観を伝える
 - 面談の場をつくり、合意を得る
 - 今後の意思決定について計画するように促す
- C：通常ケア
- O：
 - DNAR指示が出されるまでの日数
 - DNARについて患者の希望を医師が知っているか
 - 望ましくない状態(ICU入院、昏睡、人工呼吸器管理)の日数
 - 中等度から重度の痛み
 - 医療資源の利用

いろんな看護介入



事前指示を作るなど



希望通りの
治療を受け
る／受けな
い



いろんなアウトカム

SUPPORT研究から言えること

森雅紀 森田達也「Advance Care Planningのエビデンス」医学書院,2020 p20

- SUPPORT研究はすごく丁寧に看護介入をしているスタディではあったが、有意差がない研究となった
 - 医師の行動変容ができなかった
 - 看護師一職種だけでは介入が難しかった
 - 家族を十分に巻き込むことができなかった
 - アウトカムが適切ではなかった
- 「ただ事前指示ADを書くだけ」
⇒ 「事前指示ADも書くけど、ADを含めた包括的な関係者全員の継続的コミュニケーションが重要」

アドバンス・ケア・プランニングの定義

ACPの初出

- SUPPORT研究の運営委員だったテノーとリンがSUPPORT研究が失敗に終わることを見越してAdvance Care Planningという考え方を出してきた。
- SUPPORT研究の失敗は協働意思決定(Shared Decision Making: SDM) がうまくいっていなかったからだと考えた。
- 「話題の導入と情報提供」「話し合いの促進」「事前指示の記載あるいは話し合いの内容を記載」「事前指示の振り返りと書き換え」「事前指示を実際の現場に適応」のステップからなる。
 - Teno JM, Nelson HL, Lynn J. "Advance care planning. Priorities for ethical and empirical research." Hastings Cent Rep. 1994 Nov-Dec;24(6):S32-6.

アドバンス・ケア・プランニング

Advance Care Planning(ACP)

- 今後の治療・療養について患者・家族とケア提供者があらかじめ話し合う自発的なプロセス
 - 患者が望めば、家族や友人とともに行われる
 - 患者が同意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアにかかわる人々の間で共有されることが望ましい
 - ACPの話し合いは以下の内容を含む
 - 患者本人の気がかりや意向
 - 患者の価値観や目標
 - 病状や予後の理解
 - 治療や療養に関する意向や選好、その提供体制

アドバンス・ケア・プランニングの定義

- 日本老年医学会「ACP推進に関する提言」
 - ACPは将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセスである
- 日本医師会
 - ACP（Advance Care Planning）とは、将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、本人を主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援するプロセスのことです。

https://www.jpn-geriatrics.or.jp/press_seminar/pdf/ACP_proposal.pdf

https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/006612.html

アドバンス・ケア・プランニングの定義

Sudoreら（2017）がデルファイ法で作成 全文読めます

[https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(16\)31232-5/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(16)31232-5/fulltext)

- ACPは、年齢や病期を問わず、成人患者が自身の価値観、生活の目標、今後の治療に対する意向を理解・共有することを支援するプロセスである。
- ACPの目的は、重篤な病気や慢性疾患の中で、人々が自身の価値観、目標、意向に沿った治療を受けられるように支援することである。多くの人々にとって、このプロセスには本人が自分で意思決定できなくなった場合に意思決定してくれる信頼できる人（等）を選ぶことが含まれる。
- Advance care planning is a process that supports adults at any age or stage of health in understanding and sharing their personal values, life goals, and preferences regarding future medical care.
- The goal of advance care planning is to help ensure that people receive medical care that is consistent with their values, goals and preferences during serious and chronic illness.

アドバンス・ケア・プランニングの定義

欧州緩和ケア学会EAPC（2017）がデルファイ法で作成 全文読めます

<https://escholarship.org/uc/item/7j53x1zp>

- ACPとは、意思決定能力を有する個人が、自分の価値観を確認し、重篤な疾患の意味や転帰について十分に考え、今後の治療やケアについての目標や意向を明確にし、これらを家族や医療者と話し合うことができるようにすることである。ACPにおいては、個人が身体・心理・社会・スピリチュアルな面を通じた気がかりを話し合うことも重要になる。万が一自分で意思決定ができない時が来ても自身の意向が尊重されるためには、あらかじめ自分の代理人を決定し、意向を記載し、定期的に振り返ることが推奨される。
- Advance care planning enables individuals who have decisional capacity to identify their values, to reflect upon the meanings and consequences of serious illness scenarios, to define goals and preferences for future medical treatment and care, and to discuss these with family and health-care providers. ACP addresses individuals' concerns across the physical, psychological, social, and spiritual domains. It encourages individuals to identify a personal representative and to record and regularly review any preferences, so that their preferences can be taken into account should they, at some point, be unable to make their own decisions.

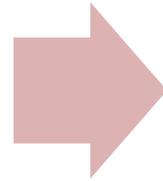
アドバンス・ケア・プランニングの定義

- 東アジアでもアドバンス・ケア・プランニングの定義に関するデルファイ法の研究を実施中
- 日本でも昨年から厚労省科研費の研究でデルファイ法によるアドバンス・ケア・プランニングの定義の研究が実施されている
- 東アジア版、日本版ができてくる今後に期待



アドバンス・ケア・プランニングの介入研究

ACPを行う



良かったか
どうか

何らかの介入



ACPを行う



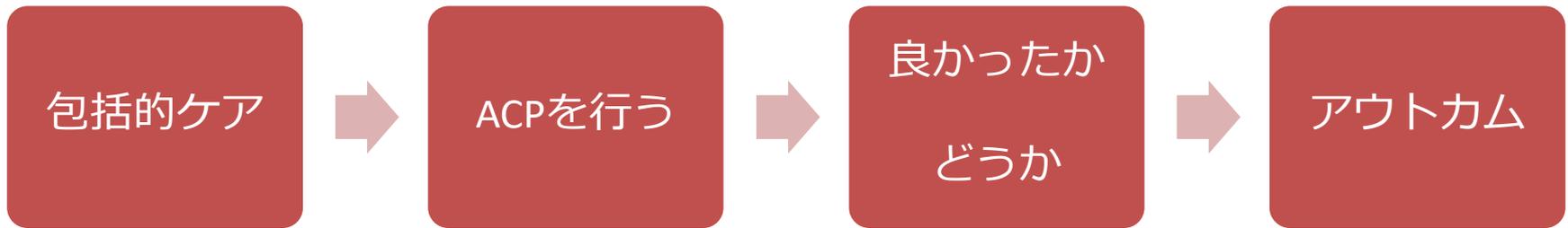
良かったか
どうか



アウトカム

何らかの介入

1. 包括的ケア
2. コミュニケーション
3. ビデオなどの画像
4. 早期からの緩和ケア



包括的ケア

- Respecting Choiceモデル
 - 1990年代初頭米国ウィスコンシン州ラ・クロス郡で作られた包括的なプログラム
 - 地域における相談員の研修、ACPに関する書類の作成、書類を共有する体制整備など
 - 家族の関与、医師に関する系統的教育、ACP書類の適切な保管を強化
 - 米国からオーストラリア、欧州、シンガポールへ広がる
 - 日本の「人生の最終段階における医療体制整備事業」もRespecting Choiceの影響を受けていると思われる

The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial

Karen M Detering, respiratory physician and clinical leader,¹ Andrew D Hancock, project officer,¹ Michael C Reade, physician,² William Silvester, intensive care physician and director¹

- 309人の法的に判断能力のある80歳以上の入院患者を6ヶ月間あるいは、死亡するまでフォローしたランダム化比較試験
- 介入：アドバンス・ケア・プランニング
- 対照：コントロール群
- 結果：介入群で希望が周知。遺族のストレス、不安、うつ症状は少ない。患者、家族の満足度は高い。
 - Karen MD. "The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial." BMJ 2010;340:c1345



ARTICLE

Clinical Study

A randomised controlled trial of an advance care planning intervention for patients with incurable cancer

Stephanie B Johnson¹, Phyllis N. Butow¹, Melanie L. Bell², Karen Detering³, Josephine M. Clayton⁴, William Silvester⁵, Belinda E. Kiley⁶, Stephen Clarke⁷, Lisa Vizzaro⁸, Martin R. Stockler⁹, Phillip Beale⁹, Natalie Fitzgerald⁹ and Martin H. N. Tattersall¹

- がん患者に対するACPのRCTも行われた。

- 全文読めます

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6251033/pdf/41416_2018_Article_303.pdf

- P:がん患者208名

- E:相談員がRespecting Choiceに基づくACP介入

- C:通常ケア

- O:患者の希望に沿ったケアが行われたか

- 結果：両群で有意差なし

RESEARCH ARTICLE

Advance care planning in patients with advanced cancer: A 6-country, cluster-randomised clinical trial

- 欧州でも国境を超えてがん患者ACPのRCTが行われた

- 全文読めます

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7665676/pdf/pmed.1003422.pdf>

- 欧州の6カ国多施設で行われた研究

- P: 進行肺がん、大腸がん

- E: Respecting Choiceに基づくACP介入

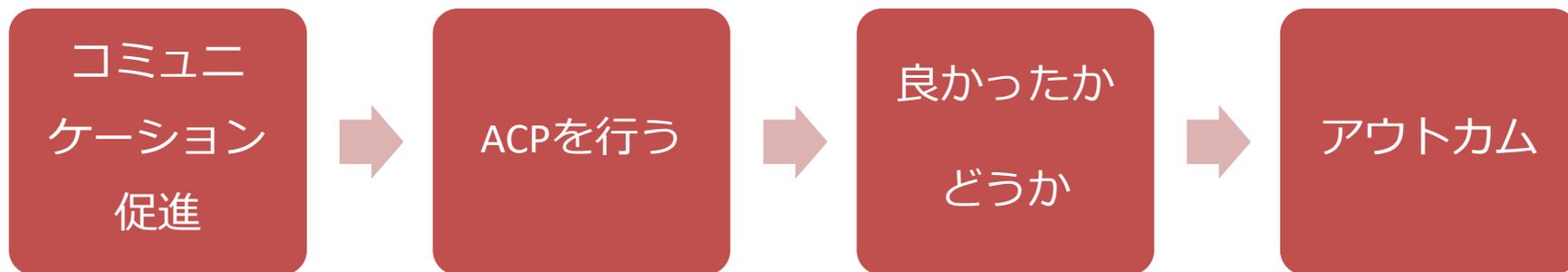
- C: 通常ケア

- O: QOL

- 結果：主要項目に有意差なし

これらの研究で分かったこと

- 文化に即した包括的なプログラムを作る
- 地域で不足している課題を見つけて、改善策を探る
- 患者が信頼している人がACP介入する



Randomized Controlled Trial of a Prompt List to Help
Advanced Cancer Patients and Their Caregivers to Ask
Questions About Prognosis and End-of-Life Care

*Josephine M. Clayton, Phyllis N. Butow, Marita H.N. Tattersall, Rhonda J. Devine, Judy M. Simpson,
Ghauri Aggarwal, Katherine J. Clark, David C. Carrow, Louise M. Elliott, Judith Lacey, Philip G. Lee,
and Michael A. Noel*

- 質問促進リスト(Prompt list)を外来受診前に患者に読んでもらって、外来受診するとどうなるか？
- 全文読めます
 - <https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JCO.2006.06.7827>
- P:緩和ケア外来に受診する進行がん患者
- E:質問促進リストを用いる
- C:用いない
- O:質問の数や内容
- 結果：質問の数は2倍、不安、満足度に差なし

Effect of a Patient and Clinician Communication-Priming Intervention on Patient-Reported Goals-of-Care Discussions Between Patients With Serious Illness and Clinicians A Randomized Clinical Trial

J. Randall Curtis, MD, MPH; Lois Downey, MA; Anthony L. Back, MD; Elizabeth L. Nilsen, MPH; Sudipto Paul; Alexandria Z. Lahoda; Patsy D. Trovce, RN, MN; Priscilla Armstrong; Ronald Peck, MBA; Ruth A. Engalberg, PhD

- 受診前に患者にアンケートに答えてもらって、回答によりTips（会話のコツ）を医師と患者に送付して、外来受診してもらう(Jumpstart-Tips)
- 全文読めます
 - <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2681838>
- P:医療者132人、重篤な疾患を持つ患者537人
- E:外来1週間前に医療者と患者にTips送付
- C:送付しない
- O:ケアの目標について話し合われたか
- 結果:介入群でより多く話し合われた(74%vs31%)

様々なコミュニケーション・スキル・トレーニング

- 日本

- 人生の最終段階における医療体制整備事業

- E-FIELD

- SHARE <http://www.share-cst.jp/index.html>

- エンドオブライフ・ケア協会

- <https://endoflifecare.or.jp/>

- 米国

- VitalTalk <https://www.vitaltalk.org/>

BMJ Open Development of the Serious Illness Care Program: a randomised controlled trial of a palliative care communication intervention

Rachelle Bernacki,^{1,2,3,4} Mathilde Hutchings,^{2,3} Judith Vick,⁵ Grant Smith,⁶ Joanna Paladino,^{2,3} Stuart Lipsitz,³ Atul A Gawande,^{1,3} Susan D Block^{1,2,3,4}

– 全文読めます

<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/5/10/e009032.full.pdf>

- 「重篤な病気をもつ患者との話し合いの手引き」 <https://chugai-pharm.jp/contents/bj/003/03/>を医師と患者で一緒に見ながら話し合いをする
- P:がん治療医、進行がん患者
- E:医療者トレーニング、外来リマインド、話し合いの手引き、カルテテンプレート
- C:通常ケア
- O:「目標に一致したケアを受けられたかどうか」「穏やかさ」
- 結果:主要項目には有意差なし

重篤な病気を持つ患者との話し合いの手引き

話し合いの流れ

患者に対する話し方の例

1. 話し合いを始める

- ・ 目的を伝える
- ・ 将来の意思決定のための準備
- ・ 許可を求める

「あなたが今後希望される医療やケアを提供することができるように、あなたの病気が今後どうなっていくかをお伝えし、あなたにとってどんなことが重要かを前もってお聞きしておきたいと思うのですが、よろしいでしょうか？」

2. 患者の理解と意向を確認する

「ご自分の病状についてどのように理解されていますか？」
「今後、病気がどうなっていくかについて、どの程度お知りになりたいですか？」

3. 今後の見通しを共有する

- ・ 今後の見通しを共有する
- ・ 「…だとよいのですが、…を心配しています」「…を願っていますが、…を心配しています」などの表現を使う
- ・ 間を置きながら話し、感情を探る

「あなたの病状について、私が理解している範囲でお伝えしたいと思います…」
不確実性:「あなたの病気が今後どのように進行するか予測する事は難しいと思います。できるだけ長く、病気が進行せずに元気で過ごしていただきたいと思っています。同時に、病状が急に悪くなる可能性もあり、そのことを(とても)心配しています。そのもしもの時に備えておくことが大事だと思うのです。」
または、
時間的予後:「とても残念なのですが、残された時間が、(例:日単位～週単位、週単位～月単位、月単位～年単位の期間で示す)くらいになってきている可能性があることを心配しています。」
または、
機能的予後:「申し上げにくいのですが、あなたが感じているより事態は差し迫っているのではないかと思います。そして、今後、もう少し難しい状況になる可能性があることを心配しています。」

4. 大切な事について聴く

- ・ 目標
- ・ 恐れや不安
- ・ 支えとなるもの
- ・ 欠かせない能力
- ・ 延命治療の範囲(トレード・オフ)
- ・ 家族の認識

「万が一病状が更に進んだ場合のことを考えたいと思います。病状が進んだ場合、どんなことが一番大切ですか？」
「今後の病状に関して、一番怖いなど思っていることは何ですか?どんなことが心配ですか？」
「これから病状と付き合っていく上で、どのようなことがあなたの支えになると思われますか？」
「あなたにとってとても大切で、これができないまま生きていくのは考えられない、と思うのはどんなことですか？」
(例:口から食べられること、身の周りのことが自分でできること、家族とコミュニケーションが取れること、など)
「病状が更に進んだ場合、余命を伸ばすためならどの程度(の治療)であれば、たとえつらくてもやっていきたいと思いませんか？」
「ご家族は、あなたのご希望や大切にしたいことについてどのくらいご存じですか？」

5. 話し合いを締めくくる

- ・ 要約する
- ・ 推奨事項を説明する
- ・ 患者に確認する
- ・ 患者に協力することを伝える

「あなたにとって__がとても大切だとおっしゃいましたね。それを考慮に入れると、現在の病状では__をお勧めします。こうすれば、あなたが大切にしたい事を今後の治療やケアの方針に反映できると思います。」
「この方針をどう思われますか？」
「あなたの力になれるように、私も全力でお手伝いいたします。」

6. 話し合いの内容を記録する

7. 主治医や他の専門職に伝える

This Japanese version Serious Illness Conversation Guide has been translated by Yoshiyuki OKAWA MD, PhD, FJRC, DRPM Designated Professor and Chair, Department of Palliative Medicine, Kobe University School of Medicine President, Japanese Society for Palliative Medicine (Ayako Takeuchi, MD, PhD, MPH Program-Specific Senior Lecturer Kyoto University Graduate School of Medicine Office of Medical Ethics Committee Kyoto University Hospital Department of Ethics Support)



This material has been modified by us. The original content can be found at <https://seriousillness.org> and is licensed by Anand Lalji, a Joint Center for Health Systems Research (www.cadrlab.org) at Brigham and Women's Hospital and the Harvard T.H. Chan School of Public Health in collaboration with Dana-Farber Cancer Institute. Licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/>

コミュニケーションの改善

- コミュニケーションスキルの改善はそのまま臨床に応用することができる
- コミュニケーションを取ったうえで、「目的に一致したケア」を提供することが重要

映像を見せる



ACPを行う



良かったか
どうか



アウトカム

疾患別の仮想ビデオを見る

- 認知症の終末期のビデオを見てACPをする研究
 - <https://www.bmj.com/content/bmj/338/bmj.b2159.full.pdf>
- がんの終末期のビデオを見てACPを行う研究
 - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3040012/pdf/zlj305.pdf>
- 心不全の終末期のビデオを見てACPを行う研究
 - https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.116.021937?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed

PREPARE研究

JAMA Internal Medicine | Original Investigation

Effect of the PREPARE Website vs an Easy-to-Read Advance Directive on Advance Care Planning Documentation and Engagement Among Veterans
A Randomized Clinical Trial

Robecca L. Sadore, MD; John Boscardin, PhD; Mariko A. Fouz, BS; Ryan D. McMahon, BS; Mary T. Katan, BA; Nicholas F. Dunne, PhD; MTU

- <https://prepareforyourcare.org/en/welcome>
- 自分でACPを一歩ずつ進めるウェブサイト
 - ① 代理決定者を指定してお願いする
 - ② 自分の大切にしていることを考える
 - ③ 代理決定者にどれだけ柔軟に考えてもらうか決める
 - ④ 他の家族にもそのことを伝える
 - ⑤ 医療者にも自分の気持ちを伝え、質問する

Decision Aids for Advance Care Planning: An Overview of the State of the Science

Mary Butler, PhD, MBA; Edward Ratner, MD; Ellen McCreedy, MPH; Nathan Shippee, PhD; and Robert L. Kane, MD

- 16個のアドバンス・ケア・プランニングの決断エイド(Decision Aid)の内容と質を評価した論文
 - 決断エイド = 意思決定を支援するため、Decision Aidが開発されている。患者や家族が医療における意思決定に参加できるようにパンフレット、ビデオ、ウェブなどの媒体で作られているツール。診療の選択肢についての情報を提供し、患者意思決定を支援するもの。
 - Butler M, Ratner E, McCreedy E, Shippee N, Kane RL. "Decision aids for advance care planning: an overview of the state of the science." *Ann Intern Med*. 2014 Sep 16;161(6):408-18.

映像を見せる介入など

- 映像を見せる介入などで、アドバンス・ケア・プランニングを後押しすることができる
- 決断エイド(Decision Aid)として作成することに手間がかかる
- パンフレットや付随する映像を作成することは役に立つ

早期からの緩和ケア



ACPを行う



良かったか
どうか



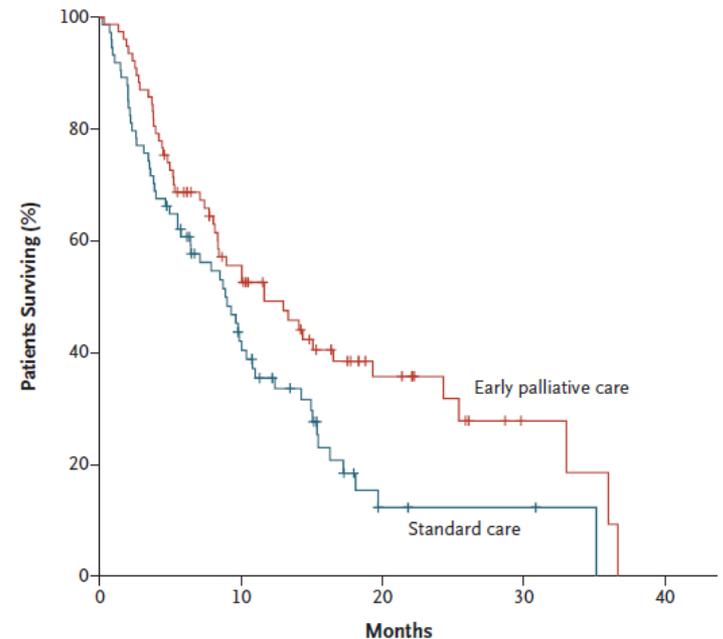
アウトカム

早期からの緩和ケア

- 全文読めます
- <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1000678?articleTools=true>
 - P:非小細胞肺癌患者
 - E:早期の緩和ケア
 - C:通常ケア
 - O:QOLや抑うつ
 - 結果：QOLや抑うつ状態は改善、生存は延長

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer

Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A., Emily R. Gallagher, R.N., Sonal Admane, M.B., B.S., M.P.H., Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Constance M. Dahlin, A.P.N., Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William F. Pirl, M.D., M.P.H., J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Lynch, M.D.



Effects of Early Integrated Palliative Care in Patients With Lung and GI Cancer: A Randomized Clinical Trial

Jennifer S. Temel, Joseph A. Grunz, Areej El-Jawahri, William F. Pirl, Elyse R. Park, Vicki A. Jackson, Anthony L. Back, Mihir Kamdar, Julia Jacobson, Eva H. Chittenden, Simone P. Rivoldi, Emily R. Gallagher, Justin R. Eandria, Zhigang Li, Alena Muskatovsky, and David P. Ryan

- 全文読めます
- <https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JCO.2016.70.5046>
- P:肺がんまたは大腸以外の消化器がん患者
- E:早期からの緩和ケア
- C:通常ケア
- O:QOL
- 結果：QOLは改善

早期からの緩和ケア

- アドバンス・ケア・プランニングは単独でやるよりも、早期からの緩和ケアの中で行うことが自然な流れ
- 早期から関わることでアドバンス・ケア・プランニングに関わる様々な介入をすることができる

日本におけるアドバンス・ケア・プランニングの歴史

東海大学附属病院事件横浜地裁判決 1995年

1991年、多発性骨髄腫のため東海大学附属病院に入院していた患者に対し、家族の要望に従い、塩化カリウムを注射し、死亡させる事件。

懲役2年執行猶予2年の有罪

終末期と法の役割（日本の場合）

1995年横浜地裁判決以降：主要事件

- ① 1996年、京都の国保京北病院長が、末期癌患者に**筋弛緩剤**を点滴投与する事件。翌年、投与量が致死量未満であったとして不起訴処分。

終末期と法の役割（日本の場合）

1995年横浜地裁判決以降：主要事件

- ② 1998年、川崎協同病院。気管支喘息で植物状態になった患者に対し、主治医が家族の目の前で気管内チューブを抜き、さらに**筋弛緩剤**を点滴投与して死亡させる。2002年になって医師が殺人罪で逮捕、2005年横浜地裁は懲役3年（執行猶予5年）の有罪判決。東京高裁は2007年有罪判決を維持。家族の要請もありえたとして懲役1年半（執行猶予3年）に減刑。**筋弛緩剤の投与ばかりでなく、チューブを外した抜管行為も犯罪**としている。

終末期と法の役割（日本の場合）

1995年横浜地裁判決以降：主要事件

- ③ 2004年北海道立羽幌病院で、男性患者（当時90歳）が**人工呼吸器を外されて死亡した事件**が2006年送検。因果関係の立証困難で不起訴。

終末期と法の役割（日本の場合）

1995年横浜地裁判決以降：主要事件

- ④ 2006年、富山の射水市民病院で、外科部長が複数の患者の**人工呼吸器を外した**として警察の捜査対象となった。**筋弛緩剤の投与を伴わない、いわば純粹の延命治療中止だけで起訴した事例はこれまでにない。**その後、2008年7月24日、県警は「**嚴重な処罰は求めるものではない**」という意見つきで事件を地検に送ったことが報じられた。

—朝日新聞2008年7月24日

読んでみてください

人生の最終段階における医療・ケアの 決定プロセスに関するガイドライン

厚生労働省

改訂 平成30年3月

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

1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本とすうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。
また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。
さらに、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。この話し合いに先立ち、本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である。
- ② 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定は次によるものとする。

(1) 本人の意思の確認ができる場合

- ① 方針の決定は、本人の状態に応じた専門的な医学的検討を経て、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされることが必要である。
そのうえで、本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた本人による意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行う。

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

- ふたつのパートに分かれる
 - 1. 医療およびケアのあり方
 - 協働で意思決定する
 - チームで判断する
 - 症状緩和
 - 2. 方針の決定手順
 - 患者の意志が確認できる場合
 - 患者の意志が確認できない場合
 - 決定困難な場合は倫理委員会

ACPと代理意思決定 とコンサルテーション

- プロセスガイドラインにはいくつかの内容が含まれる
 - 本人が意思表示できる場合のアドバンス・ケア・プランニング
 - 本人の意思が表明できない代理意思決定（アドバンス・ケア・プランニングを実際の現場に適応とも考えられる）
 - 家族の意見がまとまらない、決定できない場合のコンサルテーション

▶ 人生の最終段階における医療とケアの話し合いのプロセス



患者の意思が
確認できる

患者と医療従事者とが十分に話し合い、
患者が意思決定を行う

人生の最終段階における医療と
ケアの方針決定

十分な
情報の
提供

家族が患者の
意思を推定できる

患者の推定意思を尊重し、
患者にとって最善の治療方針をとる



患者の意思が
確認できない

- ・ 家族が患者の意思を推定できない
- ・ 家族がない

患者にとって最善の治療方針を、
医療・ケアチームで慎重に判断
(※家族がいる場合は十分に話し合う)



- ・ 病態などにより医療内容の決定が困難
- ・ 家族の中で意見がまとまらないなどの場合

→ 複数の専門家で構成する
委員会を設置し、
治療方針等の検討や助言



様々な(終末期)ガイドライン

- 死と医療特別委員会報告－尊厳死について(日本学術会議)1994
- 日本老年医学会「高齢者の終末期の医療及びケアに関する立場表明」2001
- 人生の最終段階における医療決定プロセスに関するガイドライン(厚生労働省)2007
- 救急医療における終末期医療に関する提言（日本救急医学会）2007
- 終末期医療に関するガイドライン（日本医師会）2008
- 終末期医療のあり方について－亜急性型の終末期について－(日本学術会議)2008
- 終末期医療に関するガイドライン(全日本病院協会)2009
- 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012
- 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン(日本老年医学会)2012
- 救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン(日本救急医学会・日本集中治療医学会・日本循環器学会)2014
- 維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言(日本透析医学会)2014

E-FIELD

「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」に基づいた意思決定支援教育プログラム（E-FIELD：Education For Implementing End-of-Life Discussion）

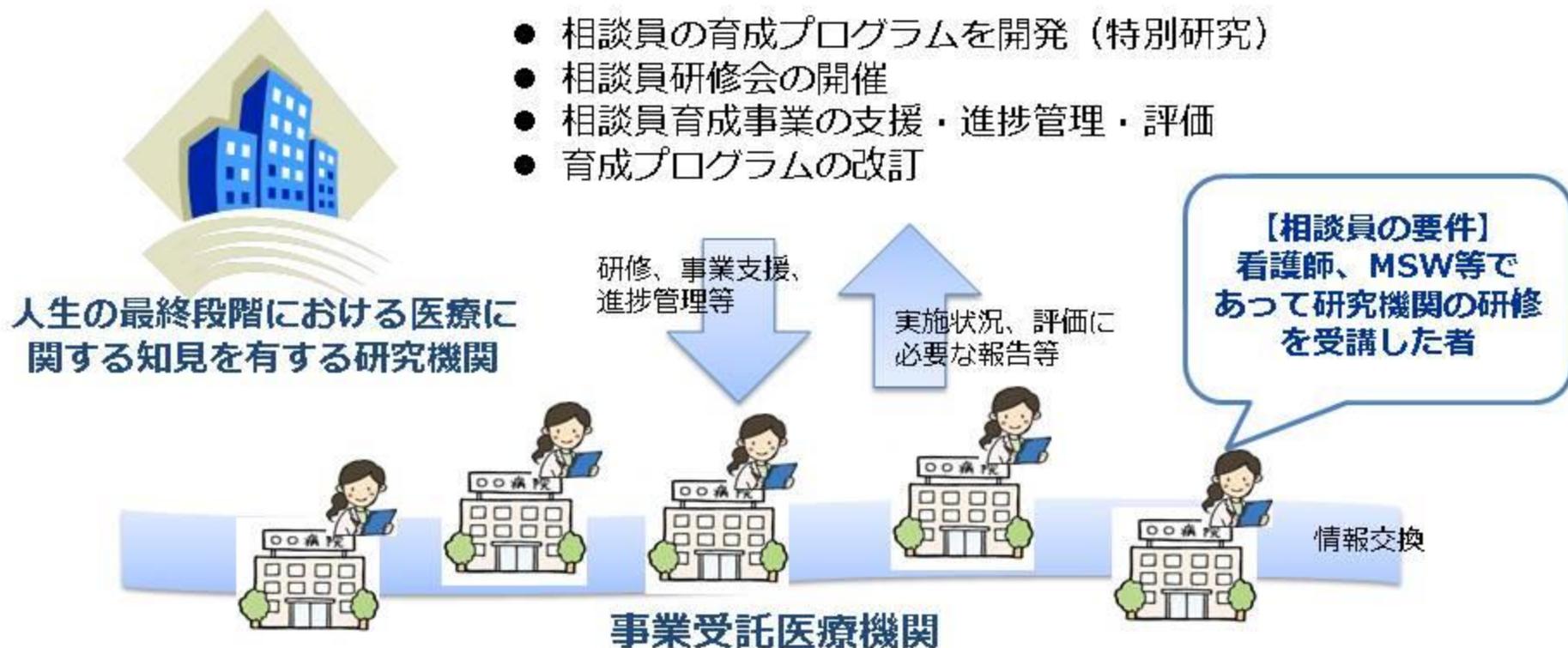
- 2013年度に下記研究により作成
 - 2013年度 厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業「人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修プログラム案を作成する研究」
 - 長寿医療研究開発費研究25-9「在宅医療に資する、非がん・高齢者疾患のエンド・オブ・ライフケアにおける苦痛症状緩和に係る研究 人生の最終段階における医療にかかる相談員制度のモデル事業について」

人生の最終段階における医療体制整備事業 2014-2015年度

- 2014年度
 - 全国10箇所の病院でモデル事業を実施した
- 2015年度
 - 3箇所の病院と2箇所の診療所でモデル事業を実施した

患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療の実現に向けた取組

人生の最終段階における医療に係る相談体制構築事業

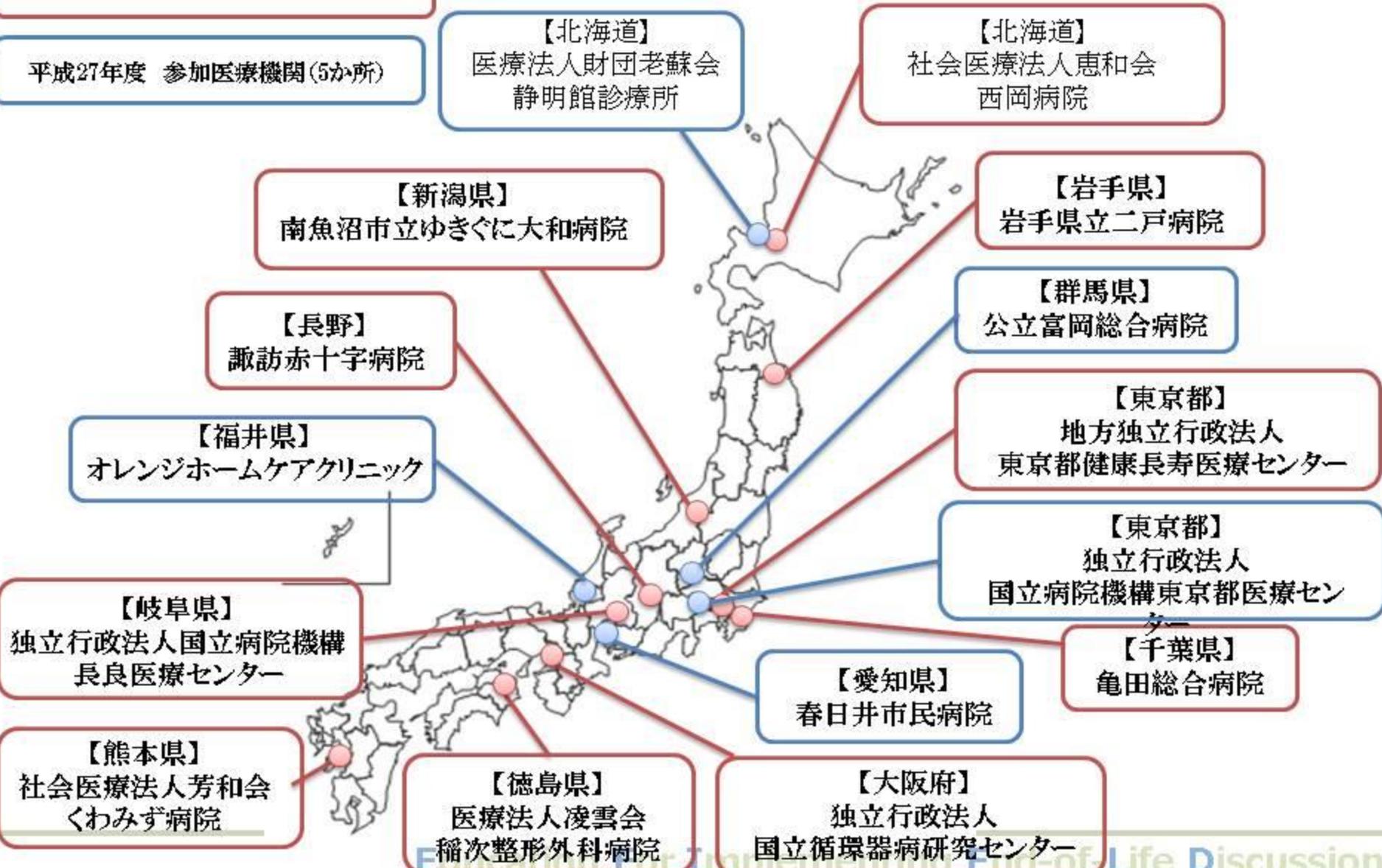


- 人生の最終段階における相談員を配置し、研究機関が開催する研修会を受講する。
- 相談員は患者からの相談に応じるとともに、必要に応じて関係者の調整を行う。他のスタッフ、チームから困難事例等について相談を受ける。また、複数の専門職種からなる倫理委員会を設置する。
- 事業実施においては、研究機関と連携するとともに、事業の評価に必要な報告等を行う。

平成26／27年度人生の最終段階における医療に関する医療体制整備等事業 参加医療機関

平成26年度 参加医療機関(10か所)

平成27年度 参加医療機関(5か所)



人生の最終段階における医療体制整備事業 2016-2019年度

- 講師人材育成
- ブロック研修
- 市民公開講座

患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療の実現に向けた取組

人生の最終段階における医療体制整備事業

平成28年度予算	61百万円
平成29年度予算	66百万円
平成30年度予算	66百万円

【背景】

- 高齡化が進展し、年間死亡者数が増加していく中で、人生の最終段階における医療の在り方が大きな課題となる。人生の最終段階における医療については、医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、本人が医療・介護従事者と話し合いを行い、本人による決定を基本として進めることが重要である。
- 厚生労働省では、こうした合意形成のプロセスを示す「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」（平成19年策定、平成26年度改称）を策定し周知を図ってきた。平成29年度には、地域包括ケアシステムの構築やアドバンス・ケア・プランニングの実践の観点から、「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」と名称を変更するとともに、当該ガイドラインの内容を改訂した。

【事業内容】

- 人生の最終段階における医療に関する患者の相談に適切に対応できる体制を強化するため、平成26、27年度のモデル事業の成果を踏まえ、平成28年度から、医療・ケアチーム（医師、看護師等）の育成研修を全国8ブロックで実施するとともに、人材育成研修会及び研修会の拡充と継続性の担保のために講師人材の育成を実施。平成29年度からは、住民への普及啓発も実施している。

研修対象者

人生の最終段階における医療に関する意思決定に携わっている医師を含む多職種チーム（診療所、訪問看護ステーション、介護老人福祉施設が連携し、多職種チームとして参加することも可能）

プログラム

プログラム	主旨、構成内容
講義	「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」の解説
講義 (STEP1)	意思決定能力の評価 講義
グループワーク1	グループワークと発表
講義 (STEP2)	患者自身と治療方針について合意する 講義
講義 (STEP3)	患者の意向を推定する 講義
講義 (STEP4)	患者にとって最善の治療方法について合意する 講義
グループワーク2	グループワークと発表

プログラム	主旨、構成内容
講義	「アドバンス・ケア・プランニングとは」
ロールプレイ1	もしも、のときについて話し合いを始める
ロールプレイ2	代理決定者を選定する
ロールプレイ3	治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する代理決定者の裁量権を尋ねる
講義	「患者・家族の意向を引き継ぐには」
グループワーク3	明日への課題

開催実績/予定

- 平成26年、27年度は、モデル事業として実施。平成26年度10か所 **24名**、平成27年度5か所 **25名**が研修を終了。
- 平成28年度、214チーム、**751名**が研修を受講。**84名**の講師人材を育成。
- 平成29年度、277チーム、**979名**が研修を受講。**62名**の講師人材を育成。市民公開講座、参加者**129名**



プロセスガイドラインの改定

2018年3月

主な改訂のポイント

- 「医療・ケア」へ名称変更
- チームに介護従事者が含まれる
- 繰り返し話し合う
- 本人の意思を推定する者
- 文書にまとめて共有

診療報酬改定

2018年3月

- 在宅ターミナルケア加算
 - ターミナルケアの実施については、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、患者本人と話し合いを行い、患者本人・家族の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

アドバンス・ケア・プランニングの愛称を 「人生会議」に決定

2018年11月

- 人生の最終段階における医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う取り組み、「ACP(アドバンス・ケア・プランニング)」について、愛称を募集し、「人生会議」と決定した

炎上



アドバンス・ケア・プランニングの誤解

誤解

DNARと誤解する

- 今度の施設から来る患者ACPとってるの？
- 入院時ACP取っておいたよ
- ACPとったから酸素飽和度低くても気管挿管しないよ

→

- 家族から蘇生しないでほしいDNAR（代理意思決定支援）のことかもしれない
- DNAR指示をすることと、気管挿管しないことは同義ではない。
 - <https://www.jsicm.org/news-detail.html?id=7>

誤解：

繰り返し相談しない

「ALSの〇〇さんが最近衰弱して経口摂取が数口程度なんです。本人がやっぱり胃ろうにしたほうが良いかしらって・・・」

「ええ！このまえACPして胃ろう造設しないって決めたじゃないか！」

誤解：

侵襲的なコミュニケーションになる

「5月からしている2種類目の抗がん剤ですが効果がありません。余命はあと3ヶ月です。次の外来までに緩和ケア病棟にするか在宅にするか考えといてください。」

「・・・」

誤解：

全員にACP?

「うちの施設では全員入所時に人生会議することになっています。」

「・・・」

誤解：

すでにACP

「この患者さんのご家族、いつも病状の理解について聞いているけど、理解が悪いからアドバンス・ケア・プランニング導入しなくては・・・」

いろいろなアドバンス・ケア・プランニングの分類

アドバンス・ケア・プランニングを行う時期による分類

https://www.med.kobe-u.ac.jp/jinsei/acp_kobe-u/acp_kobe-u/index.html

	想定している代表的な対象者	話し合いの内容（例）
1. 一般的なACP (General ACP discussion)	<ul style="list-style-type: none">•成人である一般市民•意思決定能力がある•健康、もしくは持病があっても安定している	<ul style="list-style-type: none">•代理決定者は誰か•価値観やいのちに対する考え方•危篤の状態となり回復の見込みが乏しい状態になった場合にどのような治療やケアを望むか
2. 病気や病状に応じたACP (Disease-specific ACP discussion)	<ul style="list-style-type: none">•成人で意思決定能力がある•慢性疾患があり入院を繰り返している•持病の病状が進行してきている•人生の最終段階を自分のこととして考えている	<ul style="list-style-type: none">•代理決定者は誰か•価値観やいのちに対する考え方•危篤の状態となり回復の見込みが乏しい状態になった場合にどのような治療やケアを望むか•病気や病状のこれからの見通し•治療やケアの選択肢•治療・ケアを受ける場所•本人の希望する治療やケア、受けたくない治療やケア
3. 死が近づいた時のACP	<ul style="list-style-type: none">•成人で意思決定能力がある、もしくはその代理決定者（家族など）•持病の進行で死が近づいている	<ul style="list-style-type: none">•代理決定者は誰か•死が近づいたときに希望する治療やケア•死が近づいたときに希望する療養場所•心肺蘇生に関する希望•POLST

アドバンス・ケア・プランニングを実施する 疾患による分類

- 慢性疾患：ACPの対象になりやすい
 - 進行がん
 - 慢性進行性内部障害（心不全、COPD、慢性腎臓病、肝硬変など）
 - 神経難病
 - 認知症
 - 老年期症候群－フレイル－老衰
- 急性疾患：ACPの対象になりにくい
 - 新型コロナウイルス感染症
 - 急性感染症
 - 急性心筋梗塞、急性動脈解離、大動脈瘤破裂
 - 脳卒中
 - 外傷

アドバンス・ケア・プランニングを実施する 診療セッティングによる分類

池永昌之・濱吉美穂編「アドバンス・ケア・プランニング実践ガイド」中央法規,2020
より改変 下線は筆者改変部

- 外来受診時
- 入院時
- 入院中（特に急性期を脱した後）
- 退院前カンファレンス
- 自宅への初回訪問時
- 定期訪問診療（特にお誕生日）
- 往診時（特に急変時）
- サービス担当者会議
- 高齢者施設
- オンライン診療

アドバンス・ケア・プランニングによって いつの時期のことを話し合うかによる分類

森雅紀 森田達也「Advance Care Planningのエビデンス」医学書院,2020 p186

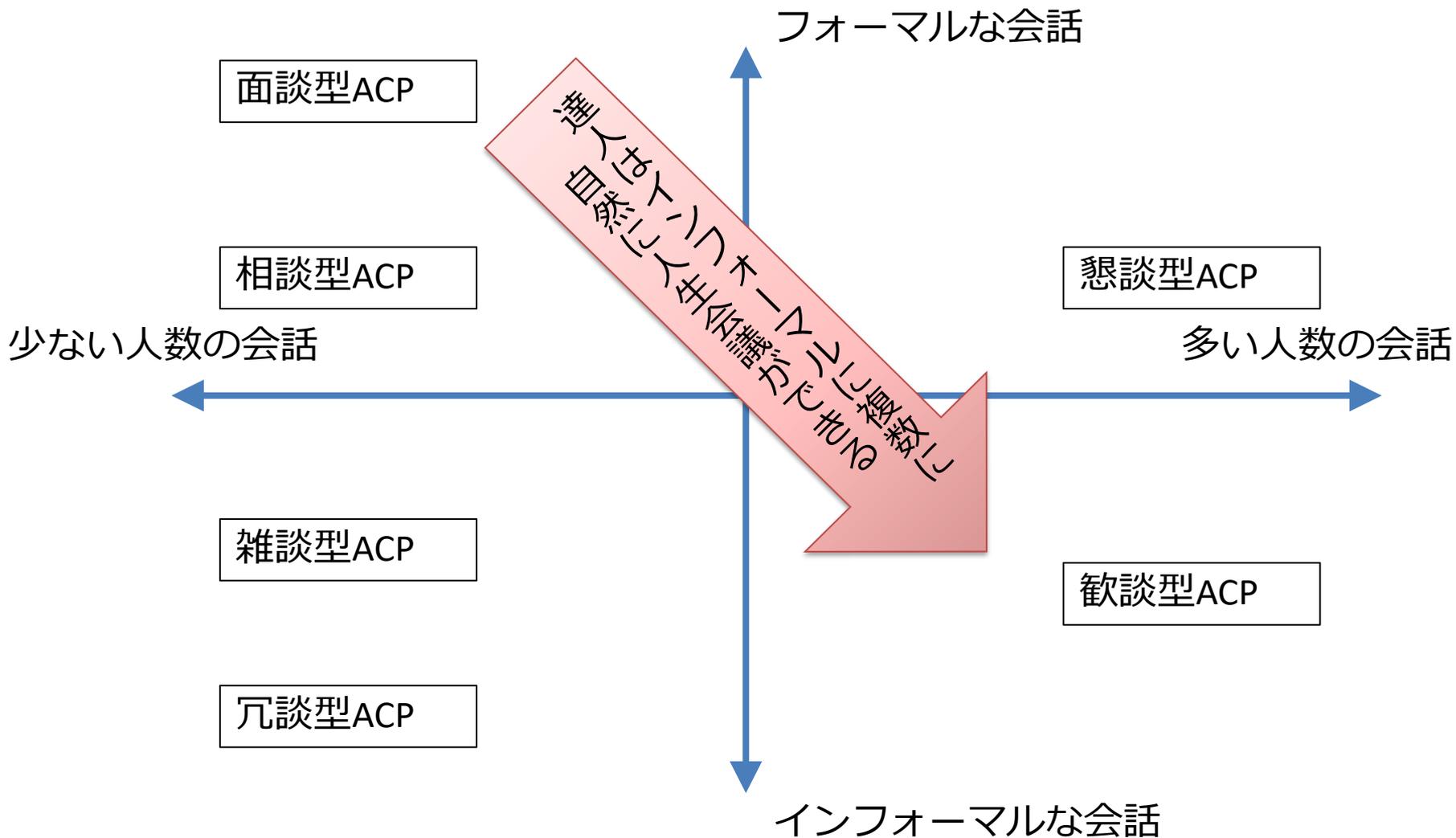
- 今の健康状態のこと（普通に意思決定できる）
 - ナウ・ケアプランニング(current in-the-moment decision making)
 - 今日具合が良いし温泉に泊まろうと思う
- 今とは違う健康状態になった時のこと（そのときにも考えられる）
 - 広義のアドバンス・ケア・プランニング
 - もし通院できなくなったら
 - もしトイレに行けなかったら
 - もし痛みが強くなったら
- 意思表示できなくなった時のこと
 - 従来 of 狭義のアドバンス・ケア・プランニング
 - もし心停止したら
 - もし意識不明になったら
 - もし重度の認知症になったら

アドバンス・ケア・プランニングによって話し合う 内容による分類

森雅紀 森田達也「Advance Care Planningのエビデンス」医学書院,2020 p187

- 医療上の終末期の話し合い(medical End-of-life discussion)
- 医療に関係ないその人のこと(Non-medical End-of-life discussion)

アドバンス・ケア・プランニングを どのような型で実施するかによる分類 (大友オリジナル)



ピン・ピン・コロリ（P P K）を欲望するか、 安楽寝たきりを欲望し、死をことほぐか による分類

名郷直樹「いずれくる死にそなえない」生活の医療社,2021

- 現代の世の中は健康を欲望し、それがかなえられなければ「死んだほうがまし」とピンピンコロリ（P P K）を欲望する。それは優生思想ではないのか
- 安楽寝たきりを欲望し、死をことほぐ死を避けない社会があるのではないか



「自分らしさ」という言葉の中で承認されることを望むか、
他者と生きることにより引き起こされる変化の中で生き直
し続けるのか、による分類

磯野真穂「他者と生きる」集英社新書,2022

- 「自分らしい」という言葉は
「自分らしい死」の中に織り
込まれた他者の意志や承認を
覆い隠している
- その人が/自分が死にゆく存在
であることを他者と生きるこ
とにより引き起こされる変化
の中で生き直し続けるのか



第7回日本アドバンス・ケア・プランニング研究会年次大会

「人生会議解体新書」を開きます

- 日時：2022年9月10日
- 完全オンライン開催
- 誰でも参加できます！
- 演者
 - 名郷直樹先生
 - EBMの大家。「いずれくる死にそなえない」など著書多数
 - 磯野真穂先生
 - フリーの文化人類学者、医療人類学者。「他者と生きる」「急に具合が悪くなる」など著書多数
 - 森田達也先生
 - 日本における緩和ケア研究の第一人者。「Advance Care Planningのエビデンス」など著書多数
 - その他企画中です

今日の結論

1. 文化に即した包括的なプログラムを作る
2. 地域で不足している課題を見つけて、改善策を探る
3. 患者が信頼している人がACP介入する
4. コミュニケーションスキルの改善は役立つ
5. 「目的に一致したケア」を提供する
6. パンフレットや付随する映像の作成役立つ
7. 早期からの緩和ケアの中で行う
8. 時期、疾患、診療セッティング、内容によって分けて議論する

9月10日「人生会議解体新書」に参加して！