

令和元年度 第2回吹田市地域医療推進懇談会 議事要旨

1 開催日時

令和元年（2019年）10月9日（水）午後2時から午後4時5分まで

2 開催場所

吹田市役所 中層棟4階 第3委員会室

3 出席者

吹田市医師会 戸川雅樹委員

吹田市歯科医師会 千原耕治委員

吹田市薬剤師会 大森万峰子委員

大阪大学医学部附属病院 栗波仁美委員

済生会千里病院 岩間紀子委員

済生会吹田病院 小山信一委員

市立吹田市民病院 戎井力委員

おおさか往診クリニック 田村学委員

吹田市介護保険事業者連絡会訪問看護事業者部会 新田美和子委員

大阪府吹田保健所 柴田敏之委員

国立循環器病研究センター 野口暉夫部長 （代理出席）

4 欠席者

国立循環器病研究センター 泉知里委員

関西大学 黒田研二委員

5 案件

(1) かかりつけ医等の定着促進に関する市民啓発等のあり方について

(2) 第1回吹田市地域医療推進懇談会作業部会の進捗について

(3) その他

6 議事の概要 別紙のとおり

事務局 定刻となりましたので、吹田市地域医療推進懇談会を開催いたします。お忙しいところ御参集いただきありがとうございます。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

まず、懇談会の傍聴についてですが、本日は傍聴希望者が3名おられますので、傍聴基準に基づき、入室していただきます。

また、本懇談会の内容につきましては、終了後ホームページでの公開を予定しております。議事録作成のため、録音させていただきますので、よろしくお願いいたします。

次に、本日の委員の御欠席についてですが、関西大学の黒田委員と国立循環器病研究センターの泉委員につきましては、業務の都合により御欠席の旨、御連絡をいただいております。泉委員につきましては、代理出席としまして、心臓血管内科部長 野口暉夫 様に御出席いただいております。

それでは、以降の進行につきましては、委員長にお願いしたいと思います。委員長よろしくお願いいたします。

委員長 それでは、次第に従いまして、案件に入りたいと思います。案件1かかりつけ医等の定着促進に関する市民啓発等のあり方について、事務局より説明を受けます。

事務局 ー 資料1-1、1-2、1-3の説明 ー

委員長 それでは、本日の論点について、まずは想定1の、かかりつけ医等を持つことの目的やメリット、必要性について、議論を進めていきます。御発言につきましては、各職種のお立場からの視点と自分が市民であると想定した際の視点からの御意見をいただければと思います。

委員 他院ではできない高度な検査を行えることが当院の役割であると患者に説明すると、一番高度な検査をしてもらえると思ってしまわれる患者が多いです。そのため、検査後は近くの診療所にかかるようにお伝えすると、もう診てくれないんですかと言われる患者も多いです。大学病院は受診までに時間もかかりますし、待っている間に調子を悪くされる方もいらっしゃいますので、まず普段の状況を診てくれる身近な医師を持つことが必要であることを患者には伝えていきます。しかし、しっかり診てくれる病院のほうがいいという思いを持つ患者がおられます。研修医の制度も変わり、総合医の教育の上に、専門医があるという教育が行われてきています。どの医師でも、総合的に診れることを患者に伝える必要があります。また、医師自身も、総合的に診れるようにしておかないと、あの先生は診てくれないと言われてしまうと思います。

委員長 かかりつけ医の技量や対応等が必要かと思います。お伺いしたいのですが、かかりつけ医からの紹介があって受診される場合と、予約なしで受診される場合とで、病院側の対応に違いはあるのでしょうか。

委員 かかりつけ医の判断から、患者が紹介状を持って受診されますと、ある程度の情報がすぐに手に入ります。そうすると、その後の検査や治療等がスムーズに進みやすいです。いきな

り来院されると、一からの聴取になりますので非常に時間がかかってしまいます。また、患者が来院された目的もあいまいになってしまいます。そういったデメリットがあることを、患者は知らないのではないかと思います。

委員 患者にとって、かかりつけ医の定着促進というテーマが、少しわかりにくいのではないかと思います。かかりつけ医と病院医師とにどのような違いがあるのか。当院は、そこまで専門性が高いわけではないので、当院が処方する薬とかかりつけ医が処方する薬はさほど変わりません。かかりつけ医にかかることのメリットがわかるように啓発しないと、市民の方が理解してかかりつけ医を持つことにはつながらないと思います。患者の中には選定療養費を払ってでも、受診される方も多いです。直接、来院された患者も予約の合間で診ていくことになり、その患者の方が待ち時間が短かったということもあります。当院としても、かかりつけ医の啓発を進めていきたい反面、防御壁がなく、実際は何もできない現状があります。来年4月の診療報酬改定を控え、かかりつけ医紹介窓口を設ける予定としています。そこで、きちんとかかりつけ医について、説明することができるのか。定義を見ますと、身近で頼りになる医師ということなので、そういった医師を紹介できるのか、そのための情報が整っているのか、といった不安はあります。

委員長 初診でかかる時と慢性疾患で処方をする二つの場合があると思います。病院として、初診の方はかかりつけ医への紹介を行うとともに継続している患者への働きかけも行うのでしょうか。

委員 退院支援の際に、退院後は地域の診療所で診てもらう方が、受診の際の待ち時間も少ないことや入院が必要になってもスムーズに紹介してもらえらること等、医療機関にも役割があることを御説明しています。

委員 昔は、逆紹介についての患者の抵抗が非常に強かったのですが、最近は少しずつ目的やメリットを理解していただけているように思います。当院では、10年前から逆紹介の窓口を設置し、医師からの依頼に応じて、近くの診療所を紹介するようにしています。ただ、しばらくして、当院に戻ってくるケースもあります。月に、延べ2万人ほどの患者が、外来に来ている中で、およそ10パーセントが薬のみの患者になります。そういった患者を近くの診療所において、専門性、緊急性のある患者を受け入れることが大切だと思います。当院では、紹介状を持つ方を優先にして、予約なしの初診で来られた患者はかなり待ち時間があります。

委員長 紹介状を持って受診された方と予約なしで来られた方とは、その後の逆紹介のしやすさは違うのでしょうか。

委員 紹介状をお持ちの方へは、スムーズに逆紹介ができます。また、生活習慣病をお持ちで薬だけの処方のために、継続している患者が多いので、そういった患者について、再診時選定療養費を適応することも対策の一つかと思います。ただ、再診時選定療養費の条件として、

確か診療時間を 20 分から 30 分行う必要がありますので、その点がネックとなっています。この条件が少し緩和されれば導入することもできるのですが。

委員長 確かに、診察時間を 20 分から 30 分というのは、非現実的ですよ。

委員 去年の 12 月移転後、選定療養費を引き上げし、かかりつけ医制に基づいて、紹介患者を診ています。ただ、患者層に顕著な変化はなく、市民病院の使命として、来られる患者を受け入れています。かかりつけ医が決まっていないうちに、当院をかかりつけとする理由をお尋ねすると、ここが一番近いからかかっていると話される方が多くいらっしゃいます。自分の病院とさせていただいている患者が多いことはありがたいことです。ただ、少しずつかかりつけ医制というのは普及してきているのではないかと思います。当院ですぐにできることとして、入院患者の逆紹介を進めておまして、今で 6 割ほど実施しております。逆紹介がさらに進むことによって、入院された患者にもかかりつけ医について理解していただけるのではないかと思います。ただ、多数診療科を受けられている方が非常に難しいです。お薬手帳を見ても複数の医療機関から処方されている方も多いため、お薬手帳の中にかかりつけ医を記載する欄があると、患者にも意識付けができるのではないかと考えております。このような取組を地道に続けることによって、かかりつけ医から当院へ、当院で診れない場合はより専門的な病院へ紹介をする流れができていくのではないかと思います。

委員長 病院で一定期間診たら、逆紹介を行うという考えが、医療関係者や市民で共有できればいいのかなと思います。

委員 当院では選定療養費は 1 万円なのですが、それを理由に受診をやめる方はほとんどいらっしゃいません。予約者が優先になりますので、予約なしの患者が朝一番に来られても、診察を受けられるのが 15 時から 16 時になることが多いです。そういった患者は病状についても情報をお持ちでないため、非常に時間がかかってしまいます。そのため、もう一度予約を取り直すことをお勧めするのですが、そのまま当日診察を希望される方がほとんどです。その結果、外来診察を圧迫する要因となっています。

この辺りは都会なので病院がいくらでもあります。もし、ここが田舎で市民病院しかないのであれば、そこに患者が集中して病院がパンクしてしまう可能性もあります。そのため、地域医療が崩壊しないように、かかりつけ医を進める必要性というのは大きいと思います。福岡県の延岡市では、実際にそのような切実な状況があり、病院が立ち行かなくなり、医師会が中心となってかかりつけ医の普及啓発を行い、病院を守った事例があります。延岡市では切実な現状があり、普及啓発が進みましたが、吹田市ではこのような切実な現状はありませんでしょうか。吹田市は非常に病院に恵まれた地域なので、かかりつけ医が必要な切実さが伝わらないのではないかと思います。また、吹田市民であれば、吹田市民病院にかかればいいじゃないかと言われたら、どのように返せばよいかも難しいと思います。かかりつけ医からの紹介ケースは予約なしの初診患者に比べて、三分の一ほどの診察時間で済みますので、メリットは大きいです。予約なしで受診した結果、時間やお金が多くかかってしまうケース

があることをお伝えしてもいいのではないかと思います。

委員長 紹介患者と予約なしの患者の比率はどのくらいでしょうか。

委員 私の診察が月曜日なので、予約なしの患者が多い傾向があります。だいたい紹介患者が8人から9人、予約なし患者が2人から3人ほどです。

委員長 やはり、紹介状をお持ちの方が、診療がスムーズにいくと思います。緊急性がある患者の場合、かかりつけ医が予約の際に説明すれば、早く予約を取ってもらえるような配慮もありますか。

委員 患者の症状と状態を加味して、緊急性が高ければ救急外来を紹介したり、予約時間を調整しています。

委員長 かかりつけ医が予約をする際に、緊急度等の情報を伝えるとスムーズに受診を受け入れてもらえるのですね。

委員 日本歯科医師会のホームページ上にも載っていますが、かかりつけ歯科医を持っている方は、大体66パーセント程いらっしゃいます。ただ、かかりつけ歯科医の役割については、症状がある時だけに行くところと考えておられる方もいます。定期的に受診する必要があることを理解されている方は、その半分ぐらいです。かかりつけ歯科医の定義は、治療するだけではなくて、患者に寄り添える、あるいは地域に根差した活動を行う歯科医であることを啓発していくことが課題であると思います。それを啓発することでメリットや必要性が理解していただけるのではないかと考えています。

委員 かかりつけ薬局を持つメリットがわかりにくい点がありますが、それ以外にもかかりつけ薬局が進まないのには、かかった医療機関の近くで薬をもらうほうが便利だという患者の意識があると思います。メリットをもっとわかっているために、処方薬だけではなく、市販薬、健康食品、サプリメント等も含めて一元化し、継続的に管理することがかかりつけ薬局の役割であることを啓発する必要があると思います。患者自身で一元化し、管理することは難しい面もありますので、そういったメリットを患者に感じていただきたいと思います。想定1に受診機会が少ない、飲んでいる薬もないとありますが、国の施策で健康サポート機能を持った薬局の推進が挙げられています。薬局をファーストアクセスの場として、ちょっとした健康相談や食事指導等でも利用することができます。そういったメリットを知っていただく努力を継続していきたいと思います。

委員 想定1のメリット、必要性ですが、かかりつけ医を持つことのメリット、デメリットについて、一般の方はほとんどわかっていないのではないかと思います。選定療養費を払ったら、診てもらえないじゃないかと考える患者が多いと思います。私は大学病院にいる頃、選定療養

費は 2,000 円程でした。紹介状を書いてもらう費用と大差はないので、選定療養費を払って大学病院を受診される方が多くいらっしゃいました。当時、選定療養費を 1 万円にしたらいいのではないかと提案すると、そんなことできるわけないだろうと言われていました。先程のお話を聞いて、ようやくそういう時代になったのかと思いました。大きな病院に行くとい万円から二万円かかる、自己負担が発生することを、もう少し明確にしないといけないと思います。そうしないと、大病院志向は変わらないと思います。想定 2 の定義、役割がわからない点についても、おそらく一般の方はほとんどわかっていないのではないかと思います。かかりつけ医の定義を見ますと、かかりつけ医は休日や夜間も患者に対応できる体制を構築すると書かれていますが、このような先生はほとんどいないのではないかと思います。あなたや御家族の健康状態を把握している先生のような、もう少しわかりやすい定義にすればいいのかなと思います。想定 3 について、どうやってかかりつけ医を選んだらいいのかは、多くの方が悩まれているのかと思います。各先生の専門や特徴がわかる情報を公開するといったことが大切だと思います。この三つの想定に対応すれば、かかりつけ医が浸透するのではないかなと思います。

委員 訪問看護師の立場からですが、訪問看護に行かせていただく方は訪問看護指示書をいただきますので、それを書かれるのはかかりつけ医になります。そのため、私たちが訪問する方々には、必ずかかりつけ医がいらっしゃるという前提になります。治療だけでなく、生活環境に至るまで聴取していただける先生も多く、かかりつけ医を持っていることに疑問を持つ方は少ない印象を受けます。訪問看護指示書は病院からいただくこともありますが、訪問看護の報告書をあげる際に、調子が悪ければ連れてきてと言われる。しかし、訪問看護を利用される患者は、度々病院に行けない方が多いです。そのため患者に対して、家の近くでかかりつけ医を持ちませんかと提案しても、それでも病院がいいとおっしゃる方が多いです。また、患者がよくおっしゃることは、かかりつけ医は夜間対応もしてくれることに対して、病院でも夜間は救急対応できる。だから病院のほうが良いとおっしゃられます。また、かかっている病院の先生を信頼されており、一方で診療所の先生への逆紹介を提案されても、その診療所医師の人となりかわからないので、かかりつけ医を持つことにつながらない方もいらっしゃいます。病院から逆紹介を提案されたことに対して、私は見放されたと感じて、非常に怒る患者もいらっしゃいます。他には、かかりつけ医から専門病院を紹介されると、同じ検査をされるので、それなら最初から大きな病院に行きたい方も多いです。それから、かかりつけ医は年齢層が高く、若い先生がいなくておっしゃられる方もいます。病院のほうが最新の治療を受けられると認識されており、病院を選ぶ方もいます。メリットや目的についての様々な啓発がなされていますが、先ほど申し上げたような理由から、メリットや目的を見い出せないとおっしゃる方は多いと思います。かかりつけ医が定着している患者もおられますが、かかりつけ医を持つことに抵抗を持っておられる方もいることを感じています。

委員 吹田保健所では心臓のクリティカルパスについて、かかりつけ医と専門医療機関の役割分担や医療連携について検討を進めています。また、保健所が支援する患者は、難病や小児慢性特定疾患等で自宅療養をされている方が多く、往診は決まった先生に来ていただいている

ことがほとんどです。そのような在宅医療を受けられる方にとっては、かかりつけ医を持つメリットは大きいと思います。一方で、保健所では市民からの医療に関する相談を受けており、相談の中には、近所の診療所にかかっているが病院を変えたい等の相談を受けることがあります。元々の医療機関での診療の経過があったほうがスムーズに診療がなされることを説明しますが、それを言うと元の病院の先生が気分を悪くするのではないかと心配され、言い出しにくいとおっしゃられる方もいます。

想定1については、必然的にかかりつけ医を持つことのメリットを享受されている方と、かかりつけ医に対して遠慮がある方々とおられます。かかりつけ医を持つことのメリットを、行政が伝えていく必要があると思いますが、実際の現場の先生方からも伝えていただくことも有効な手段ではないかと思えます。

委員長 それでは、次の論点に移りたいと思います。二つ目の想定される要因としまして、②かかりつけ医等の定義や役割がわからないのではないかについて、御議論いただきたいと思えます。

委員 当院の外来はパンクしつつありまして、診療科目によっては予約制限が一部かかっております。当院を受診される6割近くの患者が紹介状を持って、予約の上で受診されます。今までは、予約の受診件数が増えていましたが、今年度に入ってから予約外の受診件数が増えてきています。それは非常に予約が取りにくい状態にあるため、診療科によっては、1年待ちのこともあります。そのため、閉めざるを得ない診療科目があることを、患者にわかってもらう必要があると感じています。また、患者にも見捨てるわけではなく、紹介状を持って来られたら、また受診することもできるから、かかりつけ医を持つようにお話をしています。かかりつけ医紹介システムというものを院内でも立ち上げておりまして、逆紹介する努力もしています。ただ、それでも何とか診てもらいたいとか、他の診療科でもかかっているの診てもらいたいとおっしゃる方も多いです。

実際の事例なのですが、すごくふらふらしている患者が初診で来られた際に、お薬手帳を見ると利尿剤が3種類も出ていることに気づき、脱水が原因であることがわかりました。薬の管理を一元化することをお勧めし、再度来院されたところ薬も整理されており、ふらつきの症状も改善し、元気になられている方がいました。患者には、一元化のメリットを感じていただけたのではないかと思います。このようなメリットを感じてもらえるような事例を、各医療関係者も御紹介できればいいのかなと思えます。

委員長 私からも診療所医師の視点から一言発言いたします。かかりつけ医を持つことのメリットとしては、健康診断を患者に勧めたり、必要に応じて専門医を紹介できる点です。病院や専門領域の開業医の場合は、自身の専門分野しか診ないといった医師も多いと思えます。

委員 予約枠はたしかにいっぱいになります。最近は医師の働き方改革もあり、医師に大きな負担はかけにくい状況にあります。病院を受診する際には、どこの病院でも必ず紹介状がいるような仕組みが必要だと思えます。ただ、医療はフリーアクセスなので、難しい点だと思

ます。例えば、かかりつけ医認定制度のようなものがあって、吹田市医師会から認定を受けている医師からの紹介であれば、紹介時は病院予約枠を優先してとれる等の仕組みがあれば、進むのではないかと思います。仕組みの転換がなければ進みにくいと思います。

委員 急性期病院は専門性のある疾患を診て、必要に応じて入院させることを院内にも掲示等で周知しております。各委員のお話を聞き、かかりつけ医に関するコーナーを作るなど、役割を伝えるような周知をしないといけないと感じました。先程の予約状況がいっぱいであるお話がありましたが、当院では、予約枠がいっぱい等の現状までは起こっていません。現在は、逆紹介率は 110 パーセント近くあり、紹介いただいた患者は必ず返すことを行っています。もし予約枠がいっぱいになったら、より一層、逆紹介を進める等の対応をしていく必要があると感じています。想定 2 に書いているとおり、どの診療科をかかりつけ医としたらよいかわからない方というのは、意外と選定療養費を払ってでも病院を受診されている方が多いと思いますので、もっと情報提供していく必要があるのではないかと思います。症状にあった診療科目やクリニックについて相談できるような、ダイヤルがあると思いますので、大病院への飛び込み受診がないよう、それを活用していただければいいのではないかと思います。

委員 薬局にも、こんな症状だけど何科にかかったらいいのかを聞かれる方もおられます。

委員 おそらく大阪府医療機関情報システムのことだと思います。市区町村単位と診療科目単位等で、近くの医療機関を紹介することができます。

事務局 吹田市でも医療機関や介護事業所を検索できるシステムを設けており、大阪府でも大阪府医療機関情報システムがございます。そのどちらもあらかじめ検索したい診療科目を指定して検索するものになります。委員がおっしゃっておられる、どこにかかったらいいのかわからないということを相談できるものは、おそらく #7119 のことではないかと思います。今すぐ受診した方がよいか等の相談ができるダイヤルになります。

委員 当院では、紹介率が約 70 パーセントで、逆紹介率は約 60 パーセントとなっております。当院としては、かかりつけ医制に基づいた病診連携をとっていきたいと考えています。市民病院という性質上、診察券を持っておられる方も多く、初診で来られる方が多いです。そのため、どの診療科目も初診外来を設けております。初診の方の待ち時間が長くなると、投書箱に患者の声が挙げられることもあります。市立で、市民の病院でありますので、患者サービスを充実させる必要があると考えております。かかりつけ医は、体の不調を感じた時に、最初に思いつく医師のことだと思います。それは、何科の医師でもいいと思います。かかりつけ医推進等の地域医療推進に関しては、当院では患者支援センターを中心に行っていければと考えています。

委員 事務局に御質問なのですが、想定 1、2 に対する模範解答というのはあるのでしょうか。

事務局 市民が感じている思いや意識から、かかりつけ医の定着が進まない要因を深掘りすることを目的に、このような想定をしております。それにより、逆に、目的、メリットを具体的にどのように伝えればよいのか、また、とるべき行動がどうあるべきかについて、どのように市民に具体的に伝えればよいかを、次の論点として委員の皆様にご議論いただきたいと考えております。

委員 わかりました、私の意見なのですが、実はかかりつけ医を持つことのメリットはないのではないかと思います。結局、患者がかかりたいのに、かかれなくするというシステムなので、メリットは感じにくいかと思います。一人一人が我慢しないと、病院医師がオーバーワークになってしまうことや、先ほど申し上げました延岡市のように、本当に重大な疾患の時にかけられない可能性もあるので、些細な病気の際には診療所を受診することを、市民が納得する必要があります。そのため、最終的なメリットはあるのですが、ちょっとしたことにメリットはないんですね。我慢する点についてどうしていくのが難しいと思います。そのため、システムで縛らないとうまくいかないのではないかと思います。イギリスやアメリカは、システムがありますよね。それも、必ずしも家庭医を受診する必要があるのではなく、相応の費用負担があれば、病院も受診できるシステムです。

委員 そういった仕組みがあれば、ポリファーマシーの問題も起きにくいですよ。複数の医療機関にかかることで、ポリファーマシーの問題は起きやすく、非常に問題になっています。

委員長 続きまして、三つ目の想定される要因としまして、かかりつけ医等の持ち方、選び方がわからないことについて、御議論いただきたいと思います。

委員 かかりつけ歯科医をどのように選べばいいかを聞かれた際には、近くの歯科医を受診するように伝えていきます。かかりつけ歯科医の定義については、日本歯科医師会ではポスターを作成しておりますし、自身でも講演会等でお伝えすることもあります。選び方と言われると難しいのですが、お口や栄養のこと等、なんでも相談のできる歯科医を選んでくださいとお伝えすると思います。

委員 薬局では、患者からどこかいい医療機関がないか聞かれることが多いです。

委員 大阪府医療機関情報システムで検索すれば、様々な条件で検索可能なのではないかと思います。

委員 患者からよく聞かれるのは、その医師がどのように接してくれて、どんな感じなのかを聞かれます。なかなか病院から離れていかない患者というのは、病院にずっとかかっていたというよりは、その先生にずっと診てもらいたいという思いが強いのではないかと感じております。患者は医療機関への様々な思いを薬局でおっしゃられることが多いです。

委員 当院では逆で、患者は医師にはつかない印象です。当院とアクセスしていることに意味があると感じている患者が多くおられると思います。

委員長 3か月に1回は病院に受診しておけば、定期的にアクセスしていることになり、日々の投薬やコントロールは診療所に返すことも可能ですよね。

委員 それでなんとか納得していただいて、帰っていただいております。ただ、外来でかかりつけ医の話をする、外来が回らないんですね。かかりつけ医の話をして、患者からは、冷たい、見捨てられた等を言われることもあり、すぐに納得される方はあまりいません。外来もぎりぎりでするので、かかりつけ医の話をするよりは、次回、三か月後に予約してもらったほうが、外来がスムーズに流れます。また、逆紹介を行ったことで患者数が減少し、外来はスムーズになったとしても、売り上げは減少した等と言う経営者もいるかと思えます。やはり一つ一つの病院が頑張るのではなく、みんなで考えていかないとまいいかないと思います。

委員長 それでは、次の案件に移ります。案件2吹田市地域医療推進懇談会作業部会の進捗について、事務局より説明を受けます。

事務局 — 資料2の説明 —

委員長 ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の作業部会について御意見をいただければと思います。日々在宅医療の現場に立たれている委員のお立場から何か御意見等ありますでしょうか。

委員 ACP（アドバンス・ケア・プランニング）をどのタイミングで、誰が、どこでするのか等の御議論をされたものかと思えます。タイミングは確かに難しいと思います。あまり早くやりすぎると、私はもうそんな時期かと思われ、信頼関係が崩壊することもあります。厚生労働省では、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の愛称を人生会議と決定しましたが、少し違和感があるなど感じていました。作成した委員からお話を聞いたのですが、アドバンス・ケアまでは日本語訳できるのですが、プランニングが訳しにくいようです。プランニングというのは、プランを何回も重ねるという現在進行形であるので、会議を何回も開いてくださいという意味を込めて人生会議という愛称にしたようです。ということは病院では、短期の入院の方に何回も話し合いを行うことは難しいですよね。場所としては御自宅という形になるので、主導権はケアマネジャーが担う方がいいのではないかと考えています。医師も関与した方がいいのですが、それほど深くは関与できないです。在宅医療で一番関与しているのは訪問看護師になります。次に患者のことを理解しているのはケアマネジャーになります。ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を行う際は、訪問看護師が中心となって、主導権はケアマネジャーがとって、会議を重ね、患者がこういう生き方をしたいという意向を伝えられたらいいと思います。

事前指示書やDNAR（蘇生拒否指示）の問題も出てきましたが、日本では法的位置づけがないので、臨床現場ではかえって困っていると思います。リビング・ウィルや事前指示書を出されますと、家族はこれがすべてだと思っているでしょうが、出された医療関係者は蘇生拒否等が書かれていてもしないわけにはいきません。現場の先生方は非常に困るものではないかと考えています。

委員長 ACP（アドバンス・ケア・プランニング）というのは、業務の一環として、日頃からされている内容なんですよ。

委員 そうです、在宅医療では普通にやっている内容です。自然と、本人家族や各関係機関等みんなが集まって、やっていた内容がACP（アドバンス・ケア・プランニング）そのものだと思います。

委員長 ACP（アドバンス・ケア・プランニング）と言いますと、文書等を作成するイメージもありますが、委員のところではされていますでしょうか。

委員 文書を作ることのデメリットもあります。ただ、患者に文書を書いてくださいと依頼する時点で、信頼関係が揺らぐ場合があります。患者にとっては、先生はちゃんとわかってくれていると思っていたのに、わざわざサインしないといけないんですかと言われることもあります。なかなか難しい問題だと思います。

委員 ACP（アドバンス・ケア・プランニング）という言葉が最近出てきましたが、日常のサービス担当者会議であったり、先生が往診に来られた際に関係者が集まって、患者の希望に応じて、自宅での看取りなのか、入院したいのか等といった会議を積み重ねていたことが、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）なんだろうと思います。さきほど、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の主導権についてお話がありましたが、私は主導権は主治医に担っていただくほうがスムーズにいくと感じています。もちろんケアマネジャーが司会者で、訪問看護師は本人の状態をお伝えして、先生と本人家族で相談していく積み重ねと認識しています。医師が説明するほうが、本人や家族にスムーズに入っていく印象があります。在宅療養者が一時的な入院から帰ってくる際に、病院の先生からは予後の説明が一切されずに、在宅に帰ってくるパターンが結構多いです。そして予後の説明等は、かかりつけ医にすべて委ねられていることもあります。そのため、主治医も予後に関する説明を行うと、病院の先生はいい、そのようなことを伝えてくれなかったと感じる方や、本当にその告知が正しいのか、在宅医に信頼を置いてもらえないようになってしまうこともあります。ACP（アドバンス・ケア・プランニング）という言葉が全国的に啓発されていますので、外来通院の方でも、退院して在宅に帰られる方も、情報を本人や家族、医師同士の共有事項にさせていただけると、在宅でのサポートがスムーズだと思います。

委員長 病院の方では、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の取組はどのような状況でしょう

か。

委員 ちょうど、先日に ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を実践されている神戸大学の先生の講演会がありました。私も少し勘違いしていました。ACP（アドバンス・ケア・プランニング）のアドバンスは、前向きにという意味だそうです。病気に直面していなくても、考える機会を持つことが大切です。ACP（アドバンス・ケア・プランニング）といたらいきなり看取りの話をするのではなく、何を大切にしているのかを話し合うことが大切だそうです。ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の基になっているアドバンス・ディレクティブ（事前指示）は、アメリカで初めにされた時には失敗したようです。なぜかという、患者自身の意思決定について、家族が共有できていなかった点にあると言われていました。そのため、患者本人と家族が共有することが大切です。また、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）は全員にする必要はないと話されていました。ACP（アドバンス・ケア・プランニング）はあくまでも自分の意思決定、表示ができなくなった時に考えるものなので、そこを患者、家族と話し合っておくことが大切です。そして一番最初のとっかかりは医師がすべきだということで、話し合いの過程で聴取した患者が大切にしていることをカルテに記載しておくことが大切だと言われていました。今まで聴取したことを踏まえて、予後に関するお話をするとスムーズに導入できやすいと話されていました。何が大切かを聞くところから入っていくことが大切だという学びがありました。

委員 当院で地域の医療介護関係者対象に実施している緩和を考える会で、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の啓発を行うことを考えております。患者の語りを集めた冊子の作成を考えておまして、2,000 から 3,000 部ほど作成し、医師に読んでいただいたり、当院で患者に配布し、患者側の意識の変化の調査をさせていただき予定にしています。患者の心に残るのは画像だと思いましたので、昔の写真等を通して、入院している時に、先生に、こんな表情をしていた患者なんだということを見せられるような、その人のストーリーがわかるような研修会を考えています。

委員 当院では、この作業部会に看護師が参加させていただいております。当院でも、倫理的課題が問題となっていますので、外部のコーディネーターに入っただき、臨床倫理チームを多職種で作っていく動きがございます。

委員 現時点で、当院での積極的な ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の取組はありませんが、がんの治療に入る時点で ACP（アドバンス・ケア・プランニング）のようなお話をしていく必要があると思います。患者にとっては、治療から緩和に変わるというのは受け入れがたいことだと思います。良性疾患を含めて患者にとってどのようにするのが一番いいのかを、話し合い納得して最期を迎えられるかというのが、今後の課題だと思っています。

委員 当院では、現在 ACP（アドバンス・ケア・プランニング）に関する取組はございません。ただ、心臓の緩和というのがここ数年のトピックスとなっています。がん患者の中で、ステー

ジⅣで、予後不良の方でも、山登りができるほど体力が残っておられる方もいらっしゃいます。一方で、心不全の方というのは、もうダメだという段階では、点滴につながれており、家にも帰れない状態の方が多いです。心臓の難しいところは、頑張ったら持ち直すことがあります。医者も今が一番最後の段階なのか、やってみないとわからない面があります。その中でも、何回も死線を越えてきた方には、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）にかかる内容について説明をしています。また、私がしていることとしましては、本人が医療関係者にどのようなことを言っていたかを、カルテに残すようにしています。例えば、御本人が奥さんに言って、それを股聞きした情報等です。心臓疾患は急変がありますので、様々な事例を冊子のような形で書いておくことも必要かと思えます。また、介護保険施設等から救急搬送される方で、御高齢で意思表示も難しいような段階の方に、家族とも連絡がつかない状況で本人の意思に沿うのかわからないカテーテル手術を行うのかどうかを疑問に感じることもあります。医師には治療を辞める権限はありません。介護保険施設等へのACP（アドバンス・ケア・プランニング）啓発は、特に進めていく必要があると思えます。

委員長 ありがとうございます。それでは資料3 令和元年度医師・病棟看護師等病院職員対象研修会について、事務局より説明を受けます。

事務局 — 資料3の説明 —

委員長 それでは、これをもちまして終了とさせていただきます。
本日はお忙しい中、誠にありがとうございました。