

令和元年度 第1回吹田市地域医療推進懇談会作業部会 議事要旨

1 開催日時

令和元年（2019年）8月29日（木）午後2時から午後4時5分まで

2 開催場所

総合福祉会館 集会室

3 出席者

吹田市医師会 財田滋穂委員、おきしろ在宅クリニック 沖代奈央委員
吹田徳洲会病院 辻文生委員、済生会吹田病院 是澤広美委員
吹田市介護保険事業者連絡会訪問看護部会 玉井真由美委員
吹田市介護保険事業者連絡会居宅介護支援事業者部会 喜多記子委員
大阪大学 神出計委員

4 欠席者

吹田市介護保険事業者連絡会訪問看護部会 三輪真由美委員

5 オブザーバー

吹田市消防本部 藤原雅宏参事

6 案件

- (1) 令和元年度吹田市地域医療推進懇談会作業部会の趣旨について
- (2) 人生の最終段階における医療やケアに関する意思表示や支援の現状と課題
- (3) 市民への情報提供や啓発の在り方について
- (4) その他

7 議事の概要 別紙のとおり

事務局 それでは定刻になりましたので、吹田市地域医療推進懇談会作業部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。よろしくお願いいたします。

では、本日の配付資料の確認をさせていただきたいと思います。

－資料の確認－

事務局 それでは、開会に当たりまして、事務局から御挨拶申し上げます。

－挨拶－

事務局 それではまず、本日は作業部会の初日でございますので、委員の皆様の御紹介と、事務局職員の紹介をさせていただきます。お手元の参考資料1 令和元年度吹田市地域医療推進懇談会作業部会委員名簿を御覧ください。

－委員の紹介－

－事務局の紹介－

事務局 続きまして、参考資料1を御覧ください。吹田市地域医療推進懇談会設置要領第8条に基づきまして、本作業部会を設置いたしております。

また、第8条第3項に、部会の運営について規定しておりまして、第5条の規定の例により、本作業部会にも委員長及び副委員長を置き、委員のうちから市長が指名すると規定しております。これに基づきまして、委員長と副委員長を指名させていただきました。次に、参考資料3の、吹田市地域医療推進懇談会の傍聴に関する事務取扱基準に基づき、本作業部会も傍聴可能としております。本日は傍聴希望者が3名おられますので、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ので、議事録作成のため、録音させていただきますことを御了承ください。

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）令和元年度吹田市地域医療推進懇談会作業部会の趣旨について、事務局より説明いただきます。

－【資料1-1、1-2】【参考資料4-1、4-2】の説明－

委員長 本日のスケジュールとしましては、まずは各々の現場における患者さんとのやりとりの中で、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を行う上で大切にしている点や

感じている課題等を御発言いただきたいと思います。例えば、在宅医としては、病院からの紹介状の中でDNAR（蘇生不要指示）の内容が記載されていた時に、病院において、どこまでACP（アドバンス・ケア・プランニング）に関する話が具体的に行われているのかを把握することができない現状があります。一方で、病院側としても、入院された患者さんが、在宅でどこまで話がなされているのかが分からないといった課題もあると思います。

まずは、現場の課題や現状をそれぞれの立場からお話いただきまして、その内容から今後の論点を定めていきたいと考えております。さきほど、事務局の方からは本作業部会の論点についてお話いただきましたが、本作業部会では各論的な内容ではなく、市民や医療介護関係者への啓発を中心に総論的な議論を進めていきたいと思えます。

それでは、よろしく申し上げます。

委員

私が訪問診療する方は通院が難しくなってきた方ですので、予後不良の方も多いです。まず、患者さんにお伝えすることは、医療は受け身ではなく、あなたが主体であり、あなたの希望に沿った医療がしたいということです。驚かれる方も多いたりますが、人生の最終段階における医療を考える上では大切な姿勢になります。また、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）はさあ、今からやりましょうと言って、膝を突き合わせても、うまくはいきません。ACP（アドバンス・ケア・プランニング）は、死を意識した話になるので、どうしても暗い話題の印象を持たれ、患者さんを警戒させてしまうこともあります。まずは、警戒心を解く意味も含めて、あなたにとって今まで大切にしてきたことや、最期まで何を大切にしていきたいかを初めに聞くようにしています。その際にツールがあるとうまくいきやすいので、私はツールを利用しています。

委員長

一時期、在宅医が患者さん宅への初回訪問時に、あなたはどこで死にたいですかと最初に質問したことが、社会問題となった事例もありました。ツールを使うことによって、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）導入に際して医療者側の手助けになればいいと思います。

委員

また、患者さんは看護師や薬剤師、リハビリ職等に本音を言うこともあります。そういった些細な情報が大切なのですが、その情報が大切と認識されておらず、関係機関同士できちんと共有できていないこともあります。そういった情報の大切さを各関係機関にお伝えしています。また、SNSを使って情報共有する取組を始めています。わざわざ電話連絡することに、ちゅうちょしてしまうような何気ない普段のやりとりも簡単に共有できます。

委員長

SNSを利用した情報共有は、多事業所間でも様々な情報を共有できるので、在宅での多職種連携を行う上で非常に大切なツールの一つだと思います。

委員 また、患者さんからは病院でどのような話をしていたかを、きちんと聞き取るようにしています。病棟看護師がよく関わり、話し合いをされているケースも多いので、その関わりが途切れないように意識して聞き取りをしています。

委員長 我々が目にするのは、診療情報提供書や看護サマリーぐらいなので、退院時カンファレンスに参加しておいてよかったという経験はあります。そういった情報共有も、在宅側だけでなく、病院の医師や看護師が関わってくれるような対応が必要かと思えます。

委員 今まで病院で医師として従事してきましたが、病院においてACP（アドバンス・ケア・プランニング）という言葉は知られていても、実践されていることはまだ少ないと思います。DNAR（蘇生不要指示）等は、医療提供者側を守る意味合いで病院では取り組まれているところもあります。病気というのは自分の死と向き合う一つの時期だと思っています。今まで健康だった人も病気になって初めて、自分の死について考えるきっかけとなります。そういった時期がACP（アドバンス・ケア・プランニング）を考える時期の一つだと思っています。私は死や尊厳死について、講演会を行うこともあります。日本は死について考えたり、話し合うことが遠のいている時代にあると思います。そのため、健康な人にACP（アドバンス・ケア・プランニング）の話をして、ピンとこないと思いますし、実際に行動変容がおき、家族等と話し合う方も少ないと思います。病院では、死と向き合う機会も多いですので、病院からACP（アドバンス・ケア・プランニング）を発信していくのはいい機会だと思います。

もしもの時にどうしてほしいかを考えておく必要はありますが、本人と家族の考え方がバラバラであるために、本人の意思が尊重されない不利益な医療が提供されていることも実際には多いです。本人の意思に沿った医療を行う上では、医療者側を国が守るのが一番ではありますが、吹田は吹田で何かルール作りが必要だと思います。何か統一のルールがないと、現場は大変だと思います。

委員長 DNAR（蘇生不要指示）とACP（アドバンス・ケア・プランニング）を混同して考えている方も多いです。DNAR（蘇生不要指示）というのはあくまで医療者側からの指示であり、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）は患者側からの指示です。ACP（アドバンス・ケア・プランニング）により延命治療を望まないという患者の指示が、医療者側にとって治療しなくてもいいという免罪符になってしまう危険性がありますし、消防の救急隊側にとっても、非常に難しい問題であります。医療者側も、患者さんが気管挿管や心臓マッサージ、電気的除細動をしないでいいと言っているから、ちょっとした不整脈でも処置しなくてもいい、となってしまうと問題です。それは患者さんの意思に反してしまうこともありますので、DNAR（蘇生不要指示）を鵜呑みにしてしまうのは問題があります。

委員の病院では、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を行うマニュアルやツールなどはありますか。

委員

当院は開院6年でありますので、まだそこまでの取組はありません。急性期の患者さんにACP（アドバンス・ケア・プランニング）を伝えようとしても、状態が安定していないので、落ち着いた段階で話すことが必要です。ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を行うタイミングとして、急性期病院から退院する時や退院後にかかりつけ医から話をする等が考えられます。ただ、かかりつけ医への負担が大きいと思いますので、それをサポートするような市としての体制作りが必要だと思えます。

啓蒙については、記入方式の冊子で、書くことを強要してはいけないと思えますし、実際に書いただけでは、行動変容につながりにくいとも考えられます。

病院では1分1秒長生きさせることを意識している医師がいる中で、在宅生活を意識したACP（アドバンス・ケア・プランニング）を行うことは自分たちの立場ではないと考えている医師もいると思えます。それは地域で考えることだと考えている医療スタッフもいると思えます。そういった問題に、病院も向き合わないといけないし、思い切った行動を起こす必要があります。ただ啓蒙するだけでは、行動変容につながらないと思えます。かかりつけ医の先生方も、診察の短い時間で死について話し合うことは非常に難しいと思えます。もしかすると医師がするのではなく、行政がもっと役割分担をして進めていく必要があるのかもしれない。死というナイーブな領域ですので、かかりつけ医だけに任せるのは荷が重いと思えます。病院で倫理委員会があるように、市全体で倫理委員会を持って、みんなでサポートしていくような改革も必要だと思えます。

委員長

ありがとうございました。続きまして、入退院を含めた現場での御意見をお聞きしたいと思えます。

委員

私は主にごん領域に関わっていますが、積極的治療が難しくなった時に、先生方はこれからの療養先であったり、どのように過ごしていくかを話し合うことが多いのが現状です。ごん以外の慢性疾患をお持ちの方に関しては、良くなったり悪くなったりを繰り返していきますので、見通しが立ちにくく、話し合うタイミングが難しいと聞かれています。当院では、ごんの告知をされた患者さんに認定看護師が担当で付き、関わりの中でその方の生活観や価値観等を伺っています。人員配置上、担当できる人数が限られていますので、ごん患者さんの一部にしか、関わっていないのが現状です。当院でのACP（アドバンス・ケア・プランニング）の取組として、まずは外部講師を招いてACP（アドバンス・ケア・プランニング）の職員研修をしていこうと考えております。また、院内体制として、相談窓口を設けたり、ガイドラインを作成することで、職員間で共通認識を持ち、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を推進していくことを考えています。また、主に看護師が患者さんから様々な思いの聴取をして

いますが、一人一人の聴取に時間がかかりますし、在院日数が短くなっている中で、難しさを感じています。継続して関わっていく上で、できることからしていかないといけないと感じています。まずは、経時的に見れるような記録様式を取り入れることを考えています。また、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）に関われる看護師の養成を目指して、意思決定支援に関する相談員研修というものがありますので、研修派遣を行って、看護師のスキルアップを目指していきたいと考えております。

委員長

退院時カンファレンスで直接聞く情報とサマリー文書のみでの情報は、その情報量に大きな差があります。退院前に病院で取り組まれたACP（アドバンス・ケア・プランニング）などの内容が、退院後の在宅の多職種スタッフにあまり伝わっていない現状があると思います。患者さんにとって病院で聞かれた内容を、在宅でまた一から聞かれることは避ける必要があるため、いかに病診間で情報がしっかりと申し送りできているかが大切だと思います。

委員

がん末期で退院された方が、1、2か月で状態が悪化していく中で、どのように信頼関係を構築するのか、どこまで情報の確認をすべきなのか等について不安になることがあります。ケアマネジャーは生活をサポートする立場にあります。そこで大事にしているのは、利用者さん自身が誰に信頼を寄せて意思決定をしているのかを先に把握して、そこにつないでいくことです。最期はホスピスに行きたいという希望をおっしゃられた利用者さんも、数日後の急変でやはり家で過ごしたいとおっしゃられることもあります。私たちが思っている見立てと本人が思っていることが少し違っていることが多くあるので、きめ細やかな情報をつなぐ役割であるケアマネジャーとしては課題と感じています。また、病院から在宅、在宅から施設等に移るごとに、情報の引継ぎは行なわれるのですが、引継ぎ漏れによって大切な情報が少し抜けてしまうこともあり、非常にもったいないと感じています。ケアマネジャーは時系列で、生活歴やどんな生き方で療養していきたいか、もしもの時に大切にしたいこと等を聞き取っていますので、きちんとそれを情報提供できるツールがあった方がいいと感じています。また、利用者さんに関わる各職種が把握している情報がうまく共有できればいいと思います。

ケアマネジャーはベースの職種が違うことが多いので、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を学ぶにあたっては学びのポイントが違ってくるのではないかと思います。

委員長

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）をした後の患者さんの精神的な変化については、ケアマネジャーからフィードバックしてもらうことが多いです。利用者さんと同じ目線で話し合いをされているのが、ケアマネジャーになります。経時的な患者さんのちょっとした気持ちを、多職種で把握することは大切です。

委員

訪問看護師の先輩方は個の力で自然にACP（アドバンス・ケア・プランニング）をこなしておられ、私たちもその考えを学んできたと思います。先輩訪問看護師は、在宅で、患者さんに老衰で亡くなるまでの病状説明を行っており、新人の頃、私は、これは医師の仕事じゃないのかなとも思いましたが、在宅においては、訪問看護師の役割でもあることを教えてもらいました。今まで個の力で行っていたACP（アドバンス・ケア・プランニング）を、どの看護師でもできるようにならないといけないと感じています。がん患者で、看取りを視野に在宅療養に移行される方にはACP（アドバンス・ケア・プランニング）の話はしやすいです。一方で、がんではなく慢性疾患等をお持ちの患者さんへは、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の話をするタイミングを掴むことが難しいです。本当は在宅で亡くなりたかったのに、入院となってしまいう方もおられました。話をするタイミングですが、死を間近にして今から話をしようでは遅く、何か病気になった時にこれからどんな治療を受けて、どんな生活を送りたいかを話し合えば、人生の最期の話にまで及んでいくのではないかと感じました。今まで関わった方で、自分は家になんか居れないから、ホスピスに行くと言って、ホスピスの予約をされていました。経過とともに痛みのコントロールが良好となり、在宅療養継続も可能な状態になりました。ただ、本人はホスピスを予約してしまっているので、ホスピスに行く。でも、家にも居れたのにねと言って、本人の意思には沿わないホスピスを選ばれた方もいました。私たちの関わり方が非常に大切だと感じました。

委員長

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の啓蒙についてですが、対象をどうするかをある程度考えなくてはなりません。特に病気を患っていない方、あと1年後に亡くなっても驚かない時期の方、数か月以内に看取りが必要な見込みの方など様々な段階があると思います。がん末期患者の半分以上が具体的な意思表示ができないというデータもあります。その時点になって初めてACP（アドバンス・ケア・プランニング）を話し合うというのを避ける目的で、前もって、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）という言葉にふれあっておいてほしいという思いがあります。

本日は吹田市消防本部からオブザーバーとして御出席いただいております。実際に急変した患者さんに関わられている救急の現場から御発言をお願いします。

オブザーバー

私の業務ですが、地域のメディカルコントロール協議会にも参画し、事務方で支える立場です。救急救命士の資格を持ち、二十数年現場にも携わってきました。実際に消防の救急救命士がどのような責務をもっており、119番をしたらどのようなことになるのか意外と知られていません。近年、救急現場にて蘇生行為を拒否されることが増加しております。消防隊は、地域ごとのメディカルコントロール協議会で作成された救急救命処置実施基準に基づいて、現場での処置を行っています。DNAR（蘇生不要指示）の取扱いにつきまして、医師と患者の間における契約関係であることから、救急隊を拘束するものではなく、救急隊はDNAR（蘇生不要指示）の旨を家族等から聴取しても、一次救命、二次救命処置ともに実施しなければならないとされています。

そのため、救急現場で拒否されるケースがあっても原則は救命処置を実施しなければいけません。

救命処置は、患者に接触して観察、判断し、家族に説明し、医師に相談し、薬剤投与や気管挿管などの医療処置を10分以内に行わないといけません。そういった中で、家族よりDNAR（蘇生不要指示）を言われたとしても、現状は問答無用で処置することはなく、医師より直接指示を受けて、判断を行います。例えば、一次救命処置のみを行い、搬送を行う等の指示を受けます。

また、池田市では事前指示書を作成されており、市民に配布されています。池田消防から伺ったのですが、媒体作成には消防が関与していなかったようです。実際に救急の現場で事前指示書を見せられると、救急隊としては非常に困ると言われていました。吹田市の場合は、初めから作業部会にも消防の立場から御参画させていただければと思います。

委員長

非常に切実な問題だと思います。例えば、家族からDNAR（蘇生不要指示）ですと言われた際に、救急救命士が在宅医に連絡する等の時間はないでしょう。また、事前指示書等は、法的な位置づけもされていませので、救急の立場としても難しい問題だと思います。在宅医は看取りのケースであと数週間かなという時期になると、家族には、状態が悪くなってきても救急車を呼ばずに、在宅医を呼ぶように伝えるようにしています。在宅看取りを希望されていて、家族や多職種で共有していたのに、それを知らない他の家族が救急車を呼んでしまったこともよくあります。最期の時間をゆっくりと過ごすためにも、在宅医や各関係者が、本人、家族へ十分に説明できているかも大切だと思います。

委員

すごく大切な話だと思います。8割近くの方は病院で亡くなるので、生活の場で死というものを見慣れていない方が多いと思います。自分や家族の最期について、シミュレーションできていない方も多いと思います。そのため、不安になるとすぐに救急車を呼んでしまう傾向にあると思います。救急車を呼ぶとどうなるのかを、知らない方が多いので、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）と同時並行で啓発することは大切だと思います。もし、本人がDNAR（蘇生不要指示）を示して、救急隊が救命しなかったとすると、別の家族がその判断について疑問を示すこともあるので難しい問題です。日本ではそういった場合に消防隊や医療者を守るルールがないのであれば、吹田市は行政を含めてみんなで守るような体制を考える必要があると思います。また、エンディングノート等で最期の在り方を保証してあげることも必要ではないかと思います。国が動かないなら、市で動くのも一つと考えます。

委員長

どれくらいのレベルの保証なのか、消防隊を守ってくれる保証なのか、守ってくれるのは市なのか国なのかは非常に大きな課題ですね。

参事 豊能地域メディカルコントロール協議会は、現場の救急隊を守る組織になります。

委員長 ありがとうございます。それでは、ここまで出ました御意見について、学識経験者の立場から御助言をお願いします。

委員 私は老年医学の医師で、現在は保健学科で在宅看護や保健師教育に携わっています。エンドオブライフの講義をする機会もあり、学生に対して、家族と人生の最期について話し合うことを提案することもあります。この作業部会では二つ大きなテーマがあり、市民に対する啓発と医療関係者への啓発を吹田市でどのようにして行っていくか、非常に大切な点だと思います。私は10年前から、市内の在宅支援診療所の非常勤医師として在宅医療もしています。がん患者で在宅看取りを目的として退院された方へは、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）は行いやすい印象があります。一方で、認知症や慢性疾患等の方も多くおられますが、生きることへの希望を持っておられる方が多いです。そのような方が肺炎を繰り返している段階で、将来どうしますかと問いかけても、今はまだちょっと考えられないと返答されることも多いです。市民啓発が非常に大切だと日頃から思っておりまして、病気がない方々にもするべきだと思いますし、病気になったタイミングでACP（アドバンス・ケア・プランニング）をすることも大切だと思います。もっと広い意味では、子どもの時から自分の最期を考えることは、自分の人生、健康にどういった考え方を持つかにつながりますので、取り組むべき課題だと思います。

医療従事者の中でも、理解の差があります。私は研究として、在宅医療の中でエビデンスを作りたいと考えていまして、研究の一環で200名程の在宅療養者カルテを見させていただき、どのような方がいい最期を迎えられるかを分析しています。カルテ上に、意思決定がされている割合は、約10パーセントほどでした。在宅医に聞きますと、日頃の話の中で、もっと多くの方々にできているが、カルテ上には記載できていない状況でした。特に非がんの方に対しては、より意思決定できていない傾向がみられました。

医師は患者さんの病状が悪くなってきてから、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を実施している傾向にあります。一方で、看護師は早期からACP（アドバンス・ケア・プランニング）に取り組んでいる傾向がみられました。職種によって、タイミングが違います。そのため、多職種でタイミングについて話し合っどどのタイミングでACP（アドバンス・ケア・プランニング）を行うべきかを決めていくことは大切だと思います。この作業部会では、市民啓発と医療介護従事者の中でのACP（アドバンス・ケア・プランニング）をどのように具体化して取り組んでいくかを考えていく必要があると思います。専門家が集まって作業部会を行う意義は高いと考えております。

自分事として考える時期のACP（アドバンス・ケア・プランニング）と市民向けのACP（アドバンス・ケア・プランニング）と、医療関係者向けのACP（アドバン

ス・ケア・プランニング)の3段階で考えていく必要があると思います。本作業部会で、吹田市としてのACP(アドバンス・ケア・プランニング)の考え方を発信していければと思います。

委員長

多職種で連携していくにあたって、口頭や記憶のみでなく、カルテ等で文書化して共有することが大切です。また、タイミングの問題、そして啓発の問題、この三点を御助言いただきました。皆様から御発言いただきまして、様々な問題点が出てきましたが、患者さんに関わる家族、医療介護関係者、消防等の課題について知ってもらい重要性を感じました。今までの意見をまとめていきますと、一つは市民に対しての情報提供をどのように行っていくか。もう一点は、医療介護関係者に対して、理解の促進、スキル向上の在り方、この二点を軸に議論を進めていきたいと思いますが何か御意見ございますでしょうか。

委員

病気というのは一つの人生の生死を考える機会だと思っています。誰しも若い時には死についてあまり考えないと思います。死ぬことと生きることは裏返しです。今を生きるというのは、死を考えるからこそ、今を充実するように生きるわけです。だから死や生きるという話は、病気がない人にも話をしていくことは大切です。その時にACP(アドバンス・ケア・プランニング)という切り口ではなく、生きること死ぬことってどういうことなのかのように分かりやすい言葉で伝えていく必要があります。それを医療者がするのも一つかもしれませんが、行政等が主体的に考えていく必要があると思います。病気や要支援や要介護状態の方へは、医療者が関わっていく必要があります。ただ、病院で急性期病棟に入院した時には、考えている暇がないと思います。退院した後にケアマネジャーや訪問看護、往診医等の多職種で、アクションを起こす。また、消防の役割についても同時に啓蒙を行う等が必要だと思います。対象者の状態によって、誰がどのように関わっていくかの筋道を考えることが非常に大切だと思います。

委員長

死をメインテーマとする以前に、裏返しの生の話も含めた啓発が非常に大切だと思います。今後、市民向け講演会の在り方や啓発方法について、議論を進めていきたいと思っています。

続きまして、事務局の方から次の案件の市民への情報提供や啓発の在り方について、他市事例を用意していますので、説明をお願いします。

事務局

－【資料2】市民向け啓発の説明－

委員長

啓発対象に分けてお話いただきましたが、全てにおいて、一つのリーフレットで賄えるわけではありません。ただ、一つ一つの対象ごとに作成するわけにもいきません。啓発対象をどうするか、内容をどうするか等について、話し合っていきたいと思

ます。一言ずつ、媒体の印象やアイデア等がございましたらお願いします。

委員 どの段階で見るかで変わってくると思いますが、京都市の人生の終い支度という言葉は、終いの段階ではない方もいますし、手を出しにくい印象を受けました。神戸大学のリーフレットの問いかけの仕方が、答えやすい印象を受けました。例えば、訪問看護で初回訪問した際に、今思われていることを知りたいので、よかったら記入してみませんかという感じで、使用しやすいと思いました。

委員 心肺蘇生の希望等について、本人や家族がイメージ、理解できていないことも多くあります。それを選択したことで、どうなるのかを意外と分かっておられないと思います。なぜその選択をされたのか、理由を書けるような形式や仕組みがあればいいと思います。その理由が分かれば、手立てを提案することにつながっていくと思います。

委員 最期の時を考える際に、何から考えていけばいいか分からないと話される方がいます。吹田市が作成しているマイエンディングノートは参考になるのかなと思います。たしかに、終い支度という言葉は抵抗感を示される方もいらっしゃると思いますので、何のためにこれをするのかを考えた上で、言葉に工夫をしていった方がいいと思います。誰がどのように使用するのかも考えていかないといけないと思います。

委員長 今、終活という言葉もあるので、親しみやすい名称の方がいいのかもしれませんが。

委員 記入形式の媒体がありますが、それなりのメリットがないと書かない方が多いと思います。これを書くことによって、人生の最期に、この意思がしっかりと反映されるメリットが明確であれば書くと思います。人はメリットがないと行動変容につながりにくいので、もっとよい啓発の方法があるのではないかと思います。啓発の対象者がどのステージにいるのかを考えた上で、啓発方法を選定していく必要があると思います。

委員長 それは理想ですね、全ての立場の方に対して同じ媒体で啓発するのは難しいですね。病院でがんと診断された方に向けて、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）、事前指示書を含めた媒体と、終活の気づきとなるようなエンディングノートの的なもの等と、ステージによって分けた媒体が必要ですね。

委員 実際にACP（アドバンス・ケア・プランニング）の媒体に記入しても、その方の入院率や延命処置率等といった健康関連のデータに影響しないといったような調査結果が出ています。元気な方が記入して、どこまで意義があるのかという点ではありますが、やはり自分事として考える練習にはなると思います。一般の方にとっても、いつかあなたの希望と医療的な判断を加味した上で、医療が行われることを知ってもらうことにつながりますし、考える練習にもなります。ACP（アドバンス・ケア・プランニン

グ)を行うことで患者さんの満足度が上がりますし、残された家族のためにもなります。医療費抑制のために行っているものととられないように、メリットの部分で強調した形で、啓発を行う必要があると思います。医療に関する具体的な希望に関する項目もありますが、元気なうちから決定している方は少なく、私自身でもその時の状況によって判断が違ふと思います。書ける方や予後が近づく自分事として考える時期に来ている方には、書いていただいてもいいと思いますが、具体的な希望に関しては絶対を書く必要はなく、その前段階として何を大切にしているかを考えることがより大切だと思います。

委員長 元気な方へも胸骨圧迫や人工呼吸器等という選択をしなければならない現実があることを分かってもらうことが大切ですね。

委員 啓発の段階には三種類あるのかなと思います。吹田市のエンディングノートは、財産のことまで項目があり、人生の最期に向けて意識を高めるものかと思います。できればエンディングと書くと最期のように感じるので、ライフノートのような表現でもいいかもしれません。池田市の方は自分が大切にしていることの情報を知るもので、共有しておくべき内容かと思います。神戸大学が作成されているものは、人生の最終段階の時にどのような希望があるのかを聞いているものかと思います。このような三種類のもので点在しています。患者さんがこれらの内容を書かれているのであれば、本人の希望にそった最期への支援を行いやすいと思います。啓発方法例としては、後期高齢者医療制度に移行する方や介護保険申請する方に記入式の啓発媒体をお渡しして書いてもらうことも一つかと思います。そして、そうすることによってメリットとして、いい最期を迎えられるようになることや、医療介護関係者や救急関係者が戸惑わなくなるといったことも含めて周知していくことがよいと思います。また、リーフレット作成にあたっては、他市媒体のいいところを参考にしながら、それぞれの用途に応じたものを三種類ぐらい作られた方がよいと思います。介護保険更新時や介護保険事業者と本人との契約の時等、必ず周知するようにするなど方法を考えるといいと思います。吹田市としてどれくらい取り組むかによりませんが、吹田モデルとして確立していければいいと思います。

委員長 ありがとうございます。今までの意見からも市民全体への啓蒙の必要性の意見が出されています。今後の作業部会での議論は、まずは市民全体、そして医療介護関係者への啓発を検討していく必要があると思います。次回の作業部会では、まずは市民全体を対象とした啓発について、議論を進めていきたいと思っています。事務局の方から何か発言はありますか。

事務局 本日の議論を踏まえまして、御意見いただいた内容を反映させた形で、啓発媒体のたたき案を作成したいと思います。よろしいでしょうか。

委員長 事務局にはたたき案を作成いただきます。委員の先生方にも個別でも御意見いただくかもしれませんが、たたき案は、また次回御提案することとしますので、御協力いただければと思います。今日、二時間という時間の中で、様々な問題点について提起していただきまして、ある程度論点を絞っていくことができました。最後に次回の日程について事務局からお願いします。

事務局 今回は、11月28日を予定しております。また開催案内等をさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

委員長 消防の方から最後に御意見いただきたいと思います。今後、議論していく啓発につきましては、最初に問題提起していただいたところには、直接通じていかないかと思いますが、少しでも市民の方へも伝わっていくような努力をしていきたいと思います。何かエンディングノートを含めてヒントとなるようなことがあれば、御発言をお願いします。

オブザーバー 現場の救命士は、本人の望まないことはしたくないです。地域メディカルコントロール協議会でも、このことについて問題意識を持っていますが、豊能地域だけで取組を行うことの難しさも感じています。救命に携わる職種と延命に携わる職種と、どのように現場でコラボしていくのかという難しさかと思います。救急隊は救命だと市民にも周知することが必要だと思います。

委員長 救急も延命も対象としている患者さんは同じですので、作業部会の中で一緒に話し合っていくことは大切だと思います。是非、今後の啓発についても、御意見いただければと思います。それでは、お時間となりましたので、作業部会は終了といたします。本日はありがとうございました。