

資料1-1

前回の議論のまとめ

令和元年吹田市地域医療推進懇談会作業部会について

1. 作業部会 設置趣旨

吹田市地域医療推進懇談会の議論においても、延命治療を望まない意思表示している方の救急搬送の問題も含め、人生の最終段階における医療・ケアにおいて十分に本人の意思が尊重されることの重要性についての意見が出されている。

そうした意見を踏まえて、人生の最終段階における医療やケアに関する本人の意思決定や支援についての現状把握と課題の整理を行い、市民の意思を尊重したアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の推進方法について議論のために設置。

2. 作業部会構成員

委員：吹田市医師会(1名)、在宅医(1名)

市内病院(医師1名、看護師1名) (吹田徳洲会病院、済生会吹田病院)

吹田市介護保険事業者連絡会訪問看護部会(2名)

吹田市介護保険事業者連絡会居宅介護支援部会(1名)、大阪大学(1名)

オブザーバー：吹田市消防本部(1名)

3. 作業部会 開催予定

第1回 現状及び課題の抽出、市民への情報提供や啓発のあり方について(R1.8.29)

第2回 市民への情報提供や啓発のあり方の具体的な検討(R1.11.28)

第3回 医療介護関係者の理解促進・スキル向上の具体的な検討(R1.1.30)

第1回 作業部会の内容

本作業部会における論点について、以下の二点をご議論いただくよう事務局より提案し、作業部会の1回目である今回は、各論点に関する現状や対策の方向性等についてフリーディスカッションをいただいた。

論点(1) 市民への情報提供や啓発のあり方

⇒ 市民の意思決定についての現状や対策の方向性についての議論

論点(2) 医療介護関係者の理解促進・スキル向上のあり方

⇒ 市民の意思決定支援についての現状や対策の方向性についての議論

第1回 作業部会の内容

論点(1)市民への情報提供や啓発のあり方

⇒ 市民の意思決定や意思表示についての現状や対策の方向性についての議論

現状

- 病院で亡くなる方が多く、生活の場で死を見慣れていない方が多い
- 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が多い
- 病気をきっかけに生や死について考える方が多い
- 自分ごととなって、初めて考えはじめる方が多い
- 本人の意思が家族と共有されておらず、結果的に意思が尊重されない場合がある

対策の方向性

(他市のACP啓発媒体を参考資料として紹介)

啓発対象について

- 病気がない健康な方も含めた「市民全体向け」と「自分ごととして考える時期にある方」とに対象を分けて、啓発方法を考える必要がある
- 子どもの頃から、人生の最期を考えるような啓発も必要
- ACP啓発のきっかけとして、病気になったタイミングや後期高齢者医療制移行時、介護保険申請時、介護保険事業者契約時などが考えられる。

啓発内容について

- 生は死の裏返しなので、ACP前面でなくても、自分らしく生きる＝死ぬという切り口での啓発も有効ではないか
- 市民啓発を行う上で、「終い支度」のような言葉は抵抗感を示される方もいるので「終活」のような親しみやすい言葉への工夫が必要
- 本人や家族が、選択した延命処置の内容を理解できていないことがある
そのため、選択した延命処置を書くだけでなく、選択した理由が書ける書式がよい
- 何から考えればよいか分からない方も多く、そういった方には、エンディングノートのような形式は書きやすい
- 問い合わせ方式の啓発媒体は、訪問看護の初回訪問時等で導入で使用しやすい

啓発方法について(記入式の啓発媒体も含めて)

- メリットがないと、啓発媒体に記入しないのではないか
「人生の最期に記入した意思が反映される」、「患者の満足度が高くなる」
「残された家族の一助」「医療介護関係者や救急関係者が戸惑わなくなること」
等のメリットを伝えることが大切
- 元気な方は、具体的な希望を現時点で必ず書く必要はない。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大切
- 記入式媒体は、元気な方にとっても、自分ごととして考える練習となるので大切

論点(2) 医療介護関係者の理解促進・スキル向上のあり方

⇒ 市民の意思決定支援についての現状や対策の方向性についての議論

現状

医療介護関係者のACPの理解

- 病院や診療所では、ACPは知られていても、実践されていることは少ない。
- 病院医師の中には、ACPは自分の役割ではないと考えている医師もいる。

ACP支援の実際

- 急性期病院では、在院日数も短く、患者の思い等の聴取が十分にできない。
患者の状態が不安定で、ACPを行う機会が取れない。
- かかりつけ医は、短い診療時間で話し合うことは非常に難しく、負担が大きい。
- ACPのタイミング
 - ・ 病気にかかった時は、生死と向き合う機会であり、ACP開始のタイミングの一つ。
 - ・ 死を間近にしてからでは、十分なACP実施が難しい。
 - ・ 非がんの方は見通しが立ちにくく、タイミングが難しい。
- 情報共有
 - ・ 退院時カンファレンスで直接聞く情報と、サマリーの情報に乖離がある。
 - ・ ACPに関する本人の思いに通じるささいな言動など、共有すべき些細な情報が共有されにくい。
 - ・ 病院、在宅、施設等に、療養場所が変わるごとに、情報が途切れる傾向がある。
 - ・ 本人が大切にしてきたことや最期への意向を聞いていく上で、意向を記載するツールがあるとうまくいきやすい。
- 救急現場
 - ・ 蘇生拒否が増えている。
 - ・ 事前指示書やDNARは法的な位置づけがなく、取り扱いが難しい。
 - ・ 在宅での最期を決めていても、急変時に、不安のため救急車を要請する傾向がある。

第1回 作業部会の内容

次回以降の進め方について

論点(1)市民への情報提供や啓発のあり方

⇒ 今回の議論を踏まえ、啓発対象をいくつかに分けて、啓発媒体案も含めた啓発方法や啓発内容等の具体化に関する議論を進めていく予定

論点(2)医療介護関係者の理解促進・スキル向上のあり方

⇒ 市民の意思決定支援についての対策の方向性等について議論するとともに、対策の具体化に向けた議論を進めていく予定