

吹田市地域医療推進懇談会（10月9日）での意見について

【ACP支援に関する実態】

- ACPを導入するタイミングが難しい。早すぎても、信頼関係に影響をきたすこともある。
- 心疾患の場合、現在の病状がどの段階なのか見通しが立ちにくく、ACPのタイミングが難しいが、何回も死線を越えてきた方には、ACPについて説明をしている。
- ACPを行う際は、患者のことをよく理解している訪問看護師やケアマネジャーが中心的に話し合いを重ねていくのがいいのではないか。
- ACPの話し合いでは、進行はケアマネジャーが行い、訪問看護師からも本人の状態をお伝えするが、やはり主導権は、主治医に担っていただくほうがスムーズにいくと感じる。
- 医療関係者に話していた本人の最期への思い等について、病院でもカルテに残すようにしている。

【事前指示書について】

- 事前指示書やDNAR（蘇生拒否指示）は法的位置づけがないので、臨床現場で事前指示書を出されても、医療関係者は困るのではないかと思う。
- 事前指示書等の文書を患者さんに依頼すると、「先生はちゃんとわかってくれていると思っていたのに」と思われ、信頼関係が揺らぐこともある。

【病院から在宅への連携について】

- 入院中に病院医師より予後の説明が一切されずに、かかりつけ医にすべて委ねられているケースがある。そのため、かかりつけ医が予後に関する説明を行うと、本当にその告知が正しいのか等、疑問を抱き、かかりつけ医に信頼を置いてもらえないこともある。
- 外来や退院時にも、本人の最期への思い等を、家族や医師同士でも共有できるようにすると、在宅でのサポートがスムーズにいくのではないか。

【病院での取り組みについて】

- 患者の語りを集めた冊子を作成し、患者に配布し、患者側の意識の変化の調査をする予定。また、冊子の中身を紹介する医療介護関係者向けの研修会も実施予定。
- 多職種で構成する臨床倫理チームを作っていく動きがある。

【施設看取りについて】

- 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く、事前にACPが行われていない場合があります、対応に戸惑うことがある。施設等へのACPの啓発も必要であると思う。