

第2回 看取り支援に関する専門部会（議事要旨）

1. 日 時 平成 30 年 2 月 15 日（木）13：30～15：38
2. 場 所 三宮研修センター 605 会議室
3. 出席者 別紙名簿のとおり

4. 議事内容・主な意見

【木澤義之特命教授による講演】

○アドバンス・ケア・プランニング（ACP）「いのちの終わりについて話し合いを始める」
<概要>

- (1) 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
 - ① 終末期医療の中止、差し控えのためのガイドラインである。
 - ② 一人で決めない、一度に決めない、多職種で関わる
 - ③ 患者が十分な意思決定能力（理解、認識、論理的思考、表明）をもっているかどうかを評価
 - ④ 患者自身との対話が可能な場合は、患者、患者家族と医療者との意思決定に向けた継続的対話を行う
 - ⑤ 患者が自らの意思決定に関与することが困難な場合、患者の推定意思を知ったうえで、多職種で検討（家族がいれば、家族とも十分に話し合う）
- (2) アドバンス・ケア・プランニング（ACP）について
 - ① ACP は、今後の治療、療養について患者、家族と医療従事者が予め話し合う自発的なプロセス。
 - ② 終末期においては、約 70%の患者で意思決定が不可能
 - ③ 米国で 9,000 人の患者を対象とした比較試験において、アドバンスディレクティブ（リビングウィルなどの事前指示書＝AD）は有効でないとの結果。その要因は、家族など代理決定者が AD の作成に関与しておらず、患者がなぜその選択をしたか、その理由や背景、価値がわからないことにある（AD の書類があっても役立たない）
 - ④ AD から ACP へ。患者、代理決定者、医療者が患者の意向などを予め話し合うプロセスが重要
 - ⑤ 国民の意識調査では、人生の最終段階の医療について、家族と話し合ったことがある割合は 3%、実際に事前指示書を作成しているのも 3%。70%の人は予め、自分の治療やケアについての希望を書面に記載しておくことに賛成している。
 - ⑥ ACP の効用
 - ・患者の自己コントロール感が高まる。
 - ・病院死の減少
 - ・代理決定者と医師とのコミュニケーションが改善
 - ・患者と家族の満足度が向上し、遺族の不安や抑うつが減少する
 - ⑦ ACP の問題点
 - ・患者が将来を予想することが困難
 - ・患者の意向が変わる

- ・実際の臨床に活かすことが難しい
- ・患者、家族にとってつらい体験となる可能性がある
- ・時間と手間がかかる

⑧ ACP のタイミング

- ・健康な人には、ACP を知ってもらうのを目的に、ライフイベントにあわせて行う。
- ・病気を持った人には、予後 1 年を一つの目安として実施
- ・早すぎる ACP は、1～2 年経つと違う選択をする。覚えていないことがある。
- ・遅すぎる ACP は、患者が話し合うことを避ける傾向にある。
- ・ACP は見直しが必要。特に健常人では約半数の意向が変わる。
- ・この患者が 1 年以内に亡くなって驚かないなら、ACP を開始した方が良い。

⑨ 実際の進め方

- ・代理決定者を選び、価値を話し合う（適切な時期を選ぶ）
- ・病気に直面した際に、治療及びケアの目標や具体的な内容について話し合う

- ⑩ 日本で一番進んでいるのが千葉県松戸市の「ふくろうプロジェクト」※。介護保険を申請した人を対象に、不必要な救急搬送を減らすことを目的としたランダム化比較試験をしており、慶応大学の公衆衛生学教室が協力。約 2,000 人が参加。具合が悪くなった時に希望搬送先として、①救命救急医療を提供する病院、②苦痛を減らす医療をする病院、③苦痛を減らす治療を受けながら自宅や施設で過ごしたい、の 3 つの選択肢から選んで、「ふくろうシート」に本人の意向を聞きながら、地域包括支援センターが記載。それを QR コード化して、カードとステッカーを発行し、ステッカーは冷蔵庫に貼っておくという内容。来年度に結果が出る予定。

<主な質疑応答>

- ・家族がいない、家族となかなか会えない場合はどうすべきか？
→Skype など様々な通信手段を使って遠隔の家族と話しあうことや、意思決定支援をしている NPO 法人と一緒に意思決定するなどが考えられる。
- ・医療代理人とはどのような職種の人になるのか。
→医療代理人を法制度化することについては、法曹界で揉めており結論が出ていない。民法における代理人の契約をすれば、誰でも代理人になることができる。代理人契約がない場合、どうしたらいいのかは全く決まっていない。20 歳未満の子は親権者が代理決定者となるが、それ以外は契約がなければ、家族といえども代理決定者にならず、家族が代理決定者になる義務もない。
- ・本日配布いただいたアドバンス・ケア・プランニングの市民向け冊子は、いつ使えるようになるのか。
→本日配布したのはパイロット版なので、まだ使えないが、4 月以降にはビデオ映像とあわせて使えるようにしたい。

【看取り支援に関する意見集約と論点（案）】

- 市民啓発が大切をどういうツールでやっていくかということと、看取りを踏まえた多職種連携、チーム作りが非常に大切。どのタイミングで、どのような人に、どのようにアプロ

一ちをしていくかをケアマネジャーが中心になって考えてもらうべき。また、看取りのスキルのない医療職もいるし、ケアマネジャーが医療的なアセスメントをできないこともある。神戸市が中心となってケアマネジャーを含め介護職に研修するべき。

- 本人にも家族にも、何歳でどんな病気だとしても医療を受けることが大前提という意識があり、病院志向がある。肺炎や骨折で入院して治療をした後、どうなっていくかを本人や家族はイメージできていない。医療を提供することが、その後のADLにどんな影響を与えるかについて、もう少し論じられるべき。
- 議論していると内容が広がっていくので、この専門部会でまずはできるところを決めて行政が取り組みやすいところから進めてもらうべき。また、自分は健康だと思っている方が、健康（な時）だけではないと気づくチャンスがない。65歳になって（介護保険の）知らせが来る時にあわせて市からきっかけを作って欲しい。
- 人生の最終段階における医療をどうしますか、という言葉をもう少し広めて、（市民に）考えてもらえるようにするのも良い。
- 焦点を絞ってやるべき取り組みを決めないといけない。市民啓発をしても来る人は関心が高い人だが、関心が低い人にも色々な機会に知ってもらうこと、日常的な市民啓発も必要。サ高住は「重度でも受け入れる」といっているが、中は結構悲惨なことになっている。先日の担当者会議で、尿量など色々診てくれといわれるのは負担だと、施設側から拒否された。特養・老健・サ高住の施設別に研修をして、重度の人を受け入れて看取りをするのはこれほど大変だということを伝えていってもいいと思う。
- 日本の医療保険制度はフリーアクセスだが、看取りについて、だれが責任を持っていたいいのか、という問題がある。複数の意見決定主体がいたら対立して、そこに家族も入るとなかなかうまくいかない。本人が同意したら、こういうルールでいくという神戸ルールが必要。また、ケアマネジャー間で得手、不得手があるはず。何でもOKではなく、専門医制度のように、このケースならこの方に、という視点が必要であり、研修も受講していただくべき。
- ケアマネジャーは、（更新時は）研修を受講するだけでよく、試験などはない。一番大切な人生の最期の時間のケアマネジメントにおいて、医学の知識が無くても、医師に相談に行かないケアマネジャーも多いと思う。行政の協力を得て、終末期のケアマネジメントに関する試験、もしくは教育機関が必要ではないか。
- 一番手短な方法は終末期のケアプランを1年間に何例作ったかという実績をみて、（経験ある）人に任せること。または経験があまり無い人が作ったときは、自己評価を出してもらったら行政の目も届くのでは。
- 市として指定するのは介護保険制度の規制の上乗せになるので難しい。私案だが、神戸市には介護サービス協会があり、皆さんの団体も加入しているはずなので、介護サービス協会でもルールづくりをしてもらえば、それを市がPRすることはできる。神戸市でルールを決めるのは根拠が必要となりは難しい。
- 30年度の診療報酬改定で出てくると思うが、看取りに対して加算され、いかに多職種が関わって支援できるかということが条件付けられると思う。看取りに関してどういうプロセスで関わり、こうなったという報告をしていただき、ケアマネジャー連絡会で共有することで、全体のスキルアップをしていくと良い。

- 市民についても話が出たが、ケアマネジャーも研修の必要な人が研修に来ない。そのため、現実には教育制度を作らないと難しいと（行政には）理解しておいて欲しい。
- 兵庫区の医療介護サポートセンターは、看取りに関する色々な事業を企画してくれている。市民啓発はサポートセンターの協力があれば実施できると思う。
- 医療介護サポートセンターの事業や相談内容をまとめて、関係職種の方に広く知ってもらう必要がある。