

【追加議題】

・提出議題①（富山県医師会）

地域包括ケアシステムにおいて多職種連携は非常に重要だと思われるが、そのケアシステムの中で、神経難病、心不全、認知症など非がん疾患症例においてはがん患者症例に比べてACPがよくなされていない、不明確など問題点があるのではないかとと思われる。これらに関する各県医師会での状況について。

西野好則先生

- ・心不全などは、疾病の急変が起きたり、進行具合と QOL、寿命が必ずしも一致しないため、ACP にそぐわない面があります。急変が起こる疾患は、ACP を始めるのはタイミングが難しいと言えます。心不全だけでなく、他の病変も重なり、寝たきりになり、ACP となることも多く、全身状態から ACP を始めることになると思います。
- ・認知症については、欧州緩和ケア学会からの提唱もある「認知症に特化した ACP」が今後展開されるのではと思います。認知症の初期段階で ACP を始める必要があり、家族とも共有し、経過により何度も改定するなど、ガン末期とは異なるものになると思います。むしろ、認知症には今後 ACP が積極的に行われるべきかと思います。
- ・神経難病の解明が進んでおり、今後神経難病は高齢化とともに増加するため、ACP は重要と思います。これも進まないのは、初期段階で神経内科の病院に通院されていることが多く、この段階で ACP が始められていないことも多いため、初期段階でかかりつけ医と二人主治医制にして ACP を始めるか、中核病院で ACP を始めることが重要と思います。ACP を始める時には、最終的に患者をみる立場の医師、医療従事者が必要であるため、二人主治医制に早期の段階で行うことが望ましいと思います。

島崎亮司先生（シティタワー診療所：岐阜市）

私自身、癌疾患に比べると、非がん疾患では ACP が手薄になっており、急変時搬送をしてしまう、という事案があることを痛感しております。

統計はないのですが、非がん疾患のほうが ACP の実施率は低い印象があります。

その理由には、医療・医療者要因、患者要因、介護者要因の 3 つがあると思います。

1：医療・医療者要因

医療的なこととして、非がん疾患はいつが終末期かがわかりにくいこと。誤嚥性肺炎など、病院で治療をしたら「治る」ことを経験しているので、どうしても「治る」ことに希望を見出してしまうこと。

非がん疾患はがん疾患患者に比べて「大勢いる」ため、全員に ACP を丁寧に聞く時間がないこと（がん疾患であれば、すぐ亡くなる可能性があるため、早く ACP を実施しないと、という思いがありますが、非がん疾患の場合では、「まだいいか〜」と自分自身油断してしまう）

2：患者要因

患者家族も「治る」ことを期待している、今まだ死の段階ではない、という認識があり、ACP について相談しても「他人事」の印象があるケースが多い。このため、せっかく実施した ACP の内容も「何かあったら救急搬送」とか「延命はしない」という抽象的な内容のみに終わってしまい、実際に役立つ内容になっていないことが多い印象です。

実際に入院して生死をさまよったとか、身内で胃ろうなどをして大変だった、という実体験がない方には ACP の話をリアルにするのは難しい印象があります。

また時々遠方の身内の方が来て、これまで実施してきた ACP の内容とは相反することをいう「カリフォルニア・ドーター現象」があり、それでまた混乱する、ということもあります。

3：介護者要因

日本ではデイサービス、ヘルパーさんなどその患者さんにしっかり寄り添って、その人の気持ちや思いをしっかり聞いてくれている人がたくさんいます。しかし、その人たちから ACP については「声を上げる機会」がない印象です。当院でも ICT ツールをつかい、患者情報を共有しているのですが、医療者がメインになり、ヘルパーさんや施設職員の声を聞くことがほとんどないのが現状です。せっかくこれらの職種が本当の意味での ACP を実践しているのにもったいない印象があります。おそらく日本では家族の意見が優位であり、介護職員の意見は尊重されてこなかった背景があるように思います。

(提案)

非がん患者の ACP はどちらかというと、医療者より介護者のほうが良い意見を持っていると思います。これら職種と医療者が壁をつくることなく ACP を紡ぐことが大事なのは、と思います。介護職種の人たちはまだまだ自分たちが意見をいっていい立場、と思っていない印象があります。医療者の方から「降りていって」これら職種の意見を聞けるといいな、と思います。

高木寛治先生（高木医院：岐阜市）

非がん疾患症例の ACP を含むの地域包括システムの状況、課題問題点

漠然としたことばかりですが、羅列します。

療養期間が長期に及ぶ多くの疾患が重複している、悪化しては少し改善するを繰り返し徐々に全身状態は悪化

多様なサービスを必要とする、費用が掛かるなどの特徴のため、積極的な治療をどこまでやるのか、情報共有のやり方など非常に迷います。

療養してる間に患者の希望は、病期、社会的背景（人的、経済的、住居環境）などで異なり、初期の希望とは全く違うことになることもあり、そのための ACP ではありますが、開業医一人でそれをまとめておくのは大変な労力です。

力不足を痛感します。システムでカバーできると良いです。

担当医と患者、同居家族では ACP できているが、途中でほかの親族が介入して急遽進路変更はしばしば経験する。患者はどう感じているのか気になる。

患者家族は入院治療してくれる病院に期待しているので、病院から ACP を開始し、今後の良い過ごし方（医療、介護の受け方）を指導始められるとよいのでは。

開業医（外来。在宅医）、訪問看護、リハビリ、通所系、訪問系サービス、ケアマネ、施設との連携が密に必要ですが、職種によって欲しい情報が若干異なるので、使い分けがいる。

開業医からすべての職種に具体的指示を出すには自信がありません。

医療介護情報、ACP 内容の多職種共有をどのようにするか、医療用 SNS？ FAX？

医療用 SNS 各種会社があって、在宅主治医が使っているものに、他職種が合わせるのは大変である。

神経難病は我々医療者も経験症例少なく、経験の多い施設に集中するのがそのほうが、利用者も安心だし、他職種連携もスムーズ

心不全、認知症関連は今後爆増する。心不全は患者自身の身体苦痛を伴う、認知症は患者本人も苦しんでいるが介護者の負担が非常に大きい。多様な症例の検討会を通じての治療、介護の勉強や ACP の進め方の周知、一般社会への啓発が必要と思います。

施設、自宅へ連れて帰って、点滴せずにみてくださいと希望される家族も少しずつ増えている印象。

経済的問題もあつたり、自分なら治療してほしくない、家族に負担をかけたくないと思いが増えているかも。

義理の親、自分の親 両方が慢性疾患、または癌、しかも遠方である。介護負担、経済的にも大変という家族が増えている。

心不全急性悪化、肺炎再発、夏の脱水症、腎不全で、短期間の入院でもお願いしたいが、高度急性期病院の適応ではなさそうだが、近くの民間病院も満床で、入院先を探すのに手間がかかることあり。

良いシステムはないか。

雪田洋介先生（大垣在宅クリニック：大垣市）

非がん症例ががん症例と比べて ACP が行われにくい状況は当地域でも同様です。

非がん症例はがん症例と比べて、例え主治医であっても経過が予測しづらいため、「病気を踏まえた上で行われる ACP」がより困難なことはある程度仕方ないと考えています。

例えば誤嚥性肺炎や慢性心不全など入退院を繰り返す疾患で、医療者から見ると無駄で回り道に見える経過でも、初めて体験する患者さんや家族にとっては病気を受け入れるためには必要な経過であることがよくあります。その中で初めて ACP の重要性に気づくことも悪いことではないと思っています。無理に ACP を勧めることは、事前指示や DNAR の取得と誤解されかねないと危惧しております。

ACP については当地域では、命の授業を市内の中学生に実施したり、市民公開講座で話題にしたりするなど普及啓発を行っております。ACP に興味のある方に対しては、行政や医療関係者がまとめた「私の思い」という冊子を渡して家庭内で深い話ができるように支援を行っております。岐阜県医師会でも同様の冊子を作成して、県全体で ACP が普及するような環境づくりに努めています。

今回診療報酬の改定で、多職種間で ICT を用いた医療情報連携を行うことに対して一定の評価がなされるようになりました。主治医がこのシステムを用いて、疾患の予測される経過などの情報を多職種に向けて積極的に発信をするようになると、多職種が非がん症例に対しても ACP について関わりやすくなるのではと思います。