

東京都在宅療養推進会議

第2回 ACP推進事業企画検討部会

会議録

令和4年9月26日

東京都福祉保健局

(午後 6時57分 開会)

○事務局（島倉） それでは、定刻前ですけれども、おそろいになりましたので、ただいまから第2回ACP推進事業企画検討部会を開会いたしたいと思います。

地域医療担当課長の島倉と申します。議事に入るまでの間、司会役を務めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

本日、委員の皆様方、ご多忙のところご出席いただきまして、誠にありがとうございます。

本日の資料は、既に事務局よりメールにてデータで送らせていただいております。資料1から3となっております。事務局説明の際に適宜画面共有させていただきます。よろしくお願いいたします。

続きまして、会議の公開ですけれども、本日につきましても公開とさせていただきますと思います。よろしくお願いいたします。

続いて、出席状況ですけれども、本日は西田委員よりご欠席の連絡をいただいておりますのと、石山委員が15分ほど遅刻ということで連絡いただいております。

最後になりますが、ウェブ会議ですので、お名前をおっしゃってからの発言と、あとミュート操作などのご協力のほど、よろしくお願いいたします。

それでは、以後の進行は座長のほうにお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

○新田座長 それでは早速ですが、議事に入っていきたいと思います。よろしくお願いいたします。

まず、お手元の次第に従いまして進めてまいります。

今回の部会において検討する本年度のACP取組推進検討について、まずは事務局から説明させていただきます。よろしくお願いいたします。

○事務局（豊島） 東京都医療政策課の豊島です。皆さん、こちらの画面共有は見えていますでしょうか。大丈夫でしょうか。

では、説明させていただきます。

こちらの1スライド目が今年度のカリキュラム全体の案でございます。本日の参考資料1として第1回の部会の資料をお配りしておりますが、6月に開催しました今年1回目の部会において、既に一度、ざっくりとはございますが、方向性については皆様に既に一度ご意見をいただいておりますので、それらを踏まえて事務局で作成したカリキュラム案になります。

構成としましては、第1に、過年度の研修のアーカイブ動画の配信、そして稲葉先生に、毎年度になりますが、「わたしの思い手帳」を踏まえてのACPの基礎知識だったり、その周辺知識、意思決定支援の考え方等についてご講義いただきまして、配信形式で実施したいと考えております。

第2に、網かけの部分でございます。こちらの項目をライブ配信講義にて実施できれ

ばと考えております。

まず、ライブ配信講義の第1に、石山委員よりACPとパターンリズムに関する講義、それに続きまして川崎委員と葛原委員から病院と地域においてそれぞれ現状ACPの推進に対してどのような取組を行っているのか、また、それを踏まえて現状の課題についてお話しいただきまして、その流れをくんで、ACPは何のためにやるんだっけという、第1回の部会でも話題に上ったポイントについて、パネルディスカッションができればと考えているところでございます。

ライブ配信講義に関しましては、石山先生から順に、30分、15分、15分と資料を作らせていただいておりますが、パネルディスカッションと合わせて全体で90分程度にできれば皆様がより参加しやすいかなと思っているところでして、15分、15分、15分に、パネルディスカッションを40分程度で開催するのもいいのではないかなと考えているところでございます。

なお、ライブ配信講義については、昨年同様、開催日の二、三日後からアーカイブ動画にて配信することを予定しております。

また、例年、事例発表を2事例ずつ、初年度は西田委員と川崎委員、昨年度は葛原委員と秋山委員にご協力いただき事例発表を行っていたところですが、今年度は事例発表に代えて、新たな講義として石山先生のACPとパターンリズム、川崎委員と葛原委員からの病院と地域におけるACPの取組について講義を新設しまして、その講義を踏まえてパネルディスカッションできればと考えているところです。

開催後には、例年同様、アンケートの回収を予定しております。内容につきましては、資料3になります。

一応、例年と継続して取れるように、職種だとかは継続してそのままの項目として残しておりまして、あとは時点更新だったり、講義名の修正という軽易なところを修正しているところではございますが、一応、令和5年度以降、グループワークで研修を実施したいと考えておりますので、一応参考に皆様にお伺いできればと思ひまして、質問番号17から19については新規で設問を追加しているところでございます。

ここまでがカリキュラム全体の案になります。

続きまして、資料2の2スライド目になります。

こちらは、過年度の研修動画のアーカイブ配信のそれぞれの講義のご紹介文というのを事務局で作成いたしました。動画のリンクだけを張っても受講者からすると何の動画かさっぱり分からない中でお時間を割いていただくのは結構難しいのかなと思っているところでして、私のほうで過年度のテキストだったりだとか動画を拝見しまして、掲載文というのを書かせていただいております。私は令和2年度は直接参加していなかったので、ちょっと令和2年度について、皆様、何か思うところがあれば積極的にご意見いただければと思ひます。

また、配信ページには、各講義動画について、一応こちらは皆様にご協力していただ

いて作成した東京都の著作物になりますので、病院関係者や区市町村の方々には、こちらを著作物として借り受けることが可能である旨だったりとか、地域で行う研修だったり病院の中での勉強会にも動画を貸し出すことができますよというご案内を掲載しながら、地域の中でより活用していただけるように、こちらとしても周知できればと考えているところでございます。

続きまして、最後のスライドになります。

資料についてですが、皆様にお送りした資料の中で一部不足がございました。スケジュール案の部分、下の表になります。こちらの太線、下線で示したライブ配信講義資料作成、ライブ配信に向けた打合せ、3月にライブ配信講義の実施というところが漏れておりました。大変失礼いたしました。

こちらのスケジュールは、皆さん、昨年度に引き続き、大きく変更はございません。募集や参加申込みなどは昨年同様、東京都のほうで準備を進めまして、委員の皆様には3月のライブ配信講義の本番に向けて、日程調整だったり、パネルディスカッションの内容の意見交換だったりというところにご協力いただければと思います。

詳細につきましては、またこちらのほうで委託契約作業を実施しまして、皆さんのスケジュール等々確認しながら、年度末のライブ配信講義の開催に向けて準備できればと思いますので、引き続きよろしくお願いたします。

本日、皆様には冒頭でご説明させていただきましたカリキュラムの全体像、こちらの時間配分も含めて、講義内容だったりについてご意見いただきたいところ、あとは、最後のパネルディスカッションの内容について、テーマとしては「ACPって何のため？」というところで、第1回の部会でも皆様から多くのご意見をいただいておりますので、そこにフォーカスしていければと考えているところではございますが、具体的にどういった話をしていこうかということについても本日ご意見いただきたいなと思っております。

あとは、2スライド目のアーカイブ配信の紹介文について、何か修正があれば、気になる点があれば後日でも構わないんですが、ご指摘いただきたいというところ、あとは、スケジュールについて何か疑問点等ございましたら、本日共有いただければと思います。

簡単ではございますが、事務局からの説明は以上となります。

○新田座長 ありがとうございます。

それでは、今話された中でカリキュラム等の全般、ライブ配信実施、バックナンバーの紹介、まとめて、アンケートも含めて、皆さん、気がついた段階で結構でございますから、ご自由に発言していただければというふうに思います。

まず、講義カリキュラムの内容で、この場へ登場する、後で石山さんがいらっしゃいますので、川崎先生と葛原委員にまずご意見をいただきましょうか。

川崎先生、どうぞ。

○川崎委員 順天堂の川崎ですけれども。

時間とか内容に関しましては、我々の今取り組んでいることの紹介ということであれば非常に話しやすいかなというふうに思うのですが、一つここで確認したいのは、私が今所属しているのは大学病院というところで、大規模中核病院あるいは特定機能病院という、いわゆる手かせ足かせがついた状況下にあります。そこでのいろいろな問題点というのは本当に、そのような病院に所属している人たちからすると「あるある」で、共感を得る内容だと思います。一方、東京都のACP推進として、私に逆に望むことというのは、このような私が所属している病院の「あるある」ではなくて、病院の医師として、そのような他の施設の人から聞いたことだとか、そういうものも含めて話したほうがいいのか、私の今いるところの経験談を主にしていいのかということをご意見をいただければなというふうに思います。

もう一つ、例えば私たちは1,000床以上の病院ですけど、年間で亡くなる人は大体400名ぐらいなんです。その方たちを対象にいろいろ調べて、いろんなことが分かってきましたということがありますが、中には300床ぐらいで年間に千数百名が亡くなるというような病院もあるわけですね。そういう施設はACPをどのように活用していくかというのはちょっと違う方向があるかなと思います。後者のほうだといろいろちょっと調べなきゃいけないんですけど、前者のほうだと今の現状ですので話しやすいので、そこら辺、皆さんのご希望とかご意見をいただければ、非常に計画するのに助かります。

以上になります。

○新田座長 ありがとうございます。

今の川崎先生の疑問も含めて、適切だと思うんですが、秋山さん、実態として、新宿区を含めて様々な病院に関わられていると思うんですが、秋山さんから川崎先生に、この中で話していただきたいと望むようなことは何でしょうか。

○秋山委員 聞こえますか。

○新田座長 聞こえます。

○秋山委員 私は今は、訪問看護の現場よりも、いろんな相談窓口を担っています。ご家族の様々な不安とか、ときには本人が直接ということもあるんですけども、病院という窓口にとどり着いたときに、一番最初に、あなたはこれからどういうことを望みますかでもないですけど、最期の場面を想定して、どうしますかというのを最初に質問されて、非常に戸惑った話をよく聞くわけです。

ですので、病院としては一番最初にそれを確認しておかないといけないけれども、実はその意思決定をするもっと前からいろいろと考えてほしいというのがACPに関しての私たちの啓発活動としては必要だと思います。病院の立場でこれをなぜ聞いているのかというあたりを含めながら、1,000床の病院で年間400というのは、ある意味、丁寧に診てくださっているのではないのかなという、そういう気もしますので、川崎先生の順天でのご経験をお話いただき、それを受け止めた本人やご家族の反応というの

が出てきてくれたら、すごく具体的で実際的な話になるのではないのかなと思って受け止めて、伺いました。

○新田座長 ありがとうございます。

石山先生。

○石山委員 こんばんは。

○新田座長 こんばんは。

カリキュラム案について、内容は、どんなことが今課題で、どういう話をさせていただくかということで、最初にまず川崎先生の話から入っております。

今の話を含めて、迫田さん、どうでしょうか。川崎先生にはどんな話がよろしいでしょうか。

○迫田委員 私は完全に理解できているか自信ないんですけど、どういうシチュエーションでACPが大学病院で行われるのか、そのACPが退院した後、続くんだか、続かないんだか、どうなんだろう。病院で亡くなる場合の終末期の、最後の最後の話という理解でよいのか、もうちょっと、幅広い考え方として行われるものであるのか、その辺がよく理解できないままなので、どちらかという、どうしてほしいというより、質問に近い形です。どういう状況で大学病院ではACPということが持ち出されるのか自体もあまりよく理解できていないかもしれませんし、自宅に戻るときには、そのACP自体はどうなってしまうのかと、思いました。

○新田座長 川崎先生、どうですかね。

○川崎委員 ご意見、お二方ありがとうございます。

秋山先生のさっきのお話なんですけども、逆に秋山先生からいただいた「あなたはこれからどういうことを望みますか」そういうことが我々は聞けないと、特に入院してきたときにです。大学病院で亡くなる患者さんは、ずっと外来で見えていて、外来の時点でもう終末期、あるいは本来ならばACPが行われているべき患者さんで、それが行われずにいよいよ末期状態ということで、最期まで順天堂にお世話になりたいからといって入院してきます。本来ならば順天堂で入院して治療ができるような状況ではもう既にない状態で、看取られることを目的で入院されてくると。そのときに、だから当然疾患に対する治療はほとんどできない状況なのですけれども、逆に、亡くなる時の亡くなり方というときに、本人の、どこまで、どういうことをするかという意向ができていないので、そのときに初めて聞くというようなシチュエーションが非常に多いですね。

そこで、我々が亡くなった患者さんのその時の状況を振り返ってみますと、これは外来で、あるいは逆紹介したかかりつけの病院でそういうことが既になされていて、その情報が伝わってくるというのがやっぱり本来の姿なのではないかなというふうに思っているところです。私たちの外来だけで診ているところでは、外来がやっぱり動かなきゃいけないだろうと。かかりつけの先生のところは、そのような状況の情報共有しなければいけないだろうというようなことが今現在思っていることですので、そこら辺を提案

しながら、こういうふうに行けると、私たちとしてもACPというものを現場で活用できる場面があるのではないかとこのようなことになればいいかなというふうに今思いました。

以上です。

○新田座長 迫田さん、どうですか、今の話に対して。

○迫田委員 大学病院で看取られる人、あるいは最後まで、大学病院の外来で最期を迎える人のACPということなんでしょうか。

○川崎委員 そうですね。私たちが実際に、横にACPというものが意思表示されていると方向性が分かりやすいという意味では、それがあるといいなという言い方はちょっとあれですけども、方針決定がしやすいということはあるかと思います。

ただ、そのほかに、新たに非常に予後が悪い、経過が悪い疾患が大学病院で見つかったというような場合に、それらを、外来通院にそのときはなると思うのですけれども、あるいは入院中、それが見つかった入院中にその話をするということができたらいいなと、この事業に参加して、できたらいいなと思っているんですが、そこまでは今できていないと。

やっぱり治療を、最前線の病院で最高の治療を受けにきた患者さんに、非常に悪い結果が出た場合にそこでACPの話をするということは、つい我々、医療側は見離されたのではないかとこのような印象に取られるので、はばかられているというのが現状ですということで、このような場面でのACPというのも含めたいなと思っはいるという状況です。

○新田座長 最初に川崎先生の質問があったんですが、大学病院で、特定機能病院ですね。特定機能病院と、例えば日赤レベルの二、三百床、中小病院まではいかない病院がありますよね。都立病院もそうですね、大体600床ぐらいですかね。そういうレベルの話と同じとして考えていいのかという話と、あともう一つは、ベッド数でいうとそれ以下の中小病院におけるACPという話も含めて、これをどう考えるか。

稲葉先生、いろんな病院でやられているんだけど、内容は違いますか。大学病院を含めた特定機能病院と、もう少しベッド数が少ない、中小というよりはもうちょっと大きい、三つに分かれるのか、普通は二つですよ、特定機能病院と中小病院なんだけれど。どうでしょうか。

○稲葉委員 そうですね。たくさん病院でACPの議論をするんですが、どうでしょうか、病院一般というか、急性期の病院であると、やっぱり大学病院とよく似た状況も起こりそうな気がしますね。だから、どちらかという今この段階で細かく、大学病院はこうであって、大規模な急性期の病院はこうであって、中規模はこうで、療養型の病床があるところはこうだというような細かい分け方よりも、もう少し全体の傾向といえますか、大学病院も当然急性期の病院であって、どうしても終末期がどうなるのかということについて医療者がすごく関心を持つので、どうしてもACPが病院のためのACPに

なってしまうという傾向があるんだろうと思うんですね。これを解消するためにどうすればいいのかというのが東京都のこの企画の一つの目的だと思うので、そんなことをちょっと議論していただいたらいいのかなと。

僕のところも多分、同じようなことを総論的に話すんじゃないかなというふうに思っているんですね。今の機会をいただいたので、ちょっとだけ、何点か僕が考えているのは、最初の30分で考えているのは、一つはやっぱり、ACPは義務ではないんですよ。医療者もやらなきゃならないわけでもないし、実は患者さんもACPを絶対に言って、自分の意思決定をしなきゃならないわけではないというようなことをまず言ってあげなきゃならないし、もう一つは、ACPが終末期になればなるほど病院のためのACPになりがちになるというようなこともやっぱり言ってあげなきゃならないし、ACPが、どうしますかというようなことの確認ではなくて、むしろあなたの状況はこういう状態で、この後こういう状況が来るんだということの、ちゃんとした正確なインフォームドコンセント及び意思決定支援がなされた後に、ACPというのが結果として出てくるものであって、ACPを取るという議論ではないだろうとか。幾つかやっぱり今出ている問題点を僕のほうで少し挙げたいと思っているんです。

それで、東京都がどんな方向で考えているのか、例えば在宅は非常に大事だねとか、あるいはそういう義務ではなくて、お互いが何かのきっかけのときにできるような、お互いの常に働きかけみたいなのを求めているというようなことを僕のところで言わなきゃならないのかなというふうに思うんですね。

そうすると、例えば川崎先生のところだったら、大学病院では今現状はこうなっているんだと、もうちょっとこういうふうに動かしたいんだというようなことまで言っていたら、僕はとてもいいんじゃないかなと。この事業自身が今年で終わりではどうもなさそうですので、そのようなところを考えてお話しいただくと、非常に全体としてリンクするのかなというふうに思いました。

ちょっと長くなりましたけれども、コメントさせていただきました。

○新田座長 いわゆる東京都のACPの方向性を含めて、非常にいい話だなというふうに聞いておりました。恐らく石山さんのほうのパターナリズムとACPは、その辺りの思いも含めてあるだろうなというふうに思っていますが、後ほどご意見をお願いします。

先日、水戸で開かれた在宅救急医学会で、ACPを総括しなきゃいけないということがあったんですね。在宅救急医学会は、救命救急の医者の方の集団なんですね。トリアージのためにACPがあると言うんですよ。驚いたんですね、びっくりした。さっきの秋山さんのご意見にあれするんだけど、トリアージする前に、トリアージされる側だよ、ACP、人たちは、もっとその前にやることがあるので、あなた方はトリアージする神の会ではありませんよというような、僕は意見を言ったんですが。

なぜこれを言うかということ、病院での一方の危険性は、トリアージをするという発想ですよ、一方で。だからACPをそのために使うというような意味合いで、これはそ

うすると、やっぱりそうじゃないだろうということが必要なというのが、今、稲葉先生の話で見えたんですけれども。

どうですかね、川崎先生、そういう方向にもなりかねないところがあるから、今の稲葉先生の話も含めて、病院としてのACPをきちんと話したほうがいいですね。

○川崎委員 そうですね。非常に参考になりました。現状を話して、私たちが今、組みたいこととか、東京都の事業として方向性をこういうふうにしたい、こういうことができるといようなことの流れで話すというのは、非常に私も話しやすいかなというふうに思います。

決して、自分たちの病院がそれなりの病院だから、我々がやっていることがこうなんだということを紹介するという医療安全とは違って、実は私たちの病院こそ到達していないという部分があるかと思しますので、それに対して、こういう事業を、委員として入って、こういうことをやはり進めていきたいというような話はとてもしやすいかなと思います。皆さんからのご意見は非常に参考になりますので、ぜひその方向で、もし話させていただければというふうに思いました。

○新田座長 秋山さん、先にどうぞ。

○秋山委員 秋山です。

稲葉先生が総論のところでお話をしてくださる、この「義務ではない」というあたりの先ほどの説明で、とてもストンと落ちるところです。「わたしの思い手帳」をしっかりと紹介してくださり、日頃から自分の思いをきちんと表現をし、人と話し合っていくことがとても大事だよという大前提が前に来た上で、次に、川崎先生のところでは、病院では今こうなっている、川崎先生が先ほど、外来から話し合っ、それをカルテに書いていくとか、そういうことが要るんだよなというところまで達しているというあたりは大切。このことは、どの病院でも本来していただきたいことだけど、やっぱり時間が十分でなかったり、いろんなことでなかなかできないことをこれからやっていきたいという、その表明とか、そういうことをしていただければ、これからの東京都内の病院も、外来からというあたりはすごく大事ではないのかなというふうに、伝わるのではないかと、両先生のお話を聞いて、思いました。

○新田座長 ありがとうございます。

さっきから、東京都が何を考えているかというのはあまりあれなんですけど、島倉課長に。

○事務局（島倉） 地域医療担当、島倉です。

私がちょっと今いろいろお話を聞かせてもらっていた中で、言いたいと思っているのが二つあって、一つは、ちょっと単純に、この研修を今後もアーカイブとしてどんどんためていくという形でいくと、多分それぞれのポジションなり、一般化する必要はあまりなくて、やっぱりそれぞれで、ある事例というものを言ってもらおうというのが一つ、大切なことなのかなと思ったのが一つあったのと。

二つ目は、私はもともと墨東病院で医事課長をやっていたこともあったので、都立墨東病院とのつての中で、今度、東京都の取組をちょっと紹介してということと言われていて、1時間ばかりしゃべってくるんですけども、それを改めて考えている中で、私が墨東病院にいたときには、DNARを取るところからまず始まっていて、病院はまずそこが第一という、よく分からない慣習がやっぱりあるんですね。患者さんの意向とか、そういうのは関係なく、いきなりDNARはどうなんですかと聞くというのがスタンスであって。

ちょうどこの前、コロナで入院調整本部に入ったときにも、そういったやり取りがあったんですけど、例えば患者さんはDNARは了解している、だから入院できるというんだけど、追加で患者さんからオーダーがあったのは、でも心臓マッサージだけはしてくださいという、矛盾した依頼になっているみたいな話がやっぱりあるんですね。それが現実のところかなというのを、ちょっと思うところがあって。

病院側でDNARが取れていないと入院させないと言っている雰囲気があるのと、患者さんは、それは分かりましたと言うんだけど、やっぱり心肺蘇生だけはしてほしいというのが追加でついてきちゃう。それはちゃんと理解していないという話になってしまうんですけども。それがやっぱり現実のところがあるので、その辺はちょっと、急性期病院こそ、やっぱりACPについて病院側として理解を深めなきゃいけない話があるのと、急性期の病院と地域のかかりつけ医のほうで、その辺の情報を共有しながら。

あと、ちょっと思ったのが、急性期の病院は入口であって、そこでACPを取るとか、全部が完結するという話ではなくて、そういったお話があるんだよということだけ、紹介だけしてあげれば、多分、次にかかりつけ医にかかったときに、もっと深い話であれば、そこでまたするだろうし。急性期病院で助けたときに、ちょっと息が抜けたときに、そういう話も次に向けてしておいてねというぐらいの振りだけでも本当はいいのかなと、ちょっと思ったりしたんですけど。

何かそういったところに向けて話ができればいいなとちょっと思いながら、講演を今練っているみたいな、そんな感じなんですけど。地域でそういった取組が広まっていくといいなというふうには、私個人としてはちょっと思っているところがあります。

○新田座長 ありがとうございます。

恐らく今話を含めて、ACPって、そういうものです。ゆれ動くものなので、そこはそこで、その中でという話になると思います。その中で、石山さんにちょっと話が行きますけれども、川崎先生の話は、その中でまとめていただければいいですね。

○川崎委員 了解いたしました。

○新田座長 石山さんのパターンリズムとACP、これは同じ時間で15分にしました。

石山さんの要望だと聞いていましたので、要望を飲み込むことにして。

○石山委員 パターンリズムが、ですか。

○新田座長 違う、時間。

○石山委員 時間ですね。恐れ入ります、ありがとうございます。私の要望です。

○新田座長 要望で。ということで、本当は30分話していただきたいんですけど、要望に応えて。

それで、今話を聞いていて、恐らく、何だろう、どういう感じで話されますでしょうか。

○石山委員 そうですね、今回ここでパターナリズムというものを出してこられた経緯というのが、ちょっと私はまだ飲み込めていないので、その辺りをもしよければ教えていただければと思うんですけども、いかがでしょうか。

○新田座長 恐らく前回の議論で、ちょっと僕もうろ覚えだけでも、これは義務化じゃないよねという話から発想したと思うんですね。さっきの稲葉先生の話で。

○石山委員 ありがとうございます。

確かに私も前回、ACPをしないという選択肢があるんじゃないかという発言をさせていただきました。枠組みがもう決まっているという時点で、それ自体が、あなたのためだから、ACPをやったほうがいいから、やりましょうみたいな、そういった環境に置くこと自体が、あなたのためというパターナリズムに陥ってしまうと思います。

だけれども、医療者や介護職も含めてなんですけれども、何でそれを推奨したくなるかという、やっぱりいろんな経験をしていて、見てしまっているの、生き残った、残された方々が後悔するとか苦しむということも見ているので、ACPはしておいたほうがいいよというような気持ちになるんだと思います。いろんな先を見ているのでというところですよ。

ただ、お一人お一人はこれから経験をするので、先が見えないので、やっぱりそれを推奨したくなるというのもあるので、やはりこうした研修の機会とか、市民の啓発とか、いろんな場面でお伝えしていくという、1対1とか、ケースごとのインフォームドコンセントだけではなくて、こういうことがあるんだという、いろんな方に起きていることを知っていただくという、こういうまさしく東京都の取組みたいなものが重要だと思います。インフォームドコンセントというか、多分、自分のケースだけしか考えないと、自分のケースを正しく知って判断することができないので、そういう意味で、こういう機会が非常に重要なのかと思います。

あとは、パターナリズムというところで、今週ちょうど、老人保健施設で、ちょうど3月のこの研修をお聞きになった方がお声をかけてくださって、自分の老健で話をしてほしいということでお声かけくださって、お話しする機会をいただいたんですけども、その施設長がお声かけいただいたのは、施設長さんは三十数年、心臓血管外科医として病院で手術をずっと行ってきたけれども、縁あって老健の施設長になったときに、今まで自分がしてきたことと、ここで見ている死というものの捉え方があまりに違って、最初は驚愕したと。

死というものは敗北ではないし、老衰というすばらしいものがあって、ただ、それを

受け止め切れないご家族もおられると。ACPもしたいと思うけれども、死を忌み嫌うというところがあって、看取りも行う老健としてやっていきたいけれども、どんなふうにご家族に対応していったらいいのか、老健におけるACPというものの位置づけをどうしたらいいと思うかというようなことの間いかけをいただいて、ちょっと私には、その答えを出せるのかなというところではあるんですけども、非常にそういった、先生の中ではACPのリレーをしていきたいんだなというふうに思ったんですね。

病院のほうでACPを完結させるというよりは、退院可能なケースについては、こういったところぐらいまではお話ししています。でも、ここまでしかまだ決まっていまじせんとか、ゆれていますみたいな感じで、それで老健でもそれを引き継いでやっていくみたいな、ACPのリレーって可能なんだよという考え方ができれば、病院のお忙しい、物理的に本当に大変な中で、そこで決めてしまおうとすると、どうしても、あなたのためだからというふうになっていってしまうかもしれないんですが、リレーでいいんだよって。患者さんもゆれていいし、我々もそのゆれと一緒に、場所は違っても、人は違っても引き継いでいけるみたいな、全体で、全体のゆりかごじゃないですけど、そういうものができるといいのかなというふうに思っていました。

あとは、介護の観点が、生活の観点が入ってくるといいかなというふうに思っておりまして、命とか治療をどうするというだけではなくて、毎日、飲みたいものとか食べたいものが、どうしてもご病気で制約があったりとか、あるいは今、ヘルパーの入れる時間帯がすごく短くなってきていたり、ヘルパー不足で我慢しないといけない状況が起きてきていると思います。その姿を見ると、本当はこれが食べたいし、本当はこれを買ってきてもらいたいけれども我慢するという環境ができていの中で、無意識に、何というんですかね、言わせない、本音を言わせない環境をつくってはいないだろうかという。これはどうしようもないんですけど、そういうところも、どうしようもないんですけど気づいていくことも必要なのかなというふうに思いました。

つまり、つくっている環境そのものが、本音を言わせないと、本当のことを知らせないというような環境を無意識的につくってしまったところもあるんじゃないかなというふうに。

すみません。あまりまとまっていらないんですけど、そんな話ができればと、何となく、今は、ふわっと思っています。

○新田座長 ありがとうございます。

話は恐らくそうだけでも、これは、稲葉先生、パターンリズムという言葉は使っているんですか。パターンリズムって、僕らは今ここでは、何だろう、大体イメージするんですけど、言葉としていいんですかね、パターンリズムという言葉。

○稲葉委員 僕もあまり専門ではないですけど、パターンリズムには実は二つあるとよく言われていて、伝統的な表現ですけど、強いパターンと弱いパターンがあるというふう言われていて、強いパターンというのは、まさに働きかけるものの中に答えが

あるというような形なんだろうと思います。弱いパターナルというのは、むしろ環境整備をして、その人が決められるようにしていくということに実は関わりを持っていくということが、弱いパターナルの言っていることの一部だろうというふうに思いますけど、それでお分かりになりますかね。

○新田座長 納得しましたけど、僕は単純に、もっと、医療者だけ、医者だけが使っていたパターナリズムからという、その言葉として理解していたので。これは医療者だけじゃない、ACPを強引に推し進めるのは。

○稲葉委員 そうですね。今の石山さんのお話からいうと、医師が最もパターナルなんですけども、実は周りの医療者も、それから介護者も、実はパターナルになりがちなんです。患者さんにいいことをやってあげよう、入所者にとっていいことをやってあげようということがあまりにも強過ぎれば、実はパターナルになっていくという、そういう傾向があるんですね。そのことに自覚的でなければならぬし、そういうことについてお互いに指摘をし合う文化みたいなものが、多分、石山先生がおっしゃっていることの大事なところなんじゃないかというふうに思いますね。

○新田座長 ありがとうございます。

そうすると、言葉はパターナルなんですか。パターナルとACP、パターナリズムって使っているんですか。後で何なのと言われると困ると思って。

○川崎委員 順天堂の川崎ですけども、よろしいでしょうか。

○新田座長 どうぞ、川崎先生。

○川崎委員 パターナリズムだと、多分、新田先生と僕は同じ考えで、医師がパターナリズムにならないようにするために、ACPというものの存在の意味があるのかなというふうに、僕は実は題を見て思ったんです。

ですけど、石山さんの考え方はちょっと違いましたですね。要するに、押しつけにならないとか、ACPそのものがパターナルにならないというようなことでしたので。

僕はこの題を見たときに、あなたはもうこういう状況なのでこうですよというようなパターナリズム、治療のパターナリズムに対して、患者さんの意識、そこに全然意向が入っていないことが多いので、そこにはやっぱりACPを現場でもし活用していくとなると、ということの話なのかなというふうに思ったんですが、そうではないということですね。

○新田座長 ありがとうございます。

石山さん、どうぞ。

○石山委員 私もこのお題をいただいたときに、このACPにおける、この場におけるパターナリズムってどういうふうに整理したらいいんだろうということと、認知症の方々が増えてきた中で、今日的なパターナリズムってどういうふうに捉えたらいいんだろうというのはすごく迷いました。

幾つかの考え方があるだろうなど。もちろん稲葉先生がおっしゃった二つのものが軸

としてありつつ、医師に対して主として使われてきたものなんですけれども、認知症の方が増えてきた中で、関わるのって多職種になるので、それぞれの方に言えるんだろうなというふうに思いますし、ACPという枠組みの中で言えることもあれば、そのACPを、治療の場面とか、実際にACPを行う場面とか、あるいは意思を、どういうケアや配慮を受けていきたいかということ、医療や治療や配慮を受けていきたいかということを議論する中では、もっと生活の細部のところにも入り込んでいくと思うので、いろんな切り口があるだろうなというふうに思っていました。

ということで、今日的なパターナリズムというものをどう置くかというのは、すごく難しいところではありますが、幾つかの観点から見るとということも、今申し上げたような幾つかの観点から見るとということも一つかなと思いました。

○新田座長 内容は恐らく、石山さんの中身でやっていただきたいと思っていますので、題をどうするかだというふうに思いますね。

迫田さん、どうですかね。

○迫田委員 私がつい最近、障害者施策をテーマに番組をつくったときに、パターナリズムと人権というのが対立概念としてありました。それは、医師が、というよりは、例えば家族も非常にパターナリスティックになると。特に認知症だったり、障害でいろんなことが分からなくなってきたりするときに、やってあげるという、そういう意識になってしまうということも併せて指しているんだろうと、私はタイトルを見たときに思いました。

なので、医療者がパターナリスティックであるということだけではない、ACPを考えるときに、本人がどうしたいかということについて、周りの人はパターナリスティックになりがちであるという前提を常に意識しておくことが大事だよという意味だろうと。

ただ、だから、タイトルがこれでいいかという、もしかして誤解を与えるなら変えたほうがいいのかもしれないけれど、やっぱり弱っていたり、いろんなことが判断できなくなっていくたりする人と共に語る人は、常に何かそういう、してあげたい感覚を持ってしまうので、そこは要注意だという意味だろうと思いました。

○新田座長 ありがとうございます。

ちょっと話してくれますか。

○事務局（豊島） すみません。豊島です。

今、迫田先生がおっしゃってくださったように、パターナリスティック的な思考に自分が陥っていないか、稲葉先生もおっしゃってくださったような部分について、去年、パネルディスカッションの中で石山先生が、専門職としての経験則というのはしっかりと頭に入れながら、それがパターナリズム的なものに陥らないように自分を見詰め直さなければならないというような趣旨のご発言をいただいたことについて、結構アンケートでも、そこについてはやはり自戒していかなければいけないというようなご意見というのがちらほらといただけていたので、今回ぜひ研修の中で、そうならないために、自

分がやっていること、家族の気持ちというところがパターナリズム的なところに陥っていないかどうかというところは、常に意識しなければいけないよねというところを受講者に伝えられるといいのかなという気持ちで事務局案として入れさせていただいたので、先生の皆様のご発言のとおりかなと思っていたところですが、タイトルについては、またご意見をいただければと思います。

○新田座長 川崎先生、僕と先生のパターナリズムの解釈は、少し狭い範囲で解釈していたようですね、もうちょっと広い。

○川崎委員 川崎です。

医療者側の目で見えていました。パターナリズムという言葉は、医者が自分たちでこうしようと、これがベストの方向性だろうというふうに決めたら、それに誘導するような、というようなものが代表であるというふうにちょっと思っておりました。

○新田座長 そうですね。さっき稲葉先生が言われたように、解釈はやっぱり二通りあってということも含めて。

これは、石山さん、題はまだ変更可能なので、そこも含めて、事務局に変更可能な題。内容は同じだと思いますが、パターナリスティック的な、何だろう、中身は同じなんです、もうちょっと題は考えましょうよ。最終的にはこれでいくかも分かりませんが、どうでしょうか。

○石山委員 はい。分かりました。

もしかすると今のままで、あえて皆さんがどういうことを思い浮かべるかというところから入っていても面白いかなと思いました。

○新田座長 よろしくお願いします。

西田先生、お疲れさまです。ご苦労さま。

最初のパターナリズムとACP、病院医師が院内で取り組むまで、大体議論が終わっています、内容として。

それでは、葛原さん、自治体に取り組む地域でのACPについてということで、よろしくお願いします。

○葛原委員 葛原です。よろしくお願ひいたします。

私のほうは、自治体に取り組むというところで、いわゆる市民、対象がすごく広い中でのこのACPの啓発というところを、国立市はどんな取組を、コロナ禍なのでなかなか十分な取組って、できてはいないんですけども、そこをやってきた中で、ちょっと従事者の人からの意見だとか、やりにくいとか分からない部分があるというところをお話してきたらいいのかなと思っています。

国立の場合、一つは元気な方、介護認定を受けていない元気な方についてもこのACPを広めるためにはというところでは、ちょっと以前もお話したかもしれないんですけども、昨年度、75歳以上の高齢者の元気高齢者にいつもアンケートを取っている、自立度アンケートで周知をしました。そうしたら、やはり反応がある方はかなり一定数

いて、そういう方は、やっぱり身近な方が亡くなって、そのときに本人が何を考えていたか分からなかった、それで大変苦労したという経験から、自分も何かしておかなければいけないですとか、いざというときに子供が困るのではないかということの意識のある方は、こちらからの周知に対してすごく反応があって、わざわざ市役所まで「思い手帳」を取りに来られた方が結構、80人以上ですかね、いました。そういう周知の方法もあるんですが、そうじゃない方たちにも周知することも一つ、どうしたらいいかということもあるんですが。

あとは、グループで勉強会をしたいというようなグループさんも、二、三件あったんですけども、なかなかそこに招かれた包括の職員とかが、どうやってこれを使って説明していったらいいか迷ったということも聞いています。

それで試行錯誤しながらやっていったということもあるんですけども、一つ、高齢者グループへ行ったときに、こういったACPに関わってくれるかかりつけ医って、国立市にどう先生がいるのか、ケアマネと一緒にやってくれる人がどれだけいるのかという、市内にある資源ですかね、そういったところもやっぱり知りたいんだと。そうしないと、自分が恐らく病気になったときに、どうやって選択していく選択肢があるのかとか、やっぱりイメージがなかなか湧かないみたいな、そんな話もちよっと意見として出ていたりですとか。

もう一つ、認知症カフェで、この「思い手帳」をやってみたという取組もあって、認知症カフェは、国立市の場合は当事者、軽度の方ですね、来られるような軽度の方、MCIの方ですとか、あとはご家族、支援者の方が来られるんですけど、その中で、みんなでちょっと、これまで大事にしてきたことは何かなみたいな、そんなところから、認知症カフェなので、どっちかという回想的な感じで、若い頃はこんなことを私はやっていて、こういうことが好きだったわというのを、みんなでやりながら、3か月間で3回ぐらいやったんです。

そうすると、ご本人はこんなことを大事にしているというところまで、何となくみんなでも共有したりできるんですけども、これって、ずっとやり続けていって、その方たちの個人のチームに、どうやってこういった情報を引き継いでいくか、つなげていくか、どうやっていったらいいんだろうという、そんな難しさとか、こういったやり方も普及啓発のやり方としてありなのかしらみたいな、そんな話も出ていました。それが何となく、集団でやるような取組を国立としてやってきた中で、意見だったりとかが出ていることです。

それともう一つが個別ですね。前回、私が事例を発表させていただいたような、ある程度ご家族も一緒に悩みながらやれている方、あとは独居ですね、本当にお一人で全く独居の方をチームで支えている中のACPですとか、あとはご家族がやっぱり遠くにいて、でも意見は言うみたいな、そういった個別の事例も幾つかはあるので、15分の中でどの辺りを自治体地域包括の取組としてお話しさせていただいたらいいのかなという

ふうになんかと思って、今日、すみません、皆さんからご意見いただければと思います。
よろしく願いいたします。

○新田座長 ありがとうございます。

秋山さん、何かご意見ありますでしょうか。

○秋山委員 秋山です。

葛原さんの75歳以上の方へお知らせというか、それをしたら80通返ってきたという国立市民の意識の高さを羨ましいなと思っている新宿区民ですけれども。

そうやって関心のある方を、いろんな立場で、行政の立場で様々な考えるきっかけにしてもらって、それこそ「元気なうちからACP」というか、そういうことができている、そういう行政の取組ってすごく大事だよというのをお知らせしていただくことは、病気になってからとか、本当に認知症で自分のことをあまり表現できなくなって、意思を表現できなくなってからではなくて、そういうことの重要性がすごく葛原さんのところで、実際に国立の事例というか実践例で分かれば、すごくいいなというふうに思いました。

○新田座長 横展開していくので、あくまでも現在取り組んでいる一例としてということで、秋山さんも羨ましい話とおっしゃいました。

○葛原委員 ありがとうございます。

確かに国立って、かなりこういった話にすごく関心のある方が多いし、自分たちで勉強をずっとしているグループもあるので、そういうところをお伝えできるというのはありがたいなと思います。

○新田座長 国立にケアを考える会という、20年前からやっているグループがありますよね。

○葛原委員 ありますね。本当はその方にもいろいろご意見を聞きたいなと思っていたんですけど、ちょっと今日には間に合わなかったもので、そういった市民の意見も、生の声も届けられるといいのかもしれないなと思います。

○新田座長 ありがとうございます。

石山さん、どうですか。

○石山委員 国立のその事例は本当に素晴らしいなと思っています。

今回、土曜日の老健の話ばかりになってしまうんですけども、やはり関心のある方々は地域にいらっしゃるということなんですね。東京都のほうに今回、「わたしの思い手帳」を下さいということで、取り寄せてくださったそうなんですけれども、実際に土曜日に見ながらお話をする予定ではありますが、参加されてきた、これまでの方もそうなんですけれども、実際にどう書いたらいいかわからないというお声があるそうなので、どんなふうな書き方をしているとか、こんな例がありますよみたいなものを、今までに見せてはいると思うんですけども、さらに実際に展開されている例というものをご紹介するというのは、非常に身近に引き寄せて考えられる機会になるんじゃないかな

と、とてもすばらしいのではないかというふうに思いました。

○新田座長 石山さん、ただですね、先ほど言われたことで、つながりのACPという話をされましたよね。じゃあ、その方たちが老健に入って、本当につながったACPができていくかどうか、あるいは特養に入ってきているか、療養型へ行ってできているか、これはまた別問題なんですね。

さっき石山さんの話を聞いて、確かにまだ、地域包括という市レベルの中ではかなりこうした話があるんだけど、特養、老健とか療養型が地域包括の仲間に入らないような実情もあるかなというふうに思っていて、この辺は葛原さん、大きな課題ですよ。

○葛原委員 そうですね。確かに地域と老健とか特養という中のつながりというところは、なかなか本人の意思を持ってつながっていくという感覚はあまり少ないかなというふうにはちょっと思っています。

○新田座長 これは課題として出していけばいいと思うんですね。

○石山委員 よろしいでしょうか。実際、研究データを見ても、グループホームとか小多機とかそういったところで、入所してから1か月とかの間に、ご本人の意思確認をしているかというところでは、ちょっと今、比率出てこないんですけど、ちょっと驚くような確認をしていないという比率が出てきていますし、実際に自分の親が今特養に入所しているんですけども、この3年間ほぼ連絡を取っていただけないという状況で。母親がどういう状況で亡くなっていくんだろうかというのは気になりつつ、お忙しいんだろうなと思うと、なかなかご連絡ができないという状況があるので。そもそも本人の意思確認もそうですけれども、普通のケアのことについても施設と家族はコンタクトができていないというふうに思っています。

○新田座長 そうですね。秋山さん、在宅というのは、やっぱりその延長線上で最後まであるじゃないですか。

○秋山委員 はい、そうですね。

そこら辺は、今から、これからどうしたいのかというような、そういうことをケアの中で会話ができる環境が在宅だと取れやすいかな。たとえ認知症が進んだ方でも、案外本音を家だと言えているかなという、そういう体験は多いですね。実際には。

○新田座長 これ、迫田さん、やっぱり大きな課題だと思いますけど、この辺は課題としてやっぱりつなぐACPという話ですかね。

○迫田委員 ACPのリレーって、いい言葉ですね。石山さんがおっしゃった言葉、そうだなと思って聞いていたので。

患者は病院に行ったり、在宅に戻ってかかりつけの先生だったり、特養に行ったりというようなことを繰り返して、出たり入ったりするようなことがあるので。いろんな関わりが変わってくるにつれて、また考え方も変わるということだと、どういう仕組みでそれがリレーができるのかよく分からないけれど、でも、そこはすごく大事な気がしました。

- 秋山委員 そうの意味で本当は「わたしの思い手帳」は私が持っているわけだから。
- 迫田委員 そうですね。それが大事ですね。
- 秋山委員 その人が持っている、その書いたものを順々にリレーされて、そこに付け加えられたり書き換えられたりしていくことを目指しているというか、そういうことができたらすごくいいなというふうに思うんですけど。
- 迫田委員 そうですね。何かそういうふうになっている事例が一例でもあると。例えば、順天堂で書いた「わたしの思い手帳」をかかりつけ医の先生が見て、リレーされていく、何かそういうようなことが一例でもあると、そうかと思うかもしれないですね。
- 新田座長 恐らくこれはパネルディスカッションの一つのテーマです。結論が今、秋山さんの言ったように、「わたしの思い手帳」をリレーで持っていくという話になるかなという。強引だけでも、それもパターンリズム化しちゃいけないです。
- 稲葉先生、どうぞ。
- 稲葉委員 今の皆さんの議論を踏まえてということですか。とても僕は、いい意見が。迫田さんが今言ったように、もともと石山さんが言っていたAC Pのリレーって、なかなか使えるんじゃないかなと思うんですね。従前あったのは、僕らはAC Pのサイクルというのをやりましたよね。あれと同じようにAC Pのリレーというのも、多分イメージしやすいんじゃないかなという気がするんですね。「元気なうちからAC P」という言葉も捨て切れないというところで、非常に僕はいいなというふうに思っているんですが。
- 最後のところは、私と一緒に動いていく「わたしの思い手帳」ということですよ。それがやっぱりその人を尊重するというようになっていくんだろうというふうに思います。
- 連携の問題は、だから在宅医とか特定の職種の問題ではなくて、むしろその人たちが上手につながっていくということが本当にAC Pを支えるということなんだということ、何かどこかでお話をするということも必要かなと思いました。僕の役割だったら、僕のところでやりたいというふうに思います。
- 一般的には、先ほどのパターナルの議論じゃないんですけども、いい医療者は、いい意思決定支援者じゃないんですよ、実は。そこが大問題なんです。だから、この先生ってすごくいい先生だなといって、例えば大学病院で心臓の手術が上手だということは、イコールいいAC Pの同伴者には基本的にはなり得ないと。イコールではないんですよ。そこのところをもう一回知ってほしいなというふうには、僕は思っているところなんだと思います。
- 新田座長 それも重要なテーマですね。二つ目のテーマですね。AC Pのリレーと、よい医療者はよい意思決定支援者にならない。
- 稲葉委員 そこまで言っているのかどうか分からない。僕は時々言うことがあるんですけども。

○新田座長 西田先生、僕らはいいい医療者だと思っているけども、いい意思決定支援者じゃなさそうですよ。

○西田委員 そうかもしれません。

○新田座長 これ、稲葉先生、何ですか。やっぱりパターンリズムに陥っちゃう。

○稲葉委員 はい、そうですね。意識の面ではいいんですけど、やっぱり隠れたパターンになるんだろうというふうに思うんですね。やっぱりこの人によかれという善意なんです。だから悪いという意味じゃなくて、善意なところがやっぱりそこに問題点があるんじゃないかなという気がしますね。

○新田座長 心に刺さる問題です。

ありがとうございます。これでパネルディスカッションも含めて、話が大体。

西田先生、意見何か、途中参加でも含めてあれだったけど、何かご意見ありますか。

今まで、真ん中からの意見だけ。西田先生、聞こえていますか。

○西田委員 はい、聞こえます。ちょっと途切れ途切れになっちゃうんですけど、はい。

○新田座長 カリキュラム、話がありましたけど、先生何か意見ありますか。

○西田委員 いえいえ、ごもっともだと思って、今、うなずいていたんですけど。そのパターンリズムのところは私もすごく気になっているところなので、ぜひ、そこら辺のところ、医療者、先ほど稲葉先生がおっしゃったとおりで、善意でパターンリズムに陥っているわけですけども、そこら辺のところ。

それから、あとは「ACPって何のため？」ということなんですが、医療・介護者の中にも、すごくこの課題に関しては、すごくレベルの差がありますよね。例えば、それこそ介護現場だけ行って帰ってくるような介護従事者の方たちと、ある程度ACPを意識してやっている医療・介護従事者と、ごっちゃにして対象者として話をしていくというのは、すごく難しいんだろうなということにはちょっと感じているんですけども。どうなんでしょうかね、そこら辺が。どのレベルに標準を合わせてこのディスカッションをやっていくのかということが、ちょっと私は心配ではありますが。

すみません。まとまらない意見で。

○新田座長 先ほど秋山さんが話されていたんですけど、僕はあれが正解かなと思っていたんですけど。秋山さんは、まず「わたしの思い手帳」って何のためにするんだと。あるいは強制ではないと、まずACPはですね、義務とか強制ではない。だけど、やっぱり「わたしの思い手帳」というのは基本に、強制ではないけれども必要なんでしょうねという話をして、そこから始まって、でも、あれは決して義務ではない。秋山さん、さっきいい表現されましたよね。もう一回ちょっと話をしていただけますか。あれでいいなと思うんですね。

○秋山委員 義務ではないけれども、なるべく対話ができる状態から、いろんな人と話し合って、自分の意思を表明していくというか、自分の意思をきちんと形成して表明していくという、その意思決定支援の段階を踏みながら。でも、今はこうだけど、次に例え

ば骨折した後、老健でリハビリを受ける、どうしても家に帰りたいと思う、そういうようなことを追加でしながら、でも、「わたしの思い」だから、私が持っている、そこが医療者側とか施設側が持っているんじゃないかと、「わたしの思い」だというあたりをぶれずに持っていけばいいかなというか。「わたしの手帳」は私のものなわけですよ。そこがぶれないでいけたらいいなと思って、そういう意味合いのことを発言しました。

○新田座長 恐らく介護者も医療者も様々なレベル差があるじゃないですか、意識差。だけど今回は、やっぱり「わたしの思い」という、その点に絞って、そこが基本になるだろうという話ですね。

○西田委員 分かります。ACPという単語にたどり着く前の段階をどのぐらいこの場で持つのか。いきなりACPという言葉から入っていくのか、そこの理解も相当差があると思うんですね。何でそのACPというのが今出てきているんだろうかというところ、もう根本的なところからあると思うので。どのぐらいまで遡ってお話を皆さんでしていくのかというところもちょっと気になるんですが。ACPありきからスタートするんですか、これは。

○新田座長 ここで大分議論されているんですけども、ALPも含めて、その前からという話で、ACPという言葉にはあまりこだわらないんです。

○西田委員 はい。失礼しました。

○新田座長 結果としてACPにこだわらない。ケアについて自分で考えましょと、私のことをという。というのが基本なので、ACPという言葉そのものはあまり気にしないで行きましょということですね。

ACPって何とか、パターナリズムってここで今回そこから入るのは、稲葉先生と石山さんの話は、そこのところが基本になると思いますので。

○西田委員 大賛成です。すみません、何か遅れているから、話がちょっとついていけなくて、ごめんなさい。

○新田座長 ありがとうございます。

ということで、皆さん、大体いい点まで来たと思いますので、よろしく願いいたします。

それで、次のライブ配信とかバックナンバーとかアンケート内容について、何かご意見があればいただければと思います。

まず、アーカイブ紹介文とか、これは先ほど島倉課長も話されましたけども、積み重ねていくと、令和2年度、令和3年度含めて積み重ねて、それを残しておいて、今度、令和4年度もまた積み重ねていくという、そういう話ですよ。

その中で、いきなり令和2年度の表題だけをして皆さん分からないから、掲載文として、こういうような中身、掲載文が右に出て書いてありますが、こういったようなことについても何か、もう少し変えたほうがいいのかということがあれば、それぞれその事例とか等々を話された先生方に事務局まで、こういうふうに変えてくださいということは、

まだ変更可能ですので、よろしくお願いたします。よろしいでしょうか。

例えば、事例発表「在宅医の立場から」と、認知症のある方への意思決定支援について紹介と、非常に単純な紹介文が書いてありますが、もう少し中身が、もうちょっとこう入れたらいいとかですね。病院医師の立場も含めてという話でございます。

ここは議論する話ではなくて、皆さんにこれをお願いして、このアーカイブの紹介文について訂正があれば、皆さんにお任せしますので、よろしくお願いたします。

それと、アンケート内容ですね。アンケート内容まで皆さん見ていないと思うんだよね。

○事務局（豊島） 再度、アンケートのサイトだとか視聴サイトを開設する前に、皆さんにテストサイトをご覧いただいたときに最終文言、修正も可能ですので。基本的には今回お目通しいただいて、レッドラインまでに何か気になる点があれば共有いただければと思います。

○新田座長 ということで、それもよろしくお願いたします。

○事務局（豊島） ライブ配信講義が90分程度になるので、土日にするのか平日の夜間にするのかというのも選択肢にあるかなとは思ったんですけど、いかがですかね。

○新田座長 今、事務局からの話でございますが、ライブ配信が90分になります。30、15、15、40、これは最終に。

○事務局（豊島） そうですね。ここは15になるので。

○新田座長 15で。こっちの90分という意味ね。

○事務局（豊島） そうです。ここが90分になるので。

○新田座長 全部でね。

○事務局（豊島） ここは事前配信になって、ここは90分なので。

○新田座長 了解。今の話、分かりました。

ACPについて、稲葉先生の30分はあらかじめ見ていただくと、いつでもいいので。それで、以下ございますパターンリズムとACPとパネルディスカッションの時間が90分になります。それで、土日か平日の夜にするのかというところでございますが、日程としては、参加者はリアル。

○事務局（豊島） そうですね、基本的には会場を借りてやろうかなと。

○新田座長 日程が土日なのか平日の夜なのか、どちらがよろしいかというのを皆さんにお聞きしたいんですが、どうでしょうか。

○事務局（豊島） 平日のほうが皆さん、受講しやすいですかね。

○新田座長 事務局からは、今、平日のほうが受講しやすいという意見があるんですが、そうでしょうか。

○事務局（豊島） どうですかね。土日の90分を取るか、平日の夜間、こういう会議のような形で研修を開催するのか、どっちがいいか、ちょっと。

○新田座長 平日の90分って、例えば6時から、6時半、7時半とか、7時から。

- 事務局（豊島） 7時から8時半だとか、6時から7時半というような枠で開催したほうが、受講者の方は受講しやすいのか、土日の1時から2時半とか、逆に土日の夕方の方がどうなのかで、ひとつ皆さんのご経験の中からご意見いただけるとありがたいです。
- 新田座長 どうですか。皆さんそれぞれのご意見があると思いますが。平日の90分か、土日か、あるいは土曜日昼からとか、夕方とか。
誰に聞きますか、これは。石山さん、いつがいいですか。
- 石山委員 何かどちらの意見も出てきそうではありますが。90分であるならば、多分ご家族の予定とかいろんなことも考えると、平日の夜にもう90分やる方が、仕事の延長の時間といいですか、そこで取りやすい人は多いのかなという気はいたします。
- 新田座長 秋山さん、どうですか。
- 秋山委員 比較的この頃、夜のこのオンライン研修って多いですね。土日はしっかり別のところにこの頃はみんな参加をされていて、通常の、先ほど石山さんがおっしゃったように、通常の業務の続きのような研修は夜でも結構人はしっかりと集まるという感じですよ。
- 新田座長 そうですか。了解。葛原さん、どうですか。
- 葛原委員 確かに日中だと業務だったりとか訪問に行ったりとかという業務があるので、やっぱり平日の夕方以降でもいいのかなとは私も思います。
- 新田座長 迫田さんはどっちですか。
- 迫田委員 皆様にお任せしますが、パネルのしゃべる人たちは、どこか1か所に集まる形ですか、それともこうやってウェブで大丈夫なんでしょうか。
- 事務局（豊島） そうですね。昨年と同じく、基本的には会場を貸し切って開催する予定ですので、平日7時からであれば6時ぐらいには集合いただいて、マイクのテストだとかをしてというようなイメージでおります。
ちょっとこちらの音声途切れ途切れだと秋山先生からチャットいただいたんですが、皆さん、今、こっちの通信大丈夫でしょうか。秋山先生、直っていますでしょうか、大丈夫でしょうか。
- 秋山委員 はい、直ってきました。
- 新田座長 どうも平日のほうが女性軍が優勢なんですけど、稲葉先生、平日でもいいでしょうか。
- 稲葉委員 はい、大丈夫です。
- 新田座長 あと、西田先生はちょっと忙しいから、平日のほうが大変じゃないかなと思うんだけど、どう。
- 西田委員 いや、そんなことはないです。結構。これいつやるんでしたっけ、先生。
- 新田座長 まだ、これから。
- 西田委員 まだ日程決まっていないですよ。何とか時間つくります。皆さんに合わせ

ます。大丈夫です。

○新田座長 川崎先生どうでしょうか、平日の夜でいいですか。川崎先生、大丈夫ですか。

○川崎委員 川崎です。時々やっぱり先生のほうの、事務局のほう、途切れ途切れになりますね。今、聞こえなかったんですが。

視聴者の方たちが土日の昼間は対面式のいろいろな研修会とか出ていることが多いのかなというふうに思いますので、私も平日の夜が聞く人たちのためを考えるとよろしいのかなというふうに思います。

○新田座長 分かりました。じゃあ、平日の夜のどこか、皆さんの都合のいい時間も含めて決めたいと思います。よろしく願いいたします。

では、あと事務局、よろしく願いします。ありますか、あと。

○事務局（豊島） いえ、大丈夫です。

○新田座長 じゃあ、そのほか何かご意見ありますでしょうか。

先生、何かありますか。稲葉先生、聞こえていますか。

○稲葉委員 はい、聞こえています。言い残したことはそこそこあるんですが、今日は大丈夫です。

○新田座長 言ってください。

○稲葉委員 一個だけ。多分これは僕のパワーポイントの中に載せるという意味でちょっと聞いていただくと、一応、アメリカなんかの議論をちょっと踏まえて考えるとですね、やっぱり意思決定をするということはとても難しいことなんだという気がするんです。特に普通の人たち、私たちもそうなんですけど、今にアンカリングと言われてるんですね。今現在のことについて決めるということについては、必要性がよく分かるので。ところが、将来のことを決めるということは、普通の人間はうまくできないと言われてるんですね。そこを先を見通した支援をしていくというのが、多分、医療者の役割なんじゃないかな。

さっき新田先生がおっしゃったように、やっぱり医療者というのはたくさんの経験を持っている。だからこういう事例は、がんで死ぬのは、患者さんから見れば自分はまだ一回も死んだことないわけなんですけども、やっぱり医療者から見ると、こういうようなことが起こってくるという先を見通した支援をしていくということが、やっぱり医療者に求められていることなんじゃないかなというふうに思うんです。その方法論はもうちょっと詰めていかないといけないんですが。そういうメッセージは出したいなというふうに思っております。

以上です。

○新田座長 ありがとうございます。

あれですよ、先生。医療者の、例えば僕が意思決定やろうとしたら、ポルスト（POLST (Physician Orders for Life Sustaining Treatment)）になって、細かくなりますよね。助かるからここまでやってくださいとかね。ここはもう駄目だという条件

設定が物すごく増えてきますよね。だから、やっぱり医療者でもなかなか決定できないという感じがあるんじゃないかなと思っていて。いまだに意思決定はできないんですよ。

西田先生、意思決定していますか。

○西田委員 自分ですか。自分は全くできないですね。

さっき稲葉先生がおっしゃったことでちょっと思ったんですけども、結構、だから我々医療者って、いろんな病状の今後とかについてパターン化しているんですね、パターン化したものを持っているんですね。それを患者さんに当てはめて、この人は多分こういうふうになっていくだろうみたいなところに持っていくんですけど、それ自体がちょっとある意味問題があるのかなという気が私は最近しています。パターンリズムじゃなくてパターン化のほうですね。

○新田座長 ありがとうございます。恐らくリレーの意思決定ってとても重要だなと最終的に思っていて。例えば、かかりつけ医の、我々病院の医師も含めて、あるいは施設も含めて、実はこうだよ、こうだよ、ご本人にとっての伴奏者みたいになっていけるような、パターン化して、今から将来はこうだよと想定じゃなくて、その場の判断を含めて一緒に考える人になればなというふうに思っているんだけど、我々医療者は。だから、それができる人が、やっぱり自分の意思代理決定者なんだろうな。自分ではできない……。

そんな感じしませんか。言われるとおりで、なかなか難しいですね。稲葉先生の言うのは、よく分かります、それは。

○稲葉委員 医師ができないことを患者さんに求めているということですかね。自分ができないことを患者さんに求めているという場面があるということを感じなければならぬんじゃないかなというのを、今の両先生のお話を聞いて、感じました。

○新田座長 川崎先生とはちょっと違うかも分かりませんが、川崎先生。

○川崎委員 そうですね。私は実際に大学病院でばりばりでそういう現場を見ている人間で、いろんなパターンがあって、それなりにその人の状況を見て、申し訳ないんですけど、あんならないようにしようとかですね。自分はこういう場面になったら、自分ではっきり自分の意向を今のうちに子供たちに伝えておこうとか、残しておこうというような気持ちで。実際、私の思い手帳とか僕自分で、せっかくいただいたんで書いてやっています。

ただ、今言われましたとおりで、いろんなパターンを、つい最近見たパターンをいっぱい知っていると、そういう場面ですね。大学病院としてのですね。知っているということで。僕が多分病気になったら、家族の意向で大学病院に無理やり入れさせられるんだろうなというふうに思っていますので。順天堂に入ったとして、こういうふうになろうとか、この先生に診てほしいまで、そこまで考えてやっていますけれども。いろんな考え方あるかなと思いますので、いろいろ参考に自分でもしたいと思います。

○新田座長 ありがとうございます。

これからは、もう雑談になっちゃいますので、これは会議ですから、今日は公開の話なので、これで今日は終わりにいたします。

じゃあ、今日はこれで終了したいと思います。あと島倉課長に最後お任せします。

○事務局（島倉） 本日も活発で参考になる大変深いお話をいただきまして、本当にありがとうございました。ちょっとまた時間が足りず発言できなかったこととか、あと資料の修正とか、気づいたことがございましたら、事務局宛てメール等でお寄せいただければと思います。

本日は長時間にわたりまして本当にありがとうございました。以上をもちまして、第2回ACP推進事業企画検討部会を閉会したいと思います。

どうもありがとうございました。

（午後 8時27分 閉会）