

視点

終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング (ACP) について



福島県医師会常任理事

原 寿 夫

1. はじめに

2017年11月の日本医師会生命倫理懇談会第XV次答申で、「超高齢社会と終末期医療」について、これまでの経過を振り返り、医療の目的を「cure も care も」大事だとするよう発想の転換を促し、患者の意思の尊重こそ重要であり、患者を取り巻く家族の存在の重要性にも言及し、「認知症と尊厳死」について述べ、下記2点について答申している。

- ①患者の意思決定による終末期の生き方
- ②終末期医療の質の向上を図る

2008年の第X次生命倫理懇談会では「終末期医療に関するガイドラインについて」、2012年には日本老年医学会から高齢者の終末期ケアについてのガイドラインが、2017年には日本臨床救急医学会から「人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方に関する提言」が公表さ

れ、日本医師会は法律ではなく上記ガイドライン等の遵守を求めている。

日本でもリビングウィルやエンディングノートの意義について理解が広がってきているが、リビングウィルについての2014年の厚生労働省の意識調査では、約7割が賛成しているにもかかわらず、実際に作成しているのは3.2%であり、「家族と話し合いをしたことが全くない」との回答が55.9%だったそうである。

2015年から厚生労働省は「終末期医療」を「人生の最終段階における医療」と呼びかえ、イギリスでは「死に至るまでできる限りよく生きるように、また尊厳をもって死に至るように (to die with dignity) 支援する」とした。このように、「尊厳をもって死に至る」ことが実現できるように、関係者が話し合いを重ねていくことの大切さが求められ、アドバン

ス・ケア・プランニング (ACP) が提唱された。

ACPとは、Advance Care Planning のことで、「将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのこと」とされ、将来の変化に備えて患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目標にしている話し合いの経過のことであると、定義されている。(QRコード参照・日本医師会ホームページ)



終末期のケアについて、本人の意思に反するケアは質の良いケアとは言えなく、よく生きること、尊厳をもって死に至ることを目指すべきとされており、このことはスピリチュアル・ケアの目指すものに他ならないとして、下記のように説明されている。

「スピリチュアル・ケアは、人がその生きる世界をどのように根本的に、ないしは包括的に理解しており、その理解と連動するどのような根本的な姿勢で生きているかに関わっている。」

ケアの源泉は、“Not doing, but being” と言われ、看取る者が患者のそばにたたくむだけで、患者は心強く感じる。このことは、かかりつけ医にとっても同様であり、大切なことではないだろうか。

2. かかりつけ医として

日本医師会と四病院団体協議会の合同提言として2013年の「医療提供体制のあり方」の中で、「かかりつけ医機能」として下記4つが求められているとされた。

- 1) …患者の背景を把握し…。
- 2) …自己の診療時間外も…。
- 3) …地域住民との信頼関係を構築し、

…在宅医療を推進する。

- 4) …医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

このことを踏まえ、日医かかりつけ医機能研修制度応用研修の「かかりつけ医の在宅医療・緩和医療」の項の「かかりつけ医と終末期医療」でACPが紹介されている。地域包括ケアシステムの中核となって個々の患者に接するかかりつけ医や介護職その他の関係者が、本人がどのような生活を送りたいかを尋ね、そのために利用可能なサービスを情報提供し、「継続的に一緒に考えていくACPが重要であり、“かかりつけ医”への期待や役割は極めて大きい。」と、述べられている。(日医かかりつけ医機能研修制度平成30年度応用研修会テキストP. 5-17~19参照)

また、意思決定能力の低下している人への支援として、成年後見制度があるが、成年後見人は医療的判断をする権限がないとされている。よって、信頼できる人を“医療代理人”として選任しておくことが必要である。何かあったときに救急車を呼ぶのではなく、まずは、かかりつけ医とどうやって連絡をとるか、かかりつけ医に連絡がとれなかった時に、どうするのかというシステムづくりをしておくことが大切であり、この意思決定支援に“かかりつけ医”の役割が大きく求められている。

2018年6月厚生労働省は「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」(厚労省ホームページに資料あり)を策定した。この中で、意思形成支援と意思表示支援、意思実現支援について意思決定支援チームとして話し合いを重ねながら進めていくことの大切さが記されている。

3. 具体的先進事例

2017年11月の日本医師会生命倫理懇談会第XV次答申「超高齢社会と終末期医療」につ

いて冒頭で紹介させて頂いたが、その中で、具体的先進事例として広島県の例が紹介されている (<http://citaikyo.jp/>)。広島大学、県・市行政、県医師会の四者を中心に地域保健対策協議会を設置し、「豊かな人生とともに…～私の心づもり～」というACPの手引きを発行し、「もしものための話し合い」を実践する試みが行われている。この「私の心づもり」(A4-2頁)には次のようなことが書かれている。

『将来、自分自身で自分のことを決められなくなった時に備えて、今のあなたの希望や思いを整理してみましょう。ACPの手引きを参考に、以下の設問にお答えいただきながらご家族やあなたの代わりに意思決定してくれる人(代理人)、医療者と話し合いを持ちましょう。』

代理人(医療代理人)を選任し、下記についてかかりつけ医とともに話し合っていく、この話し合いの過程こそが大切であり、この時間の共有こそがACPそのものなのである。

- Step1 あなたの希望や思いについて考えましょう
- Step2 あなたの健康について学び、考えましょう
- Step3 あなたの代わりに意思決定をしてくれる人を選びましょう
- Step4 医療に関するあなたの希望や思いについて伝えましょう
- Step5 あなたの考えを文書にしましょう

4. まとめ

終末期において、約70%の患者さんが意思決定不可能だそうである。人生の最終段階における医療、言い換えれば、その方の残された大切な時間の過ごし方を、ご本人と、あるいは“医療代理人”と話し合いながら支援していくことが出来れば、素晴らしい事であり、だれしも望んでいることではないでしょうか。しかし、現実には困難な事例が多々あり、そこにACPの手法を組み込んで頂ければと思います。

ACPは、かかりつけ医に求められる大切な機能の一つです。宜しくお願い致します。

