

「人生の最終段階における医療とケア」 について考える

佐賀県医師会常任理事
佐賀県医師会終末期医療検討委員会委員長 樗木 等

アドバンス・ケア・プランニングをまなぶ (ACP Advance Care Planning)



ACPとは何でしょうか？

将来の心身の変化に備え、人生の最終段階における医療およびケア※について患者さんを中心に、ご家族、親しい人、医療・介護・福祉関係者など、患者さんの関係者が集い、患者さんの思い、希望を確認・支援する手順のことです。関係者が一堂に会せなくとも何回かに分けて、患者さんの希望する将来の医療・ケアについて話し合います。話し合いの記録はその都度残し、関係者間で情報の共有をします。最終的には患者さんの希望する最善の策が目標です。

※ケア…ここでは介護、看護の事を意味します

人生の最終段階に至るパターン

超高齢社会、多死社会を迎えています
が、人生の最期まで誰もが健康な状態ではありません。おおよそ4つのパターンが想定されます。

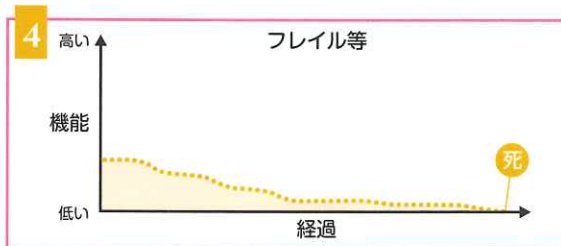
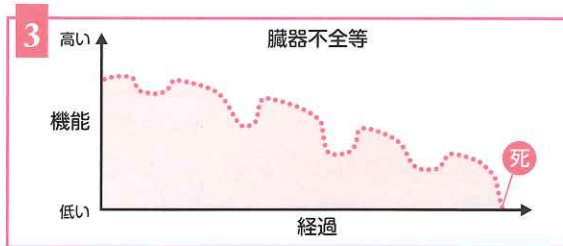
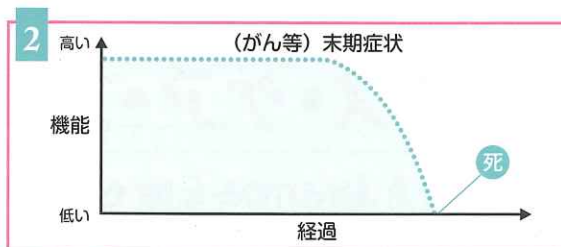
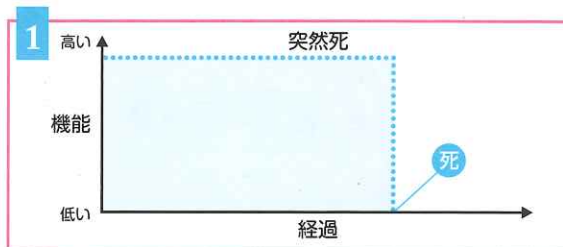
1 健康に経過するも急変し突然亡くなる。誰にでも起こり得ることで予測が困難です。

2 がんに代表されますが、治療後、比較的元気で経過するも、ある時から数か月で急速に状態が悪化し、死に至る。

3 脳梗塞後遺症や呼吸不全、心不全に代表される臓器不全で、何回か急激に変化し、入院加療などを必要とするも改善し、経年的には徐々に悪化し、死に至る。急激な変化があつたとき改善可能かの判断が難しいです。

4 高齢者や認知症など慢性型で長い期間に徐々に全身機能が低下し死に至る。何時からが終末期なのかが不明確です。

従って、患者さん、ご家族や周辺の方にとつて同じ状況の最終段階はありません。それぞれに応じた医療とケアが必要です。



(Lunney JR, Lynn J, Hogan C: J Am Geriatr Soc. 2002;50:1108-1112 より)

※フレイル……加齢とともに心身の活力が低下し、ストレスに弱くなっている状態です。健康と要介護の中間段階にあたるもので、適切な介入・支援により、健康な状態に戻る可能性があります。

これまでは、どのような
対応があつたのでしょうか？

ACPに至る歴史的な背景をみると、尊厳死があります。尊厳死とは、人間としての尊厳を保つて死に臨むことです。誰もが少しでも長生きをしたいのは本能です。たとえ治る見込みがない病気であっても、家族は少しでも長く生きてほしいと考えます。しかし、回復の見込みがない末期症状に陥った場合、延命治療は行わず、自然な形で眠りにつく選択肢があつてもよいのではとの考えです。自身が昏睡状態になった時などに備えて、治療の継続や中止などを記した同意書（IC: Informed Consent）、リビング・ウィル（「Living Will」）や、その発展型である事前指示書（AD: Advance Directive）が提案されてきました。IC、LW、ADなど形式は違いますが、人生の最終段階における医療の選択のためのツールで目的は一緒です。いずれも患者さん本人の意思の確認が必要条件です。

では、なぜACPが 必要なのでしょう？

第XV次日本医師会生命倫理懇談会
答申では、「本人の意思決定支援における、
アドバンス・ケア・プランニング(ACP)
の重要性を指摘するとともに、それは本
人の自己決定に留まるのではなく、医療
者側からのアプローチがなされ、本人、医
療・ケアチーム、家族等の関係者が話し合
いを繰り返すものであり、そうしたこと
が可能となるような仕組みを作り上げて
いくことが必要」とあります。

つまりACPとは、今後の医療・療養に
ついて患者さん・ご家族等と医療従事者
があらかじめ話し合う自発的な手順のこ
とです。患者さんの同意のもと、話し合い
の結果が記録され、定期的に見直され、患
者さんに関わる人々の間で共有されるこ
とが望ましいのです。患者さん本人の気
がかりや意向、価値観や目標、病状や予
後の理解、医療や療養に関する意向や好
み、その提供体制を話し合います。今後は、

天涯独り身、親族との接触や確認ができ
ない、国外を含め遠隔地住まいである等、
急変時に親族との連絡が取れない、本人
の意思の確認が曖昧であったりする例が
増えます。

患者さんや親族の最終意思が確認でき
ない状況でも、複数チームによる患者の
尊厳に思いを馳せた最善の策の選択が一
番です。言ってもなく、かかりつけ医の
役割は重要です。



ACPはいつ、何を 話し合えばいいのでしょうか

人生の最終段階に至るパターンを見ま
すと、元気な時から家族や親しい人と急
変時や最終段階の希望や思いを話題にす

ることが大事です。親族や周辺に看取り
があった場合に、短時間でも話題にする
ことが勧められます。急変時や状態が悪
くなったりして意志が伝えられない、伝
えにくい場合を想定して、日常的に思い
や希望を話し、お互いに確認しておくこ
とが大事です。可能なら具体的に、重症化
したときの治療の希望とその理由、して
ほしくないこととその理由、どこで療養
したいかとその理由、生命維持治療に関
する意向とその理由などを話題にするの
が理想的です。

生命維持治療に関しては、医療チーム
とともに話し合うことが有用です。

Topic

ACPの 愛称が決まりました

ACPと表現していますが、なん
となく味気ないですね。そこで、厚生労
働省は国民にACPが浸透するように
“愛称”を募集していました。11月30日に
“人生会議”と決めました。「よし、みな
な集まれ“人生会議”をやろぞ」、などと
親しんでいただければ幸いです。

ACPで注意する点は 何でしょうか？

早すぎると不明確、不正確、現実性に
乏しくなります。遅すぎると冷静に対応
することが難しく、ACPが行われない
ことにもなります。タイミングを逃がさ
ないことが必要です。また、話し合いの参
加者がACPについて学習して、理解して
おくことも求められます。治療変更時、状
態変化時などに同じメンバーでなくとも、
複数回の話し合いが望まれます。患者さ
んの家族・親族が確認できない場合は、親
しい友人を加えた話し合いが可能です。



ACPの今後に向けて...

ACPは、「人生の最終段階における医療・ケアの決定手順」として一見理想的ですが、慎重でもあるべきです。患者さんの意識が明確で、親族や親しい者、医療・介護・福祉関係者と共に複数回の確認作業をした上であれば問題ありません。1年以上前に確認したのが最後であったり、心身の状況が変化した後での確認がなされていなかったり、親族がいても一度も同席しなかったり、親しい者だけの同席などは問題があります。また、ACPを実践するときに医療関係者が誘導的な話し合いを進めてもいけません。本人の意思や親族などが確認できない場合などは、求められる決定は重いもので、友人や関係者への負担は大きく、一定の判断力、能力も要求されます。

つまり、患者さんにとっての最善の策を見つけるためには、医療関係者や話し合いに参加する者も、研修会などで学習の必要性があります。今後は、この研修会の提供が重要となり、そのような学習の機会を行政とも協力して計画しますので、是非、参加をお願いします。



1. 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 厚生労働省 平成30年3月改訂
(<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>)
2. 終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)から考える 日本医師会 (https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/006612.html)
3. 第XV次日本医師会生命倫理懇談会 (http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20171206_1.pdf)