

第33回地域医療・介護研究会 レポート

日時：2018年3月30日（金）19：00～20：30 晴
場所：ちどりビル2F 参加者：83名

今回は「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」について、あおばクリニックの伊藤大樹院長にご講義頂きました。

< 講義（概略） >

この時期に起こった2つの出来事は、1つは厚生労働省が「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」を改定したこと、もう1つは診療報酬改定でこのガイドラインが関わることになったことです。このガイドラインは米国のACPのほぼそのままと言っても良い内容です。

厚労省ガイドラインでは事前指示（AD）について示されています。米国ではACPが法に定められていますが、法整備されたからといって事前指示が増えたとは言えません。また事前指示がACPという訳ではなく、極端に言えばADがあるとそこでACPが終わってしまい兼ねませんので注意が必要です。

ポイントは、

- ①本人による意思決定・・・患者を理解しようとし続けること
- ②一人で決めないこと / ③緩和ケアの必要性
- ④積極的・消極的安楽死・・・厚労省ガイドラインでは積極的安楽死は対象外（＝消極的安楽死は対象？）
- ⑤-1 患者の意思が確認できる場合は合意形成
- ⑤-2 患者の意思が確認できない場合：家族等により意思が推定できる場合は推定意思を尊重、意思が推定できない場合は家族等代理人と繰り返し話し合う、もしくは医療・ケアチームにより最善の方針をとる
- ⑥複数の専門科からなる話し合いの場の設置・・・通常のクリニック規模では難しい。福岡東在宅ケアネットワークでは弁護士や臨床倫理学者から助言がもらえる様な仕組みを作っている。
- ⑦話し合った内容の記録

ここで“患者の意思決定能力（以降DMC）をどう判定するか”という課題が出てきます。DMCは無ければ治療に同意・拒否ができません。注意すべきはDMCと適正・判断能力とは異なる点です。前者を判定するのは医師で、後者を判定するのは裁判官であり成年後見人制度はこれに当たります。DMCは①理解、②認識、③倫理的思考、④表明により構成されます。②は現状や起こりうる結果を認識できるかどうか、③は本人の価値観で判断できるかどうかです。③は医師にとって理解し難いこともあり得ます。DMCを判断できない時は精神科へコンサルトすることも有用です。

DMCが無いと判定された場合、事前指示（以降AD）の有無がポイントとなります。ADは生前の意思を表示するもので法律文書ではありません（遺書は死後の事を示す法律文書）。ADは、医療行為について医療者へ指示すること（以降DNAR）、代理意思決定者を示すことの2部構成となります。ただし、DNARを決められる人は多くはありません。しかしながらACPではADは生前早期に検討すべきものであるとされています。あおばクリニックでは、医療者への指示（DNAR等）と代理人決定を分け、第1段階として代理人決定をしておく様に工夫しています。代理人は妻子でなく友人でも良く、いろいろな人と話し合っ、意思決定してもらおう様にしています。DNARは必ずしも取る必要はありません。過去に本人が述べていたことから意思が分かれば良いですが、分からない時は代理人ど“最善の利益”を考えることとなります。

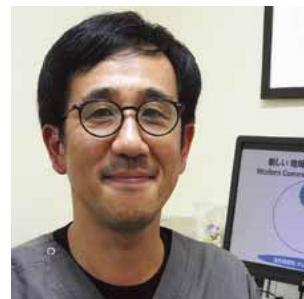
私は最善の利益や無益が何であるかを明確に説明した人や本に出会ったことはありません。医学的最善は必ずしも患者が望む最善と一致せず、医学的に無益と思えることは患者も同様に無益と考えるとは限りません。また患者が好んで選んだ選択肢は必ずしも患者の価値観に沿った最善の選択肢ではないことがあります。とても難しく、悩んだ時は倫理四原則に立ち返って検討しますが、それでも判断がしづらい時もあります。最後まで悩み、悩んだことに意味を見出すことも大切に思います。

ADがあれば死亡までの日数やコストなどに差があるかというところといったエビデンスはありません。多くの人にとっていざ症状が悪化した時のことを予測して回答することが困難である以上、また多くの治療効果は明確に示すことができない以上、書類（AD）があっても役に立たないケースすらあります。

今後の治療・療養について、本人・家族と、本人の意向が定期的に話し合われ、見直され、共有されるプロセスがACPです。書面より、繰り返し話し合うプロセスが大切です。

< 質疑応答 >

・ADを取るための工夫⇒AD等の話しをして欲しくなさそうな人もおり、その際はパンフレットを使うこともある。置いて帰り読んでおいてもらう。パンフは本人・家族が自分のタイミングで読める利点がある。



伊藤大樹 先生