

# 終末期における臨床倫理と アドバンス・ケア・プランニング (ACP)

函館市医師会  
函館市病院局

## 氏家 良人

私は45年間の医師生活のうち、40年ほどを主に救急医療や集中治療に従事してきた。救急医療の中でも救命救急、集中治療を専門として、院外からの重症救急患者、また院内の急変患者をICUでたくさん診てきた。その中には、多くの法的、倫理的判断が必要な場合があったが、8年前まで私は臨床倫理や医療にまつわる法律や法に関する知識に疎い人間だった。そして、そのことにも気づかないままであった。

このような私が10年ほど前に日本集中治療医学会の倫理委員長に就任した。最も、倫理的でない者が委員長に就任したと揶揄もされた。その後、2012年からは理事長として多くの法的、倫理的問題を考える必要に迫られるようになった。救急集中治療領域においては、脳死患者の家族に対する臓器提供のオプション提示、終末期に陥った患者に対する延命措置継続の可否、宗教的理由で輸血を拒否する患者への対応、禁忌薬物の使用の可否、小児や高齢者、障害者への虐待、高齢者に対するDNAR取得と治療の手控えなど、多くの臨床倫理的判断が必要な問題が挙げられる。

しかし、私を含めて多くの医療者は新しい治療技術や知識は一生懸命学んできたが、倫理的アプローチに関しては学ぶ機会が少なかったのではないだろうか。2011年から日本集中治療医学会では1日6時間、4日間の1クール24時間となる臨床倫理セミナーを年に2回開催することを始めた。講師は、臨床倫理、法学などの専門家である大学教授や准教授で、受講者は最初私を含めた学会の倫理委員のメンバーだけであったが、今では毎回の受講者が100名を超えるようになってきた。その中で、われわれは多くの法的、倫理的なことがらの基本を学び、また、医療者ではない臨床倫理や法学の先生たちとの意見交換をし、彼らも医療者の考え方や医療状況の多様性の知識を深めている。

われわれ倫理委員のメンバーは、終末期医療の法的小よび倫理的問題を学び、その上で、2014年、日本救急医学会、日本循環器学会と合同で「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～」を作成した。このガイドラインは、延命はある期間可能であるが救命は困難で、本人や家族もこれ以上の延命を望まない場合、その延命措置を中断するプロセスを示したものである。作成する上で、過去の判例、厚生労働省などのガイ

ドラインを読み解いていったが、「患者の治療中止を希望する自己決定」と「終末期であるという治療義務の限界」この二つがあれば、法的には治療中止は可能であろうという判断ができた。

われわれが最も参考にしたのが、2007年に厚生労働省が作成した「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(2018年に「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」と変更)である。これは、発表時は批判も受けていたが、医療や患者の多様性も考慮し非常に良く作られたガイドラインである。3学会のガイドラインは、それに、終末期の判断、治療中断の方法や緩和ケア等を含めて作成していった。

救急集中治療においては他にも倫理判断が必要な問題が多々あるが、個々の医療者がそれぞれのガイドラインの作成を待って、それに従って行えば良いということではないと思っている。医療者が問題に直面したときに自分たちで考え倫理判断ができることが大切であり、そのためには倫理判断のアプローチを学ぶ必要がある。倫理判断の方法のひとつに4分割法というものがある。医学的判断、患者の意思、患者にとってのQOL、そして、その他のさまざまな事柄を4つに分けて、医療ケアチームや家族が判断していくのであるが、患者の意思とQOLの判断が最も難しい。living will や advance directive、POLSTなどは有用なこともあるが、患者の意思は変わり得るものであり、本人のQOLも変わり得る。定型的に書かれた一枚の書類では目の前の判断を誤る可能性もある。ACPは時間をかけて、本人と家族、本人とかかりつけ医が話し合いながら、患者の生き様、そして人生の最終段階の本人の希望を理解してゆく過程と理解している。

北海道のほとんどの地域が超高齢化社会となり、私の母親も今年101歳で眠るように亡くなった。生物は必ず死を迎える。人は誰でも、人として最期まで十分に生きることができ、優しく医療・介護を受けられ、穏やかに人生を終えられる、このような当たり前のことを守ることが医療者としての重要な役割であると理解してきたこの頃である。