



2019年6月に日本老年医学会が「ACP (advance care planning: 人生会議) 推進に関する提言」を公表した。その提言において、「ACPは将来の医療・ケアについて、本人をかけたがえのない人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセスである」と定義されている。ACPを定義の通り実践していくためには、本人を中心に、家族や身内と医療・ケア供給側が対話や非言語的手段を用いて、本人の価値観・意向・人生の目標などを共有し理解した上で意思決定をするために

超高齢化社会とACP

情報広報部長

橋本 洋一

協働することが必要不可欠となる。
5年前の北海道医報第1183号(2017年4月1日発行)の季節風 (informed consent-informed choice) に症例のひとつとして提示させていただいた60歳台の脳梗塞を患う男性について、振り返ってみよう。この5年間の間に、提示できる患者さんが他にいないのかとお叱りを受けそうだが、ACPが導入されていなかった時期に自己決定権を駆使できる患者さんは限定されていたのが現実である。

当院に転院する前から、経鼻経管栄養で栄養補給されていたAさんは、言語聴覚士(SLT)による喉のアイスマッサージ訓練、頭部挙上訓練、下顎開大訓練等の嚥下基礎訓練を施行し、嚥下造影検査(VF)や嚥下内視鏡検査(VIE)で嚥下能力を評価するといったプログラムを繰り返し行った結果、誤嚥性肺炎をおこすリスクが大であると判断し、経口摂取を断念しなければならぬという結論に達した。今、振り返ってみると主治医である私も2人の娘さんも、Aさんの栄養方法は前病院の方法に準じて経鼻経管栄養だと思い込んでいた

たさらいがあった。栄養方法の長所短所をきめ細かく説明し、Aさんの意志を確認したつもりではあったが、Aさんの心深くで希望していた選択肢を見逃してしまった。退院の日が迫ったあの時期に、Aさんの「管はつらい。胃瘻にしてほしい」との強い意志を示す言葉がなかったら、経鼻経管栄養で一生を過ごされていたかもしれない。今回とは逆のケースで、もし胃瘻造設を希望しないのに、施行してしまつたら、取り返しのつかないことになっていたかもしれない。嚥下障害のために経口摂取ができない患者さんの中で自己決定権を駆使できる人はどれくらいいるだろう。極めて少数派に留まると思われる。

「介護が必要になったらどうする？施設に入る？」3年ぶりに会った旧友のN君と初めて話すことであつた。お互い、親も亡くなり、高齢者の仲間入りをし、退官を延長してきた大学勤務生活にピリオドを打つ日が近いこともあつて、N君との会話も現実味を帯びたものとなつた。「いやだよ。私は施設には入らない？最期まで自宅で暮らすよ」年齢を重ねたが、その甲斐もなく、私もN君同様、判で押したようにまったく同じ考えを持つていて同盟関係を確認し合つて安堵している同盟国同志に似た空気がその場を支配していた。

「大きな身体をしているお父さんの面倒を家族がみようとしたり皆倒れてしまうよ」自宅から車で5分もかからない高台に位置する慢性期療養病院の方を指しながら、「いずれ、あの病院に入院するんですよ。ここに家を建てたのも、そういうことを見据えてのことだよね」三女は言いたい放題に言葉を放つた。確かに数年前は現在より体重が20kgも太つていて、家族に介護して貰うのは現実的に考えて難しいかもしれないと密かに思った時期もあつたが、面と向かつて、自宅療養を否定されてしまうと困惑を隠せない悲愴な気分が浸つてしまう。「心配しないで、お父さん。病院行きのバスが走っているのよ、それに乗つて毎日、お見舞いに行くから。安心して」超高齢化社会の出現で、人生の最後をどう生きるか、『まず隗より始めよ』と天の声が言っているように聞こえたが、私自身のACP作成は頓挫したままである。