指標

医師のACP

副会長
藤原（ふじわら）　秀俊（ひでとし）

北海道医師会では、道内各所で地域別意見交換会を行い、地域の実情や問題点などをうかがっている。そこでは、「医療には限界があること。食事ができなくなったら、それが限界であること」などを、医師会が中心となって住民に広めて欲しいとの意見がある。これはACPの問題ではないか、死生観や終末医療についての啓蒙が必要ではないか、と考えるが、その前に医師自身が死生観について共有する必要があるのではないかと思われ、本稿を執筆した。

指標のポイント

ACPについて雑駁ではあるが、記載した。現在は医師をはじめとする医療従事者が患者さんやご家族に勧めているが、まだ充分には行きわたっていない。そこで医師自身が自分の終末期について考えることをお勧めしたい。私自身の望まない医療を記載した。参考になれば幸いです。

＜はじめに＞

ACPとは、アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning）の略称で、もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて前もって考え、ご家族や医療・ケアチームなどと繰り返し話し合い、共有する取り組みのことです（厚生労働省ホームページより）。

厚生労働省（以下、厚労省）は、ACPについて国民にもっと知っていただくために愛称を公募した。愛称選定委員会による選定の結果、2018年11月に、応募総数1,073件の中から、静岡県の病院の看護師が名付けた「人生会議」に決定している。厚労省では、11月30日を「人生会議の日」として、ACPや人生の最終段階における医療・ケアを考え、周りの人と話し合うきっかけの日となるよう、さまざまな施策を実施している。

厚労省はACPの進め方のモデルとして下記の段階を示している。

ステップ１　自分の価値観を確認する（日ごろから大切にしていること、気がかりなこと、譲れないこと、など）

ステップ２　自分の信頼できる人を選ぶ（自分の想いを伝えたい人は誰ですか？）

ステップ３　信頼できる人たちに自分の価値観を伝える（「病気になっても家で過ごしたい」「食べることが生きがい」「愛犬と離れたくない」「痛い思いをするのが一番嫌だ」など）

ステップ４　話したことを書き留める

これを受け、日本医師会生命倫理懇談会[1]では、「終末期医療に関するガイドライン」を見直し、「人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドライン（2020年５月）」へ改訂した。（日本医師会）その中で、実践に当たっては、地域包括ケアシステムを構築していく中で、かかりつけ医を中心に多職種が協働し、地域で患者を支えるという視点が重要になるとしている。この点に関して、「多職種によるACPのススメ」として、札幌市医師会の大友医師[2]が札医通信の中で掲載している。またACPと救急医療については、当会目黒常任理事が北海道医報[3]の中で、詳細に述べているので、是非参照していただきたい。

＜ACPの歴史＞（以下は石田瞳による「ACPの法的側面」[4]を参照した）

アメリカにおいて、1960年代から1970年代にかけて、人工呼吸器が大幅に進歩し、永続的植物状態（Permanent Vegetative State）患者が増加した。そこで終末期の医療選択などを記した、リビング・ウィル（Living Will 以下LW）の法的効力を認め、それに従い救命措置を中止した医師の法的責任を免責しようとした動きが、1970年代半ばから始まった。しかしこれは十分には普及しなかった。そのため、アドバンス・ディレクティブ（Advance Directive 以下AD）という概念が生まれた。これは同意能力がない患者からインフォームド・コンセントを得る方法でもあった。これには、代理人指示と内容的指示がある。代理人指示とは、患者本人が意思を表示できなくなった場合、決定を行う代理人を指名しておく事前指示で、内容的指示とは治療について患者の望みを記録した事前指示のことである。

アメリカにおける、患者の自己決定権を明確に述べたのは、シュレンドルフ事件の判決であったとされている。またLWの概念は、1967年にLuis Kutner弁護士が提唱したものであった。このLWがADの始まりと言われている。

1976年にカレン・クィンラン事件の評決があり、この判決では「プライバシー権に基づいて、治療に

伴う身体的侵襲が非常に大きいにもかかわらず、予後が極めて不良の場合には、生命維持療法を拒否する権利を認め、更に、患者が自分でその権利を行使できない場合には、後見人にその権利の代理行使を許す」というものであった。その後アメリカでは、50州すべてで終末期医療に関する患者の自己決定を尊重する法律が制定された。この法理はLWを法制化した初めての法律であった。

その後、ADが有効とならない事例があり、POLST（Physician Orders for Life-Sustaining Treatment）という概念が開発された。この概念は医師が作成するなど様々な問題点があり、それを改善するためにACPが提唱されたのであった。

個人の権利を重んじる国柄と、農耕が主体でムラの中の合意形成が主体の国柄では、それぞれの考えがある。わが国では、個人の考えより、家族の意向や周囲の考え方に左右され、それが個人の意思決定に大きな影響を及ぼしていることも、考慮に入れる必要がある。

＜私個人としての終末期＞

神戸大学特命教授（当時。現在は特定非営利活動法人日本緩和医療学会理事長）木澤義之[5]によると、ACPは①健康成人に対するACP②病気を持った患者に対するACPと２つに分類されるとある。そのため、まずは健康である医師自らが範を示す必要がある。

まずは自分の寿命を考える。現在の私の状況から、私の寿命は80歳～85歳程度であろう。

その間に病気になったらどうするかを考える。そもそも医師は、自分が病気になることを想定していない。患者さんにはACPを勧めるが、医師が自らを考える必要がある。そこで、私にして欲しくないことを記載する。個人的な考えとして述べ、決して他の人に強要するものではない。

1）人工呼吸器の設置（これはどのような状態になろうとも、今後回復が望めても希望しない）
2）胃瘻・腸瘻・経管栄養（これも全く希望しない。個人的には人は食べられなくなったら、動物として終了だと思っている）
3）気管切開（意識があり、四肢を自由に動かせる場合にのみ希望するが、意識障害や麻痺がある場合は希望しない）
4）ペースメーカーの設置（80歳を超えたら、希望しない）
5）透析（80歳以降は希望しない）
6）認知症（認知症になったら、治療は希望しない。ましてや上記１～５は全て拒否する）
7）心筋梗塞　80歳以下では治療していただく。現状ではそれ以上の年齢では望まない
8）脳卒中　80歳以下では外科治療が可能であれば、望む。それ以上の年齢なら投薬治療
9）癌　80歳以上での治療は望まない

というのが自分自身で現在考えていることであるが、残念ながらACP作成には至っていない。それは信頼する医師や医療関係者、最も重要な家族との話し合いがされていないことによる。そしてこれは毎年あるいは数年後変化していくものである。

＜おわりに＞

ACPについて述べた。医師が自らのACPを作成している方は少ない。しかし私の周囲を見渡しても、私よりも若くして亡くなったり、重症となったりする方々が多くなってきた。患者さんにACPを勧める前に、まず医師自らが作成することを推進したい。それによって、社会通念として、ACPが広まることを期待する。

参考文献

1）日本医師会　生命倫理懇談会　2020年５月
2）大友宣　決めなくても良いので対話しよう＝多職種によるアドバンス・ケア・プランニング（人生会議）のススメ　札医通信　2019　8.20　No 624号
3）目黒順一　指標「地域包括ケアシステムにおけるACPと救急医療体制」　北海道医報　2023年11月１日　第1262号
4）石田瞳　ACPの法的側面　高岡法学　2019年12月　第38号
5）木澤義之　「第１回人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」提出資料　2017年８月３日