

患者さんの生き方を尊重する医療とケア アドバンス・ケア・プランニング

～木澤義之先生(神戸大学医学部附属病院 緩和支援治療科 特命教授)に聞く～

“人生の最終段階における医療のあり方”に関する問題は、従来から大きな課題となっています。このような状況を背景に、2018年3月「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」が厚生労働省より発表されました。本ガイドラインは、2007年、患者さんにとって最善の医療を判断するための指標としてまとめられたガイドラインの改訂版で、患者さんの今後の医療・ケアに関して話し合うというアドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning: ACP)の概念を取り入れています。ガイドラインの改訂に関わった木澤義之先生に、ガイドライン改訂のポイント、ACPの意義、また薬剤師に求められる事柄を伺いました。

人生の最終段階の医療とケア ガイドライン改訂の主旨

▶▶ ガイドライン改訂のポイントと目指すところについてお話しください。

木澤 今回のガイドラインは、2007年にまとめられた「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂版です。このガイドラインは、人生の最終段階において、患者さんご自身が望む最善の医療とは何かを考えていただくための指標としてまとめられました。医療従事者と患者さんが十分な話し合いを行い、患者さんの意向を尊重して意思決定を進めるための要点が示されています。

改訂では、近年における高齢社会の進行や地域包括ケアシステムの構築に向け、医療従事者だけでなく介護従事者に対象を拡げているのが大きなポイントです。

もう一つのポイントとしては、アドバンス・ケア・プランニング(以下、ACP)の概念を明確にしていることがあげられます。ACPは元々欧米を中心に広がった概念で、患者さんの意向を尊重

し、医療方針やケアに反映させていくプロセスのことです。

“人生の最終段階における医療のあり方”が、日本で大きな課題になってきたのはこの10年くらいです。日本では、他国と異なりACPに対する法整備はなされていませんが、ACPを取り入れたガイドラインの運用がそれに代わるものとして期待されます。

家族や医療代理人を交え、 事前に話し合うACP

▶▶ ACPについて詳しくお聞かせください。

木澤 ACPでは、患者さんを中心に、家族など近い人、医療代理人、医療・ケアチームが、患者さんの大切にしたいことや治療・ケアについて話し合います。話し合いの内容は可能であれば文書にまとめ、共有できるようにしておきます。

医療代理人とは、患者さんの意思決定能力が失われてしまった場合に、患者さんの代わりに患者さんの意思を推定してくれる人のことです。終末期

になると、意思決定能力が十分でなくなる人の割合は約7割とされています。その時のために、医療代理人を決めておくことが重要です。

▶▶ 医療代理人になるのは、どのような人でしょうか。

木澤 患者さんの人生観や生き方、信条、希望などを最も理解してくれる人が望ましく、あらかじめ家族や友人などから患者さんが選んでおきます。一人でも複数でも構いません。医療代理人は、患者さん、医療従事者とともに、患者さんの価値観を探索し、しっかり理解して、今後の治療・ケアについて繰り返し話し合います。



神戸大学医学部附属病院
緩和支援治療科 特命教授
木澤 義之 先生

▶▶ ACPでは、どのような内容を話し合うのでしょうか。

木澤 患者さんの意向を尊重し、

- ① してほしい治療やケア
- ② してほしくない治療やケア
- ③ どこで療養したいか
- ④ 生命維持治療の有無

などについて話し合います。この時、治療内容だけでなく、コスト、時間、副作用など、選択に必要な情報を十分に説明することが重要です。医療従事者は患者さんの価値観、人生をふまえた上で最善の治療やケアを多職種で考えなくてはなりません。

例えば、がんの場合、抗がん薬治療、放射線治療など、様々な治療法がありますが、完治が難しい病気の治療・ケアは、絶対にこれが正しいというものはありません。また、患者さんには治療選択の自由がありますが、治療ありきではなく、残りの人生をどう生きたいか、どう暮らしていきたいかという患者さんの希望をふまえて治療法を選択し、医療・ケアの内容に反映させることが一番重要なのです。

▶▶ ACPの取り組みにはどのような配慮が必要ですか。

木澤 退院後、どこで人生の最終段階を過ごすかによって医療やケアの内容が異なってきます。自宅療養を希望する患者さんの中には、一緒に暮らしたいが家族に過度の負担はかけたくないという、相反する希望を持っていることが少なくありません。患者さんの家族構成や生活背景を考慮しないと、医療従事者は間違った判断をすることになりかねません。訪問看護師、ソーシャルワーカー、ケアマネージャー、ホームヘルパーなどと連携し、患者さんの現在の

生活状況、家族の気持ちを詳しく聞く必要があります。多職種で十分検討した上で、患者さんや家族などに具体的な治療法やケアを提案します。

▶▶ 話し合いは、どのようなタイミングで行われるのでしょうか。

木澤 病状の悪化などにより、「人生の最終段階を自分のこと、として考え始めた時期」が望ましいとされています。また、病状の変化により考え方にも変化がみられることが多く、前回話したことが、現在必ずしも真実ではないことに留意すべきです。私が担当したALS(筋萎縮性側索硬化症)の患者さんでは「呼吸筋が動かなくなって、苦しくなっても人工呼吸器はしない」と最初は話していましたが、実際に苦しくなったときには、「やはり付けてください」と気持ちが変わりました。このように患者さんの意思は変わることを大前提に考えなくてはなりません。

退院後は、希望する治療やケアに変更はないか、外来診療時に主治医が確認します。変更があればその都度、患者さんの意向を家族や医療代理人、医療・ケアチームと情報共有します。

ACPの視点を生かした医療

▶▶ 薬剤師に期待することをお聞かせください。

木澤 すべての医療従事者に言えることですが、まず、患者さんに興味を持つこと、患者さんを知ることが大切です。患者さんの日常生活の様子だけでなく、生い立ちや学歴、仕事、どのような好みがあるか、何を大切にしているかなどのバックグラウンドを理解した上

で今後の話を聞く必要があります。

その中でも薬剤師は、服薬状況を知り、患者さんの治療に対する理解力を念頭に置いた上で、服薬指導ができるようになっていただきたいと思っています。薬剤の剤形、服用時間、飲み方の調整、投与ルート工夫など、患者さんの生活を考えた提案は医師として大変ありがたいです。特に高齢の患者さんは多様な疾患を持つので、転倒防止の面からも薬物相互作用を確認して、減薬も含めた処方医師に提案してもらいたいと思います。

社会全体での ACPの推進に向けて

▶▶ 実際にACPに取り組まれて、どのように感じいらっしゃいますか。

木澤 長年、緩和ケアに携わっていると、患者さんのいろいろな価値観や考え方を知ること、凝縮した人生と一緒に体験する感覚になることがあります。ACPの取り組みは自分自身の成長においても、意義深いと感じています。

もしもの時に、誰もが自分の望む医療やケアが受けられるように自分自身で考えることは大切です。ガイドラインでは、意思決定した内容を文書化することが示されていますが、今後IT技術を活用し、家族や友人と一緒に自分の将来を自分で考えて、記録・保存する仕組みがつかれないかと思っています。

また、2次元バーコードなどを利用して、地域で患者さんの情報を共有できるようなシステムを試行している自治体もあります。今後、このような、治療や療養に関する患者さんの意向を含めた情報を参照できる仕組みづくりにも取り組みたいと考えています。