

● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

エンド・オブ・ライフケアの臨床倫理
箕岡真子著 日総研出版 2020年4月初版



はじめに

「人生の最終段階(エンド・オブ・ライフ)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、厚生労働省により2002年5月に最初に示された。その後、2015年3月と2018年3月に改訂。2018年の改訂では、「ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の必要性」が初めて記載された。「アドバンス」には「前もって」という意味もあり、「前もって作るケアプラン」と訳すことができる。政府はACPの愛称を「人生会議」とした。その選定委員の1人が、お笑い芸人の小藪千豊さんであった。普及啓発のため、小藪さんを起用してポスターを2019年11月公表。自治体への発送予定であったが、その内容に対する批判が相次ぎ、お蔵入りとなった。

先日、コロナのため延期となっていたのだが、医師会より、「令和3年度 広島県 ACP 普及推進員養成研修」受講者 再募集のご案内という文書が届いた。それより、引用する。

『1. ACP(人生会議)とは、これから受ける医療やケアについて、自分の考えを家族・代理人や医療者と話し合っ...』

受講対象者は、「医療・看護等の専門職(医師、看護師(訪問看護師等)、介護支援専門員、ケースワーカー、地域包括支援センターの職員等)」で、多職種にわたる。

今回は、本書を通じて皆様と「ACP」について勉強する。

著者の紹介 ; 箕岡真子 (みのおか・まさこ)

東京大学大学院医学系研究科医療倫理学分野客員研究員、箕岡医院院長、日本臨床倫理学会総務担当理事。主な研究領域は、終末期医療ケアの倫理、高齢者の介護倫理、認知症ケアの倫理。著書として、「臨床倫理入門」、「認知症ケアの倫理」、「私の四つのお願い」の書き方ー医療のための事前指示書」等多数。

本書の内容・感想

本書より抄出しながら説明する。

これまで、家族や医療者を交えないで書く事前指示があった(古典的な事前指示)。日本尊厳死協会の、「リビング・ウィル(終末期医療における事前指示書)」もこれに属する。もし、患者が一方的に事前指示を書き、医師に手渡すだけであれば、それは、事前指示の良い点が十分に活かされていないことにもなる。かえって、対立を生むこともある。事前指示を、家族や医療従事者等と対話や話し合いをしないで書いたのであれば、医学的事項の理解が不十分なまま書いてしまった可能性もあるし、関係者間で本人意思の共有ができていないことにもなり、本人の願望に対する共感が十分にできていないという事態に陥ってしまうことになる。医学的にも倫理的にも問題である。

このことに対し、日本の医療現場では、患者に寄り添って臨床倫理的思考をしてきた医療者(医師・看護師)

が、事前指示を作成するプロセスそのものが、医療関係者と患者本人・家族との相互理解やコミュニケーションを促進させることになることに気付き、事前指示をコミュニケーションツールとして生かしてきたという経緯がある。そして、事前指示作成のプロセスにおいて対話を重視することによって(コミュニケーションツールとしての事前指示)、まさに ACP を実践したことにもなるのである。

つまり、事前指示の概念も時代の流れと共に、医療者や家族等の関係者との対話のない自己決定権の発露を具現化する古典的な事前指示から、対話を重視する「共に考える事前指示」「コミュニケーションツールとしての事前指示」に柔軟に変化・発展を遂げてきたのである。

と言っても、ACP はまだ発展途上にあり、臨床現場では、様々なケース、課題がある。本書に取り上げられている症例の中から、1つ紹介する。

『62歳男性 A 氏、会社員。妻と2人の子供の4人家族。長女28歳、長男26歳。子供2人は、既に独立、別居。家庭内では、決定権はいつも奥様にあった。

咳が2カ月以上続いたため、妻に説得され Y 病院を受診。医師 B は、胸部レントゲン写真を見て、肺がんを強く疑ったが、さらなる CT や血液検査等し、後日、妻と共に来院するように促した。後日、A 氏と妻と一緒に受診。A 氏が席をはずしている隙に、医師(後で本人に告げる予定だった)は、妻に「どうも肺がんの可能性が高い」と告げた。即座に「夫には言わないで下さい。あのように見えますが、本当はとても気が小さいのです」と答えた。そのため、医師は本人に「肺に影があるから、入院して詳しく調べましょう」とだけ告げた。その後の精査で、悪性度の高い「低分化型扁平上皮がん」と判明し、脊椎にも転移していた。再度、妻から「本人には言わないで」と念を押されたため、主治医は今後の治療方針を妻と相談した。本人も「がんかもしれない」という不安と疑いを持ちながらも、怖くて誰にも相談できなかった。

脊椎への痛みは鎮痛剤でコントロール可能であったため、本人に告知しないで、2回化学療法を行った。2回目の化学療法の副作用は1回目より強かったが、妻の「頑張って。あなたなら大丈夫」という励ましで、何とか乗り切り退院となった。

数ヶ月後、背中への痛みが強くなり再入院。進行していた。医師は妻に、「進行しており、これ以上の治療は難しい」と告げたが、妻は奇跡を信じ、3回目の化学療法を望んだ。医師は、「第3回の化学療法はこれまでより副作用が強くなる可能性が高い。更なる化学療法を実施するためには、告知が必要である」と言って妻を説得した。妻は仕方なく告知に同意した。

医師から、進行がんであるとの告知を聞いて、A 氏は「やはりそうだったのか」と、意外に安定した心理状態で受けとめた。そして、A 氏は「これからも治療を頑張ってみます」と病氣と闘い続ける意向を示した。しかし、3回目の化学療法の副作用は強く、本人も苦痛をこれまで以上に感じた。が、進行を抑えることは出来なかった。

今後の治療方法の決定にあたって、2人の子供も含めて面談が行われた。子供達は、妻の方針に従うとのことだった。

医師は、積極的な治療よりは緩和ケアの方が、本人の QOL(人生・生活の質)に貢献するのではないかと助言した。本人は「治りたいが、薬の副作用もつらい」と決めかねている。妻も最初は、僅かな希望にかけたいということで積極的な治療を望んだが、医師より、今後の化学療法の副作用の説明を聞き、本人の被る疲労感・吐き気等の苦痛に懸念を示し、化学療法中止に渋々同意した。

今後の方針が決まらないうちに、A 氏は誤嚥性肺炎に罹患した。呼吸困難感が強く、また、水分・食事も取れないことから経管栄養を実施した。このことで、A 氏は自身の死が近いことを悟ったようだった。1週間後に、ホスピスに転院し、本人が嫌がっていた経鼻経管栄養チューブが抜去された。その5日後 A 氏は息を引き取った。』

私見も交えて考察する。告知は、患者の自立(Autonomy、自己決定権)を尊重するために、倫理的観点からも大変重要である。よって、最近では多くの場合行われる。今回の場合、A 氏に自己決定能力があったにも関わらず、最初は本人に「告知」しようと考えていた主治医も、妻との余計なトラブルは避けたいとの気持ちが働き、躊躇し、安易な方向に進んだようである。被害を被るのは本人である。A 氏に説明すべきであった。但し今でも、本人には告げないで欲しいとの要望にも関わらず告知し、裁判に至ったとの報告もある。適切に実施されるためには、①心理的配慮、②タイミング、③告知の内容、が大切だと言われている、本人や家族等の心情や背景に十分配慮する必要がある。また、患者とその家族も、「2人に1人が罹るがん」に対

し準備しておく必要がある。「告知」は、患者と医療ケアチームとの、今後の信頼関係構築の一つの出発点でもある。したがって、患者や家族が孤独感や絶望感に陥らず、希望を失わないように、継続して支えていく姿勢で寄り添う必要がある。今回のケースは出発点で躓いた。

もし、私がA氏の主治医だったならば、そして看護師長が女性だったとすれば、早い段階で、看護師長、または、がん治療専門看護師にも出席してもらい、話し合いの場を設けたであろう。そして、頻繁に、今後のことについて話をして、「アドバンス・ケア・プラン」を決める。そうしたら、「本人が嫌っていた経管栄養を行わない」ことになったかもしれない。

また、この家族が「古典的な事前指示」を作った場合、「すべて妻が決める」となったであろう。その場合、かかりつけ医(家庭医)が介入し、本人への告知の大切さを説明し、「がんに罹った場合のACP」を作ることが大切なのであろう。

今回のこの記事をきっかけに皆様に、「ACP」に興味をもって頂き、そして、近い将来行われるであろう各地域での講演会に出席して頂ければ幸いである。

理事 井上 林太郎