



VI. アドバンス・ケア・プランニング

1

終活とアドバンス・ケア・プランニング

人は困難な病気と向き合うことになった時（病気の診断、告知、宣告を受けた時）、その病気とどのように付き合っていくかを考える。すなわち、アドバンス・ライフ・プランニング：Advance Life Planning を行うことになる。そして、家族とともに、また、医療者からのアドバイスを受けながら、自分の受けたい医療を決定していく。これがアドバンス・ケア・プランニング：Advance Care Planning（以下 ACP）である。この過程の中で、終末期に自分が意思決定能力を失った時に備えて、臨死期の対応について自分自身でアドバンス・ディレクティブ：

Advance Directive（以下 AD）を書き上げる。この一連の過程が『終活』である。

普段健康な時から、自分の生き方は自分で選択する習慣をつけることが重要である。例えばがんと診断されたら、情報を集めてがんという病気を理解し、適切な治療を自ら選択して

うまく病気と向き合うことを心掛けるべきである。人生の最終段階を想定して尊厳死を宣言し、書面に残すこと（リビング・ウィル、p140～141）も自分の希望を実現するために必要なプロセスとなる。

厚生省科研費・がん臨床研究事業緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究班によれば ACP の定義は、「将来の意思決定能力の低下に備えて、今後の治療・療養について患者・家族とあらかじめ話し合うプロセス」とされている。このプロセスによって医療者は、患者・家族の価値観を引き出し、また、患者・家族と治療・ケアの目標を共有することができるようになる。

AD は「自分自身の臨死期の対応と死後の対応についての意思を事前に他者に伝えるための 事前指示書（生前遺言書）」であり、蘇生、経管栄養、輸液、抗菌薬などの生命維持のための治療や処置に対する意向の表明である『リビング・ウィル』と代理意思決定者を指定する『医療判断代理委任状』の二つを指す。イギリスでは、この二つをあらかじめ表明しておくことが法制化されている。AD にはその他、希望する療養環境やサポート、死後の家族への要望なども内容として含まれる。



ACP を実施しながら患者個人の意思を最大限に尊重してさまざまな医療行為を行っていく過程において必要な手続きをまとめた。患者の意思決定から医療行為実施に至るプロセスは以下のようなになる。

a. ファミリーミーティング (p106)

医療においては 医師・医療者から患者・家族への適切な情報提供と説明が大前提となる。医療者ははじめに、ファミリーミーティングにおいて、患者または代弁者（家族など）と話し合い、AD（「意向確認書」などの書面での意思表示）によって患者・家族の意向を確認し、患者本人または代弁者による医療の方向性の決定を支える。

b. 多職種合同カンファレンス (p127、150)

患者の意思が確認されたら、多専門職種の医療者から構成される医療・ケアチーム（主治医、診療科（部）長、担当看護師、看護師長、MSW など）は多職種合同カンファレンスなどにおいて、「医療行為の実施（開始・不開始）」、「医療内容の変更」、「医療行為の中止」等について、それらのメリットとデメリットについて十分に検討し、医学的妥当性と適切性に基づいて慎重に判断する。また、倫理的、社会的、法的な問題が問われる場合には倫理委員会を開催し、そこで検討する。最終的に個人の意思を尊重した医学的、倫理的、社会的、法的に妥当性のある決定がなされることとなる。

c. 医療処置（蘇生措置を含む）に関する医師による指示書：Physician Orders for Life Sustaining Treatment (POLST)

多職種合同カンファレンスや倫理委員会での検討後、医療・ケアチームの総意に基づき主治医は POLST を作成する。主治医および医療・ケアチームは再度、患者または代弁者とファミリーミーティングなどの面談の機会を持ち、そこで患者または代弁者に対して、作成した POLST を提示して医療行為に関するインフォームド・コンセントを成立させる。この際、医療・ケアチームは、痛みやその他の不快な症状を十分に緩和することを約束する。

この後、POLST は指示書としての効力を発揮することになる。POLST は、1 部を患者または代弁者、1 部を作成した医療機関が保管する。このことにより、法的効力も高まる。その理由は、リビング・ウィルはその決定が患者本人のみで行われた場合、正確な医学または医療の知識を持たずに、一時の感情や風評を基に曖昧な内容のものが作成されてしまう危険があり、医学的妥当性が十分に検討されたとは言い難いからである。また、多くの場合、家に保管しているため、いざという時に役に立たないことも多い。これに対して、

POLST は医療者が関わって十分な医学的妥当性が検討され、さらに患者、医療者双方で保管されることで法的効力が強まり、患者の意思表明としての信頼性が高まるのである。

また、POLST の内容はいつでも変更ができる。決定された医療の方針は半永久的というわけではない。医療者とくに主治医は、繰り返し患者・代弁者とコミュニケーションを図ることが必要となる。一旦、決定された内容は、次回、内容が変更される時まで有効となる。したがって、入院中に POLST が作成された場合に、患者が退院となったら、POLST は患者とともにあり、たとえば、在宅療養中に何らかの病態が生じて救急搬送される場合に、救急担当医や救急隊員に POLST が提示されれば、原則的に提示された内容に従って医療が行われていくことになる。もし、患者の紹介が行われる場合には、現在の主治医から、紹介先の次の主治医へ POLST のコピーが送られ、引き継がれることになる。なお、この場合に POLST を作成した医療機関に控えを残しておくことが必要である。個人の意思を尊重するという観点から、POLST の保管は複数の場所で行われるべきである。

