

医療タイムス

週刊医療界レポート

2018.4/2 No.2345

特集 東京ケアウィーク2018

地域包括ケア時代の医療 最新機器・サービスを活用する



特別企画

日本アルトマーク調査

ハイケアユニット2年間で1000床増加
特定集中治療室からの転換26病院

タイムスレポート

回復期・慢性期医療の新拠点へ
在宅復帰を願う患者を積極支援
牧野リハビリテーション病院

Top News

健康保険証、番号2桁増で個人識別 厚労省
終末期医療、ガイドラインを改訂 厚労省

冬の時代の診療所経営

隠ぺいされた“リビングウイル”



医療法人社団裕和会理事長
長尾クリニック(尼崎市)院長 **長尾 和宏**

1958年香川県生まれ。東京医科大学卒業、医学博士、日本慢性期医療協会理事、日本尊厳死協会副理事長、関西国際大学客員教授、東京医科大学客員教授、近著「平穏死・10の条件」「胃ろうという選択、しない選択」「平穏死という親孝行」など。
クリニックHP <http://www.nagaoclinic.or.jp>
長尾和宏オフィシャルサイト <http://www.drnagao.com/index.html>

厚生労働省は、「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（GL）」を公表した。同GLは2007年に初版が作成・公表され、内容の大幅な改訂は11年ぶりになる。これまでは主に病院仕様であったが、今回は在宅や介護施設などでの活用も想定した内容となった。今回の改訂は、①患者の考え方が変わり得ることを踏まえ患者との話し合いを繰り返す②患者が自らの意思を伝えられない状態になる可能性を踏まえ、「患者の意思を推定する者」と事前に話し合う③病院以外の介護施設や在宅の現場も想定し、話し合った内容はその都度、文書にまとめておく作業（アドバンスケアプランニング（ACP））も強調されている一のが特徴だ。また「本人の意思を推定する者」については、「自分が決められない時に備えて決めておくということでも1人ではなく複数でもよい」とするなど認知症時代を想定している。

新聞や雑誌の見出しには「本人の意思尊重」や「話し合いを重視」などの活字が躍る。終末期医療に携わる町医者として、政府見解が一步前進したことを評価したい。しかし森友事件の改ざん文章ではないが、意図的に隠ぺいされている単語があることを見逃すわけにはいかない。

本人意思を書面に書いたものを「リビングウイル」と呼ぶが、今回のGLからこの単語が一切削除されているのだ。「ACP」だけでなく、「本人意思が不明な時」の対処法まで詳しく述べられているが、肝心の本人の意思が明確な時への対処法については明言を避けた格好になっている。日本救急医学会幹部の「リビングウイルは救急現場には悪で迷惑だ」との発言や、内閣府が「リビングウイルがあると医師の訴訟リスクが高まる」との見解を東京地裁に提出していることなどに「村度」したわけではなからう。

多くの在宅看取りを経験した町医者にとっては、本

人意思が「リビングウイル」として明示されている人のほうが、家族との話し合いがしやすく、看取りケアが助かるのだが、国の見解はまさに真逆である。京都市などで実施されているように、意思表示が可能な人には本人に文書で表明してもらい、それを土台にACPを行うべきだろう。しかしリビングウイル抜きでACPだけで乗り切ろうとしているのである。

そもそも人生の最終段階における医療・療養について「考えたことがある」との回答は、一般国民6割強、医師9割強、看護師8割強、介護職員約8割、「話し合ったことがある」（「詳しく話し合っている」と「一応話し合っている」の合計）は、一般国民が5割弱、医師7割弱、看護師約5割、介護職員約5割しかいない。GLでは耳障りのいい言葉が並んでいるが実質的には、医師主導のままになるのではないのか。急性期病院には「ICを取る」「DNARを取る」「ACPを取る」という言葉があると聞く。これら昔ながらのパターナリズムのまま、2025年問題に突き進むつもりなのか。

筆者はたとえ認知症でMMSEが0点の人でも、最期の療養の場や延命治療の意思決定が可能であることを主張してきた。在宅看取りにかかわる町医者の立場からは、訪問看護師やケアマネジャーと協働して、本人意思を確認できれば「リビングウイル」という形で引き出す力が求められていると確信する。しかし今回の政府見解を眺めながら、「隠ぺいされたリビングウイル」をどう“村度”すべきか、ため息の日々である。