

新年あけましておめでとうございます。

小出 幸夫

昨年も新型コロナウイルスに翻弄された1年でした。オミクロン株が流行するようになり、子供が小学校、幼稚園、保育園で感染し、家庭内感染で職員が感染して施設に持ち込むという感染経路がパターン化してしまいました。しかも、BA.5（又はBQ.1）の感染力はすさまじく、エアロゾル感染とは言われていますが、空気感染するという麻疹ウイルスに匹敵します。一人入所者が感染すると、同室者は全滅することを経験しました。残念ながら、新型コロナウイルスが終息（収束ではありません）するとは考え難いと思われまます。落ち着いたとしても、冬と夏に流行するウイルスになるでしょう。従って、我々は冬にはインフルエンザウイルスと新型コロナウイルスに対する予防接種を行い、夏に新型コロナウイルスに対する予防接種を行うことが必要となるかもしれません。

COVID-19 流行期においても高齢者が可能な限り自分の希望する医療およびケアを受けることかできる社会を実現するために Advance Care Planning (ACP; 人生会議)の重要性が益々注目を集めてきました。

ACP は米国で意思決定支援法が議論される中で生まれた概念です。1976年、米国カリフォルニア州で Advance Directive(AD; 事前指示書) が法制化されて以降、現在では全ての州で法制化されています。その内容としては、1) 自分が意思決定できなくなった時の治療の実施・不実施を予め指示する書面 (Living Will)と、2) 本人に代わって医療に関わる決定を下す書面(Proxy Directive; Health Care Power Attorney)から成ります。しかし、ADを確認しただけでは、DNARのオーダー率や病院の利用コストにも違いがないという研究結果が報告されました。その結果、ACPが提唱されたという経緯があります。ADとACPの違いは、前者が自分一人で書類を作成すれば成り立つのに対して、ACPは本人、代理意志決定者（家族など）、医療者が話し合っ決めてることを重視している点です。

日本では、日本老年医学会が「ACP推進に関する提言(2019)」を示し、「本人の価値観、信念、信条、思想、人生観、死生観、気がかり、願い、人生の目標、医療・ケアに関する意向、療養の場や最後の場に関する意向、代弁者などについて話すことが望ましい」と規定しています。

厚生労働省の平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査報告によりますと、ACPの考え方に賛成である一般国民は約65%であり、反対と回答した人は2%に過ぎませんでした。しかし、ACPに沿って実際に話し合っている人は3%に過ぎませんでした。僕も含め、多くの人は自分の人生はまだ続いていく、今日と同じような明日や明後日が当然のようにやってくると思いながら日々を過ごしているのだと思います。その為、ACPの必要性は分かってしても、その作成は先送りになってしまうのが事実でしょう。ACPは文化となるべきであり、僕は教育の中に取り込まなければ本当には普及しないと思っています。荒技ですが法制化による強制が必要かも知れません。米国のみならず、英国、独等でも法制化されています。法制化にはACPに沿った医療行為が不作為として民事上及び刑事上の責任が問われないというメリットもあります。

ACPの問題点として、よく取り上げられる問題は「何時」「誰が」を明らかにする必要があります。「何時」は重要なポイントですが、上記しましたように中々ACP作成のタイミングを決めることは困難です。還暦などの節目にという意見もありますが、何度も書き替えられるという特性上早くからACPを作成しておいても問題なく思います。

「何時」は現在のところ、「誰が」主導することに依存しているかもしれません。「誰が」はACP facilitatorが行うのがベストと考えますが、facilitatorが養成されていない現状では看護師やケアマネジャーがベストと考えます。幾つかのACPの啓発会議に関わってきましたが、「かかりつけ医」が行うべきとの意見をよく耳にしました。しかし、多忙な「かかりつけ医」よりも本人の背景をよく知っており、医師よりも敷居の低い看護師やケ

アマネジャーにファーストタッチとして任せるのが妥当ではないでしょうか。我々の施設でも看護師、ケアマネジャーが中心となり **ACP** の普及に努めています。それにしても、厚生労働省が **ACP** の愛称(?) を「人生会議」としましたが如何なものでしょう。多くの方が違和感を表明されているのは周知の通りです。