

## 第 13 回日本リビングウイル研究会

上記研究会にご参加下さり、誠に有難うございました。当日、ウェビナーご参加者からの質問にお答えする時間がなく、お詫びを申し上げます。

以下、コーディネーターの満岡理事がお答えいたします。

Q1: ACP は早くから介入するといいいのですが、告知と同時に自分の状況を受け入れるまで時間がかかると思いますが、病院の場合、大体どれくらいで話を始めるのでしょうか(医療者から話し合いを持つのでしょうか)

A: 癌の告知の際には診断と基本方針について説明します。

最近では早期退院をさせるために診断が確定した際に基本方針を説明し、同意があれば手術日程を決定するのが普通です。ただし、切除不能がん、転移がある癌の場合はより細やかな対応をされると思います。

告知の際は本人の理解や受け入れ状態を見ながら行うことが推奨されていますが、未だそうしたコミュニケーションのトレーニングは不十分な様です。そうしたことを体系的に行う教育システムが構築されていないためです。ただ、医療に関する情報が毎年膨大に増えているため、そこまで手が回らないというのが実情です。

Q2: 私は、在宅でケアマネをしています。在宅療養を行う上で、先生からケアマネに望むことを教えて下さい。満岡先生にお答えいただけますと幸いです。

A: ケアマネジャーさんに望むことは以下の 4 点です。

1. 主治医との報告、連絡、相談をきちんと行うこと  
多職種連携の要として他職種の方々と日頃から密に連絡を取り合い、信頼関係を構築しておくこと
2. 患者さんの急変等で夜間、休日を問わず対応が必要な時に、対応できる体制を構築しておくこと
3. 主治医と相談なく担当者会議の日程を決めて参加の調整を行わない方が多々おられます。あるいは担当者会議を主治医の参加や事前の意見聴取なくケアプランを立てられることがあり、そうしたことがない様にしてほしいです。

- 療養先の施設に所属するケアマネジャーが施設と契約した医師に主治医を相談なく変えることがままあります。患者さんにとっての最善を考えて行動をしてほしいと切望します。

Q3: 本日は貴重なご講演を有難うございます。

私は 40 代の乳がん患者です。患者がリビングウィルを作成するときに気を付けること、留意すると良いことがもしあればご教示いただけますでしょうか。宜しくお願いいたします。

A: リビング・ウィルを作成する場合には、主治医やご家族とよくご相談することをお勧めします。その際に自分の療養に関する考え方が、ありとあらゆる手立てをこうじて 1 分 1 秒でも長く命があることに価値を感じるのか、治療に効果がなくなったら穏やかに苦痛なく暮らすことを大事に思うのかを心づもりしておくことが大切です。コミュニケーションがとれないような状態で命を引き伸ばす様な措置を望まないことや緩和ケアを十分に行ってほしいことがリビング・ウィルの根本理念でありそこをよく理解した上で、出来るだけ「私の希望表明書」までご自分の意思を書いておくかと良いと思います。またその際、用語の解説の部分も目を通しておくこともお勧めします。

Q4: 前のご質問の続きです。これから本当に痛みや身の置き所のなさのような不快な感覚が緩和されるのか不安があります。本人がしんどさを訴えた時に「持続的で深い鎮静」をしていただけるのでしょうか。どのように医師にお願いすればそうしていただけるのでしょうか。

A: 症状の緩和は緩和ケアにおいて最も重要なことです。もし、抗がん剤や放射線の治療中であっても緩和ケア科への相談を主治医に依頼すると良いと思います。耐え難い苦痛がある時に持続的で深い鎮静は緩和ケア科では対応していただけます。あるいは在宅医でも対応している医師もいますが、これは対応する医師としない医師がいるので、あらかじめ、耐え難い苦痛を覚える様になったら持続的で深い鎮静に対応するかどうかお尋ねすると良いでしょう。

Q5: 今日は素晴らしい講座を聞かせていただき、ありがとうございました。満岡先生に質問があります。日本の医療機関では、救急対応において患者を救うためにあらゆる手段を尽くすことが原則でしょうか？もし家族が延命治療を望まない場

合、医師は患者が自宅で穏やかに最期を迎えることを許可していただけるのでしょうか？

A: 研究会をご評価いただきありがとうございます。宮下光令先生、森雅紀先生という日本の緩和ケアのリーダーをお招きできたことが幸いでした。

救急の現場での倫理原則として、まず、命に関わる急病や外傷の患者さんには、とりあえず、病態が刻々と死に近づいている状態を落ち着かせることが責務です。これが救命措置です。そして状態が落ち着いた時に、その状態が回復可能かどうかを判断し、措置を続けるかやめるかの判断をご家族等とチームで話し合うこととなっています。

もはや、回復不能と判断された場合はそうした措置はもはや救命措置ではなく、いわゆる延命措置(治療ではありません)となります。

その時の状態が、措置をやめたらすぐに亡くなってしまう状態でなければ家に連れ帰ってお看取りをすることも可能かと思いますが、おそらく対応は病院によって異なると思います。患者さんのかかりつけ医がいて診てくれるということは最低限必要な要件となります。