



「アドバンス・ケア・プランニング（以下ACP）」日本では「人生会議」と訳される事が多いですが皆様は聞いたことがありますか？厚生労働省の定義では「人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス」とされています。「ライフドアすわ」ではACPについて、このコラムで今まで5回掲載し、また講演会などで市民の皆様へ情報を発信し、普及・啓発活動を行ってきました。第6回となる今回は、ACPによって在宅でお看取りした患者さんについて書きたいと思います。

90代の男性Aさん。Aさんは糖尿病、高血圧、高コレステロール血症の治療をしていましたが、年齢とともに足腰が弱くなり通院が困難になったため、月1回の訪問診療をしていました。奥様は早くに亡くなられていましたが、息子さん夫婦、お孫さん夫婦、ひ孫さんと4世代で暮らす大家族でした。御家族みんな熱心に介護され穏やかに過ごされていました。Aさんは訪問診療開始当初より、「最後まで自宅で過ごし自宅を最期を迎えたい」と希望されました。Aさんは以前の親を10年近く自宅で介護し、自宅で看取っていました。その経験もありAさんご自身も同じようにしてほしいと希望されたのです。

図1は厚生労働省が公開しているACP話し合いの進めかた

せきもとひろ  
**関元博**

諏訪市地域医療・介護連携  
推進センター 担当理事

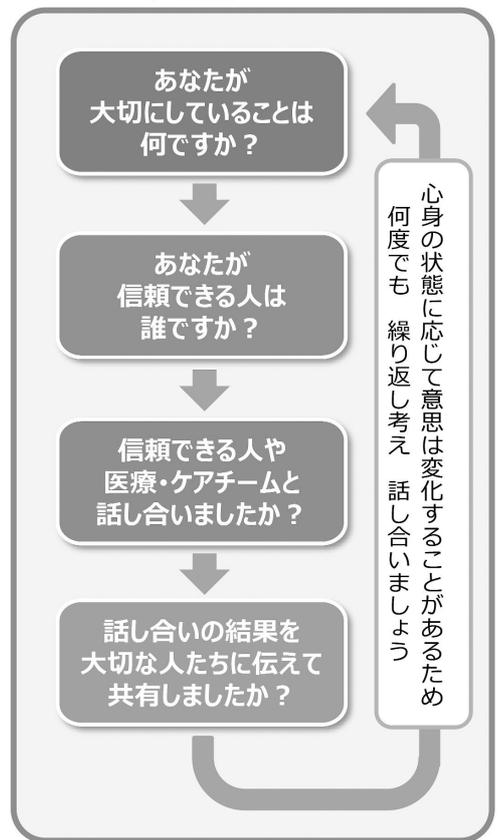


図1 厚生労働省が公開しているACP話し合いの進めかたの例

たの例です。Aさんの訪問診療時は毎回息子さん夫婦が同席されており、診療の最後には毎回の希望を話されていました。それでACPとして皆で希望を共有出来ていました。

ある日、呼吸が苦しうと御家族より連絡あり往診したところ急性心不全を起していました。Aさんの希望は今まで通り「病院受診をしない」でした。しかし、Aさんの呼吸苦症状が強いこと、不整脈による急性心不全のため短期間の入院治療で回復する可能性が高かったことから、私はAさんと御家族へ病状を説明し病院受診を勧めま

した。ACPは病状などに応じて何度も繰り返し行うことが重要です。しつこくでしたがAさんが了承してくれたので、直ちに病院へ紹介し3週間程の入院治療で自宅へと戻りました。高齢で入院すると体力が低下し寝たきりになる事が多いですが、Aさんは幸い体力の低下なく入院前とほぼ同じ生活に戻れました。元氣に退院したもののAさんからは「次に体調を崩したら絶対に病院へは行かないよ。先生がここで看取っておくれよ」と言われました。笑顔でしたが固い意志を感じました。心不全を再発させるわけにはいかない、と私も緊張感

を持ちました。しばらく病状は安定していましたが、5年後の夏に腹痛と食欲低下を認めるようになりました。腹痛は持続し血液検査で腹部悪性疾患が疑われたため、病院での精密検査と治療をAさんに説明しました。しかしAさんは今まで通り「病院へは行かない」と希望され、御家族も本人の希望通りにして欲しいと話されました。訪問診療での点滴治療や内服治療を行いました。訪問看護は徐々に低下し、訪問看護や訪問入浴サービスを利用しつつ自宅療養を続けました。2ヶ月後にAさんは自宅でお亡くなりになりました。家族全員に囲まれながら、最後のお看取りをしました。

現在の日本ではAさんのような大家族は稀です。むしろ老々介護の家庭が多い現状では、希望する人全員が自宅療養、自宅での看取りが出来るわけではありません。しかし訪問診療、訪問看護、訪問入浴、訪問リハビリ、訪問介護など在宅で行えるサービスが諏訪地域にも数多くあります。家族だけでなく、ご自身もご利用しましょう。

「人生会議」ACPとは⑥ 本人が望む在宅医療で最期まで

(毎月第2日曜日掲載)