



2021年12月16日放送

今こそアドバンス・ケア・プランニングに薬剤師の力を！

～人生会議における薬剤師の介入について考える～

大分大学
名誉教授 中野 重行

アドバンス・ケア・プランニング（ACP と略）に 薬剤師が参画する時代になりました。本日は、この点について 皆様と一緒に考えてみたいと思います。

一般市民への調査結果

一般市民を対象にした 次のような調査結果があります。「どこで最期を迎えたいですか？」という問いかけに対する回答です。2017年に 厚生労働省が公表したものです。

末期がんになり、食事や呼吸が不自由ではあっても、痛みはなく、意識や判断力は健康なときと変わらない場合には：自宅で亡くなりたいた方が最も多く 約半数で、次いで 医療機関でした。

重症の心臓病で、身の回りの手助け が必要ではあっても、意識や判断力は健康なときと変わらない場合には：医療機関で亡くなりたいた方が最も多く 約半数で、次いで自宅でした。

認知症が進行して、身の回りの手助け が必要となって、かなり衰弱が進んできた場合には：介護施設で亡くなりたいた方が最も多く 約半数で、次いで医療機関、自宅の順になっています。

しかし、実際にお亡くなりになった場所は、医療機関が最も多く 75%です。自宅や介護施設は少なく 10%程度です。つまり、「どこで最期を迎えたいか」に関しては、本人の希望と現実の間に、大きな隔たりがあるのが 現実なのです。

次に、「どこで最期を迎えたいか」に関する自分の希望を 話し合っているかどうかについては、過半数の人が話し合ったことはない と回答しています。では、あらかじめ話し合うことについてどのように思っているか を尋ねてみると、事前に話し合うことに賛成の人は

約 2/3 にも達しています。つまり、どこで最期を迎えたいか、といったとても重要なことに関して、信頼できる人と実際には話し合われていない現状が見えてきます。

ACP の重要性

人は、命の危険が迫った状態になると、多くの人が、医療やケアなどを自分で決めたり、自分の希望を人に伝えたりすることができなくなります。

そこで、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）が重要になってきます。ACP とは、将来、身体機能や意思決定能力が低下することを見すえて、これからの「治療・ケア・療養生活」に関する本人の意向や本人の代理になって判断をする人について、患者、家族、医療者やケア提供者などの関係者が話し合っ、本人らしさを尊重した計画を作っていくプロセスのことです。

厚生労働省は、「ACP 愛称選定委員会」を作っ、応募した中から ACP の愛称として、「人生会議」を選定して、2018 年（平成 30 年）11 月 30 日に公表しました。この日は、「いい看取り」とも読めることから、「人生会議の日」（人生の最終段階における医療・ケアについて考える日）にしたのです。ACP を行うことは、(1) もしものとき、自分の希望を伝えることができるだけでなく、(2) 後に残される大切な人の心の負担を軽くすることにもなります。

わが国における ACP に関する記事は、1990 年代後半から増加し、2010 年以降に急増しています。1990 年代後半～2000 年代初めにかけて、安楽死事件が起こり、尊厳死・安楽死・延命治療に関する社会的関心が高まりました。2000 年には、「介護保険制度」が施行され、2007 年には、高齢化率が 21.5% になって、「超高齢社会」に入りました。2008 年には、「後期高齢者医療制度」が施行されました。一般市民の間でも、エンディングノートや「終活」（人生の終わりに向けた活動）が、流行語大賞にノミネートされたりして、関心が高まっています。

ACP には多くの人が関与します。ACP の対象となる人は、患者と家族ですが、医療やケアを提供する人として、医師、看護師、介護職（介護福祉士や介護施設職員）、ケアマネジャー、ソーシャルワーカー、保健師、臨床心理士などが関与します、薬剤師もその仲間入りをしたわけです。大学病院などで「ACP チーム」が出来て、今、「ACP チーム」の一員としての薬剤師の活躍が始まっています。

ACP とチーム医療

このように、ACP は「チーム医療」として行われることが一般的です。そこで、「チームプレイ」と「チームワーク」が重要になってきます。チームプレイヤーに求められる重要な

ことは、3つあります。

第一は、(当然のことですが) 専門職としての知識と技能 です。

2つ目は、コミュニケーション能力と援助技術 です

3つ目は、人の命 に対する敬意 (リスペクト) の気持ち です。

緩和医療の現場では、痛み、不安、抑うつコントロールが 重要になってきます。使用する薬物としては、鎮痛薬、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬が中心になりますので、薬剤師として、これらの医薬品に精通する必要があります。

ACP が必要な「場所」は、医療機関、高齢者施設、在宅が主になります。

ACP が必要な「時期」は、認知症や意識障害のため判断能力が低下して、意思決定が困難な時期、高齢になり身体機能が低下して介護が必要になった時期、残された時間が限られた「終末期」などです。ここでは、本人の意思を尊重すること、その人らしい満足できる最期を迎えること、が最重要課題になります。

ACP で「選択」が必要になるのは、「治療方法やケア」や、「治療の中止・差し控え」、「療養場所やケア提供者」の選択などです。「選択」するためには、情報提供や病名告知が 必要になってきます。「インフォームド・コンセント」と同じ基本精神 (十分説明を受けた上で自由意思による同意) が重要なのです。

その他として、人工呼吸器の装着、胃瘻の造設、経管栄養法、腎透析導入、がんの末期や終末期状態における延命治療の是非などをあげることができます。

コミュニケーションで目指したいビジョンは、「やわらかな 1.5 人称」です。私たちが大分で開催している、医療コミュニケーションのワークショップの場で生まれた「コンセプト」です。今回はラジオ放送なので、図でお示しすることはできませんが、言葉で表現すると、次のようになります。

**医療の専門家としての 1 人称 (わたし) の立場に立ちつつ、
2 人称 (あなた) としての患者の気持ちにも寄り添える、
つまり、1 人称 (わたし) と 2 人称 (あなた) の間を行ったり来たりできる、
平均すると 1.5 人称になるような「やわらかな姿勢 (態度)」のことです。**

薬剤師の場合に当てはめてみると、1 人称としての「薬剤師の専門家」としての立場に立ちつつ、2 人称としての「患者」の気持ちにも寄り添うことができるように、自分で自分をコントロールして、柔軟に行ったり来たりできる、という「コンセプト」です。やわらかく行ったり来たりするイメージを 頭に置いて訓練すると、身につけることができます。1 人称の視点と 2 人称の視点だけでなく、自分の立ち位置を俯瞰的に見る「3 人称の視点」

を養うことは とても役立ちます。この俯瞰的な視点で自分と相手との関係を観ることを、脳科学の言葉では「メタ認知」と言います。コミュニケーションの能力を高めるために、「メタ認知」はとても重要です。

コミュニケーションで大切なことは、「話す」ことよりも、「聴く」ことです。耳を傾け、心を込めて聴くこと、つまり「傾聴」することです。

患者の「心」に寄り添うには、どのようにしたらよいのでしょうか？ 私は、「心」を「知・情・意」という3つの要素で捉えるようにしています。「情」は、大脳辺縁系を主体にした脳の働きです。「情」に対しては、「感性」を働かせて「共感」する必要があります。「知」と「意」は、大脳皮質（前頭前野）を主体にした脳の働きです。「理性」を働かせて、「理解」する必要があります。人の「心」つまり「知情意」は、同時に、並列的に働いていますので、私たちが全人的に相手を「受容」して、相手と同じように、私たちの大脳辺縁系と大脳皮質を、同時に並列的に働かせて、対応する必要があります。

私は、臨床薬理学と心身医学を専門にして、医療の中でこの半世紀以上を生きてきました。薬学部の薬理学講座に籍を置いたこともあります。そこで思うのですが、医学教育カリキュラムの特徴は、疾病に関する項目が主体になっていますが、薬学教育カリキュラムの方は、従来、医薬品という化学物質に関する項目が主体でした。重要なことは、医薬品の背後には「疾病」があり、疾病の背後には「病人」という「人間」がいるということです。身体的だけでなく、心理的、社会的存在でもある「人」に対して、全人的に接する姿勢が、ACPでは特に重要になってきます。

患者さんから学ぶことは、数多くあります。薬剤師としての専門性を生かしながら、ACPの場でも「患者の語る物語」を「傾聴」してください。

よく話を聴く というコミュニケーションからは、「癒し」が生まれます。このことを忘れな
いであげたいと思います。