



## 別紙

# 新型コロナウイルス感染拡大の中での在宅医療と ACP のあり方について

日本在宅ケアアライアンス

」

## 1. 在宅医療、ACP と医療倫理との関係

医療倫理の原則の一つとしてほぼ共有されている、自己決定権に由来する「患者の意思を尊重する」のルールを、在宅医療を中心に実践した姿が ACP である。

ACP は、年齢や病気の状態にかかわらず、全ての人が有する価値観や人生のゴール、将来の医療に関する選好を理解し共有し、それを適えることを支援するプロセスである。

そのため、ACP は、在宅医療では「生命を脅かす可能性がある疾病」がなくとも、「いつでも話し合いたい時に始め」、「何度も繰り返し行う」ことが求められる。

## 2. あるべき ACP の実践を難しくする事情と、在宅医療の理念

しかし、ここでは、このようなあるべき ACP の実践を難しくする事情が、COVID-19 罹患者との関係で生ずる。それは、ACP はがんや慢性疾患を抱えた患者を主に想定しているが、COVID-19 罹患者は、

- ① 感染症に罹患した急性の患者であり、肺炎を発症して呼吸困難・呼吸不全等を伴い重症・重篤化し、それゆえ発症から短期間で死に至るリスクを秘めていること、
- ②短期間でその先の死を予め想定して治療方針を決定することは困難であること、
- ③重症患者数に対する人工呼吸器の数が圧倒的に少ない事態になれば、患者の意思が必ずしも治療方針に反映されない可能性があること、
- ④そもそも感染防御態勢が不十分な現場の状況では、時間をとって、医療者・患者・家族等が、患者と話し合い理解する機会を持つことすら難しくなることである。

他方、身体的、精神的、社会的に脆弱な在宅患者の、生命を守り、生活の基盤を維持し、尊厳のある生き方そのものを守ることは、在宅医療の中核的な理念・倫理・役割であって、これは、COVID-19 の罹患者といえども異なるところはない。

このような中で、できるだけあるべき ACP の実践に近づける作業は、普段の ACP の実践よりも難しいことを踏まえて、次のような提案を行う。

## 3. 提案

- (1) できるだけ早く



ケアのゴールや高度な治療についての誠実な話し合いを、「いつでも」ではなく、「できるだけ早期に始める」べきである。そうすれば、個別化されたケア・支援計画を作成し文書化できるし、状況が変化するたびに再考し修正することができる。

## (2) 多職種で

在宅医療を支える専門職は多岐にわたり、患者・家族との関係性も異なる。従って、誰かではなく、連携して、共同して、ACPのプロセスを支えるべきである。

## (3) 家族や親しい人の関わり

本人の家族や親しい人たちは、本人の意思決定や生活の支援者であり、可能な限り、そして、本人の希望に沿って、話し合いに関わることがふさわしい。

## (4) 伝え続け、耳を傾ける

たとえ医療者が全ての答えを持ち合わせていなくても、そして、話し合いがPPE(Personal Protective Equipment, 個人防護具)越しに、あるいは、濃厚接触者の家族が自己隔離している場合は、電話やその他の機器を使って行われる必要があるとしても、誠実に情報をわかりやすく伝え続け、本人らの声に耳を傾ける。

## (5) 本人と家族のかけはしとして

本人と家族が会うことができない場合は、家族の声を本人に、本人の声を家族に届けることによって、本人・家族を支え、不安を小さくすることが可能となる。

## 4. 留意点

### (1) 話し合いは押し付けにならないように

ACPの話し合いを患者とその家族らに強制してはならない。注意深く、今すべきことはなにかを、患者や家族と対話しながら、決めるべきである。

### (2) 選択は急がず、受け手と担い手の負担に注意する

慢性疾患罹患時の意思決定とは状況が異なるため、病気に対する心構えができないまま、突然選択を迫られる患者やその家族の身体的、心理的、社会的、スピリチュアルな痛みは計り知れないので、急がざるをえない状況下においても、急かさない。

同時に、患者や家族に対応する医療従事者らの負担も、通常の話し合いや意思決定時とは異なり、極めて大きい。したがって、ケアの受け手と担い手双方の心身の痛みや負担にどのように寄り添い対応するのか、この点の十分な検討が必要である。

## 5 在宅医療を巡って提起される、患者の意思・ACPをめぐる倫理的問題



入院しての加療と、在宅での療養の選択は、普段でも選択の判断の苦慮が存在するが、COVID-19の罹患者、濃厚接触者（ないしこれからそうなる）家族等の中でより深刻な問題を示す。

しかし、在宅という選択肢や在宅での医療の選択肢を一方的に狭めるのではなく、医療についての狭義の情報の提供と同意（これは通常インフォームド・コンセント）をした上で、在宅療養全般での感染リスクや、急変時の対応、死後の対応等も含めた、生活を維持していくための情報を共有し、在宅という選択肢や在宅での医療の選択肢を保障した上で、フラットに選択を求めることが必要である。

しかし、現実には、他者への被害（感染）が想定される場合（その意味では感染防御についての家族の理解が必要である）には、患者の意思がそのまま尊重されるものではないし、在宅における感染リスクの中で「現実的なのか」（feasibility）をシュミレーションすることが必要である。これらは、いずれも医師から、現在のCOVID-19の知見に照らした情報が説明されることが前提となる。

1. 在宅で療養中の認知症の人がCOVID-19罹患者となり、家族が在宅療養を希望した場合がある。

認知症の人にとって入院による突然の環境の変化によって、不穏になったり、せん妄を引き起こしたりすることが、知られている。そのような場合は、薬物、身体拘束を余儀なくされることは少なくない。これまでのCOVID-19の知見からは、同患者の入院生活は長く、良好な精神状態が維持することは難しく、むしろ住み慣れた環境での療養生活が望ましいし、住み慣れた環境で生活することを通常本人は望んでいるともいえる。家族への感染防御の点が、家族の理解の下で可能であれば在宅の選択肢が考えられる。

更に、COVID-19罹患者でがん末期の人が自宅での看取りを希望した場合は、本人のACPのプロセスから真意であると判断できれば、同様、この意思は尊重すべきと考える。もっとも、いつでも意思は変更できるのではあることはお話しすべきである。

同様に、障害者が、COVID-19罹患者である場合は、意思決定能力がありその意思を表出可能であれば、その意思を尊重し、意思決定能力が不十分な場合は、家族等の代行者が、本人の意思を推定しながら、最善の選択をすることとなる。

2. 入院加療をしたとしても適切な治療方法がない場合には、現実には在宅療養が有力な選択肢となるが、これはあくまで、本人の意思（あるいは推定意思）を尊重して行うことが必要である。
3. 人工呼吸器導入が医学的には適切な選択な場合でも、高齢者（例として80歳以上の方）が、真意でその導入を拒否する場合は、入院でも在宅でもあり得る。本人と事前の話し合いが重要であるが、事前の際の情報が現在のCOVID-19の知見ではなかった場合があり得るので、再度現在の知見を説明して選択肢を示し、その上で、本人が親しい人（家族）と相談できる環境整備が必要である。