

巻 頭 言

医療・ケアプロセスにおける意思決定に関する
ガイドライン策定について

| 渕野勝弘 日本精神神経学会理事
| Katsuhiko Fuchino

成年後見制度の利用の促進に関する法律に基づき、「成年後見制度利用促進基本計画」が平成29年3月24日、閣議決定された。関係府省が連携し、同年8月、認知症高齢者・障害者の関係団体や医師・福祉関係の団体よりヒアリングを行い、診断書の書式の見直しを始めている。改訂案のポイントは、①判断能力についての意見欄の見直し、②判定の根拠を明確化するための見直し、③福祉関係者が記入する「本人情報シート」の書式を新たに作成するなどである。医師・福祉関係者向けの「ガイドライン」が作成され、平成31年中の運用が予定されている。平成29年1～12月の成年後見関係事件の概況（最高裁判所事務総局家庭局）をみると、申立件数は約35,000件であり前年と比べても微増である。そのうち、後見開始が約78%であり、開始原因として認知症が最も多い（約63%）という結果であった。日本の超高齢社会と認知症の増加を反映しているといえる。また、成年後見制度利用促進基本計画においては、「意思決定の支援の在り方についての指針の策定に向けた検討等が進められるべき」とされている。平成30年3月14日、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」が発表された。同年6月22日には「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」が通知されている。

平成19年、厚生労働省は「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を示したが、平成27年3月、最後まで本人の生き方（＝人生）を尊重し、医療およびケアの提供について検討することが重要であることから、「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」へ名称の変更が行われた。しかし、その内容の変更はなされなかった。このガイドラインの内容は主に病院を念頭に置いているため、自宅や施設での看取りに活用できないとの批判もあった。策定から10年が経過し、日本の高齢多死社会の進行に

伴い、在宅や施設における療養や看取りの需要が増大している。国は、高齢者が住み慣れた場所で最期まで暮らせるようにする地域包括ケアシステムの構築を進めていることを踏まえ、改訂ガイドラインの表題に「ケア」を追加している。改訂ガイドラインでは、医療やケアの介護従事者が人生の最終段階にある患者および家族などを支えるために活用するものとされており、在宅医療や介護施設での看取りもカバーする内容となっている。また、患者本人や家族、医療従事者などが繰り返し話し合う「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」の考え方も活用しているという。

人生の最終段階（エンド・オブ・ライフ）の意思決定は基本的には医療行為と同じであり、自己決定が尊重され、本人の意思を確認することから始まる。本人の意思がない、または不明の場合は、事前に本人がエンド・オブ・ライフあるいは一般的な治療に対してどんな考えをもっていたかということを探ることが重要になる。英国の意思決定能力法（Mental Capacity Act 2005）では、意思決定能力を喪失している人に対してはベスト・インタレスト（最善の利益）の原則に基づいて代行決定を行う仕組みになっている。本人が相談すべき人として指名した人、本人のケアや福祉に関与している人、永続的代理権の受諾者、法定代理人などへの相談をした上で、それがベスト・インタレストかどうかを判断する。英国の意思決定能力法では、日常の介護行為などに関しても、それが本人にとってのベスト・インタレストであれば法的責任は問われない。

日本におけるエンド・オブ・ライフで重要なのはベスト・インタレストである。判断基準は本人であり、可能な限り本人にとっての最善の治療とケアは何かを話し合うプロセスがベスト・インタレストということになる。日本のガイドラインの先にある法整備が望まれる。