

11

今後のことを話しあおう

木澤義之

神戸大学大学院医学研究科 内科系講座 先端緩和医療学分野 特命教授

Point 1 アドバンス・ケア・プランニングの定義を述べるができる。

Point 2 アドバンス・ケア・プランニングとアドバンスディレクティブ、リビング・ウィルとの違いを説明できる。

Point 3 アドバンス・ケア・プランニングは、誰を対象に、いつ行うか、を説明できる。

Point 4 アドバンス・ケア・プロセスにおける非侵襲的なコミュニケーションの要点を述べるができる。

症例 84歳の男性

【現病歴】4年前に脳梗塞を発症し右片麻痺となる。肺結核の既往があり低肺機能。脳梗塞発症以来簡単な意思疎通のみ可能な意識状態が続いている。脳血管性パーキンソニズムを合併。現在日常生活動作（activities of daily living；ADL）は全介助。尿道カテーテルが挿入され、寝たきりの状態。経口摂取がなんとか可能な状態だったが、この半年間で3回誤嚥性肺炎で入院。入院するたびに全身状態は増悪、肺機能も低下し、在宅酸素が導入されている。前回入院時に胃瘻の増設が検討されたが、家族は積極的でなく、そのまま経口摂取を続けることになった。その後、再度誤嚥性肺炎を発症して救急外来を受診。敗血症性ショックと呼吸不全を合併し、人工呼吸管理が必要な状態である。人工呼吸管理をせずに救命できる可能性は1%。人工呼吸管理をすれば救命できる可能性は20%あるが、救命できた場合人工呼吸器から離脱できない可能性が50%程度あると推定される。

Q あなたの治療方針は？

はじめに

入院診療や救急診療のなかで、とくに重篤な状態にある患者の診療を行うにあたって、その意思決定に悩むことはないだろうか？たとえば、「認知症で意思決定能力がない患者の治療方針の決定」、「患者の意思決定能力がないときに、家族が医学的に患者にとって利益のない治療を強く望むときの対応」、などの場合である。このようなときに、患者の治療やケアに関する意向が事前にわかっているならばどんなにいいだろう、と感じる医師も少なくないのではと思う。これこそがアドバンス・ディレクティブやアドバンス・ケア・プランニング（advance care planning；ACP）と呼ばれる取り組みの原点にある発想である。

本章ではアドバンス・ケア・プランニングの歴史的経緯を振り返って、臨床でどのように活用し、コミュニケーションを行うかについて紹介していく。

1. アドバンス・ケア・プランニング (ACP) とは？

ACPの定義にはさまざまな議論があり、今のところコンセンサスは得られていない。本章では、①患者、代理意思決定者、医療福祉従事者が協働して行うこと、②意思決定能力の低下に先立って行われること、③話し合いのプロセスそのものを指すこと、に着目し、ACPを「将来の意思決定能力の低下に備えて、今後の治療・ケア・療養に関する意向、代理意思決定者などについて患者・家族、そして医療者があらかじめ話し合うプロセス」と定義する。狭義に考えると「自己決定能力がなくなったときに備えて、あらかじめ自分が大切にしていること、治療や医療の希望、代理意思決定者などを話し合うプロセス」と、広義に捉えれば「自分がこれから重篤な病気や状態になったときに、どこでどのようにどうやって過ごしたいかを話し合うプロセス」と捉えることができる。近年諸外国において、たとえ意思決定能力がなくなった後でも、患者の意向が尊重された形で医療を提供するための試み、つまりACPの普及啓発に関する努力や研究報告が多数見られるようになってきた。

2. ACPはどのようにして生まれてきたのか～その歴史的背景とアドバンス・ディレクティブ (AD)、リビングウィル (LW) などとの違い

定義

アドバンス・ディレクティブ（事前指示, advance directive；AD）は、患者あるいは健常人が、将来判断能力を失った際に、自分自身に行われる医療行為に対する意向を前もって示すことである。ADは①医療行為に関して患者が医療者側に指示をする、②患者自身が判断できなくなった際の代理決定者を表明する、という2つの内容を含むもので、①を文章で表したものが一般にリビングウィル（living will；LW）と呼ばれ、「将来意思決定能力がなくな

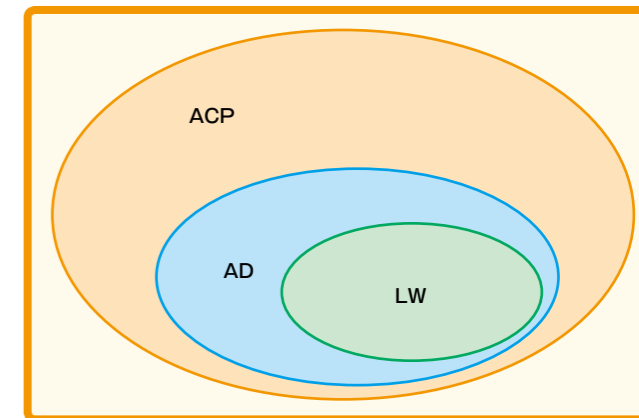


図1 ACP, AD, LWの関係性
ACP：アドバンス・ケア・プランニング（advance care planning）、AD：アドバンス・ディレクティブ（事前指示, advance directive）、LW：リビングウィル

たときに、生命維持治療をしてほしいか、してほしくないかについて主治医や家族に知らせる指示書」と定義されている。ACPは、これらAD、LWの双方を包括する概念である（図1）。

ADに対する検証

1970年代の米国では、国を挙げてADが推進されてきたが、その結果を検証したThe SUPPORT studyをはじめとする臨床研究の結果は予想と反するものであった。

ADを聴取しても、終末期患者の50%が心肺蘇生や人工呼吸器の使用など望まない治療を受けていたこと¹⁾、終末期患者の希望を医療の内容に十分に反映できなかったこと²⁾、終末期ケアの改善には役立たない^{3,7)}とする報告がなされた。その原因として指摘されたのは、ADのみでは臨床現場で起こる複雑な問題に対する意思決定に事細かく対応できない（もし事前に決めておこうとすれば膨大な量の想定される状況に回答が必要である）こと³⁾や、意思決定を行う代理意思決定者が、事前に患者や医療従事者と患者のADの内容とその決断に至る背景、理由などについて十分話し合っていないために、患者のADに沿った意思決定ができないことなどが挙げられている^{8,9)}。

これまでの知見から重要なのは、作成された紙面に書かれている内容もさることながら、DNAR（do not attempt resuscitation）やLW、ADが聴取されるプロセス、つまり、