



# ⑪ 決めなくて良いので対話しよう =多職種によるアドバンス・ケア・ プランニング（人生会議）のススメ

静明館診療所 医師 大友 宣

2018年3月「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」が改定されました。近年は入院医療、外来医療、在宅医療問わずに高齢患者・要介護状態にある患者が多く、ある意味では人生の最終段階のことを考慮に入れなくてはなりません。その幅は数日のこともあるし、数十年のこともあります。人生の最終段階です。

アメリカではカレン・アン・クライン事件という裁判をきっかけに、1970年代から人生の最終段階に意思決定できなくなったときに備えて事前指示を定めることが法制化されてきました。事前指示は希望する医療の内容を記載する「リビングウィル」と、意思決定できなくなったときのための「代理人指示」の両方または片方により構成されます。1995年ころまでは、この事前指示書があれば患者の希望する人生の最終段階における医療やケアが実施できるはずだと考えられてきました。しかし、9,000人を超える患者を対象とした大規模研究（SUPPORT研究）でも事前指示書が有効であることを示すことはできませんでした<sup>1)</sup>。事

前指示とは事前に希望する医療の内容と代理人を決めて記載することですが、これだけでは患者の希望する人生の最終段階における医療が提供されないことや、実施する上で問題となるようなことが明らかになってきました。

このSUPPORT研究をやっていたテノーとリンがアドバンス・ケア・プランニング（以下ACP）という考え方を提唱しました<sup>2)</sup>。ステップとしては「話題の導入と情報提供」「話し合いの促進」「事前指示の記載あるいは話し合いの内容を記載」「事前指示の振り返りと書き換え」「事前指示を実際の現場に適応」から成っています。何回も話し合うプロセス、患者と医療・ケア提供者が繰り返し対話することを重要視したのです。つまり「決めなくて良いので対話しよう」ということです。もちろん事前指示を決めても決めなくても話の内容を記載していきます。それ以来現在までACPの有効性はいくつかの研究で明らかになってきています。患者の希望が明らかになる、遺族のストレス・不安・うつ症状が少ない、患者・家族の満足度が高いなどの効果がありました<sup>3)</sup>。ACPを受

Original Contributions

### A Controlled Trial to Improve Care for Seriously Ill Hospitalized Patients

The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT)

The SUPPORT Principal Investigators

- 2800万ドルの予算で9,100人の重症患者を対象としたクラスターランダム化比較試験。
- 介入：訓練を受けた看護師がまとめ役となって、事前指示を取得し医師に伝える。
- 結果：ICUの利用、DNR取得から死亡までの日数、疼痛、事前の遵守、医療コスト、患者・家族満足度に差異なし

- JAMA.1995;274:1591-1598

BMJ RESEARCH

### The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial

Karen M Detering, respiratory physician and clinical leader / Andrew D Hancock, general affilia / Michael C Reade, physician / Wilson Silvestri, intensive care physician and director

- 309人の法的に判断能力のある80歳以上の入院患者を6ヶ月間あるいは、死亡するまでフォローしたランダム化比較試験
- 介入：アドバンス・ケア・プランニング
- 対照：コントロール群
- 結果：介入群で希望が周知。遺族のストレス、不安、うつ症状は少ない。患者、家族の満足度は高い。

- Karen MD. "The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial." BMJ 2010;340:c1345

けると病院死が少なく、入院期間が短く、医療費が低かったという効果もありました<sup>4)</sup>。各国でACPの導入が進められているところで日本も「人生の最終段階における医療体制整備事業」として国が主導して研修会が開催されています。

日本はACPの普及において重要な時期にあります。普及にあたってACPが誤用されていることも散見されます。例えば、「先生！この方96歳なので、急変時の指示をお願いします」「大丈夫。入院時にACPとっというたよ」というように蘇生をしない指示（DNR）や事前指示をとることと同意味に捉えていることがあります。また、「ALSの〇〇さんが最近衰弱して経口摂取が数口程度なんです。本人がやっぱり胃ろうにしたほうが良いかしらって・・・」「ええ！このまえACPして胃ろう造設しないって決めたじゃないか！」というように繰り返し対話することを前提としないことも誤用としてあります。また、医師や他のケアスタッフが患者や家族を傷つけてしまうコミュニケーションをとることもよくあるのかもしれませんが。ACPをよく理解して患者や家族と対話していくことが普段から重要になってきます。要点は「決めなくて良いので対話しよう」ということです。

ACPを進めていく上でいくつか提言があります。まず、はじめにケア提供者がネガティブ・ケイパビリティを持つことです。ネガティブ・ケイパビリティとは「どうにも答えの出ない、どうにも対処のしようのない事態に耐える能力」「性急に証明や理由を求めずに、不確かさや不思議さ、懐疑の中にあることができる能力」と定義されます<sup>5)</sup>。医学教育の中ではとかく「できるだけ早く患者さんの問題を見出し、できるだけ早く、その解決を図ること＝ポジティブ・ケイパビリティ」が大事とされます。しかし、人生の最終段階や難しい問題はなかなか決定が出ないでモヤモヤすることもあります。答えが出ないことをじっく

り対話していくにはこのような能力＝ネガティブ・ケイパビリティが必要です。

二つ目に決定型記録から対話型記録への転換です。「急変時救急搬送はしない」は決定型記録にあたります。患者「もう今年ぐらいたと思うんだ先生」医師「今年亡くなるってこと？」患者「そう」医師「具合悪くなったらどうしたいってなにか考えがあるんですか」というものが対話型記録に当たります。事前指示書というのは決定事項を書面で残しているものですが、それだけだとどのような対話がされたかが分かりません。決定していない対話をその都度記録する方法が優れています。診療情報提供書を作成し他の医療者などに伝達する際にも対話型記録を付記する方がわかりやすいと言えます。

三つ目の提言は人生の最終段階について対話する機会を増やすことです。エンディングノートをつけて対話してみる、終活に参加して対話してみる、誕生日に人生の最終段階について対話してみる、孫が生まれたり人生の最終段階について対話してみるなどがあります。ふと患者の方から人生の最終段階についての会話をもち出すことがあります。そのときに「縁起でもない」で片付けてしまわず、「どうしてそう思うのか」と一歩だけ対話を進めることを提案します。あまり、しつこく質問することは患者や家族の心理的な負担になることがあります。しかし、「一歩だけ」を何回も繰り返すといろいろな本音の対話ができます。

〈参考〉

- 1) JAMA. 1995 Nov 22-29 ; 274 (20) : 1591-8.
- 2) Hastings Cent Rep. 1994;24 (6) : S32-6.
- 3) BMJ 2010 ; 340 : c1345
- 4) BMJ Supportive & Palliative Care. 2013 ; 3 : 168-173
- 5) 帯木蓬生「ネガティブ・ケイパビリティ」朝日選書；2017