

## 「アドバンス・ケア・プランニング

いのちの終わりについて話し合いをはじめる」

神戸大学医学部附属病院 緩和支援診療科 特命教授 木澤 義之 先生

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）は「患者・家族・医療従事者の話し合いを通じて、患者の価値観を明らかにし、これからの治療・ケアの目標や選好を明確にするプロセス」を指す。ここ数年、医療界に普及しており、現在は国の方針としても掲げられている。

過去にいくつかの生命維持中断に関する出来事が報道され、こうしたことから救急医療の場ではガイドライン（GL）も策定された。GLではあくまでも本人の意思確認が基本であり、本人と医療・ケア提供チームとの合意形成を求めるものであって決して家族の意向に沿うべきものではない。但し本人の意思を直接確認できない事態にあつては、近しい人（家族や友人など）による本人意思の推定や、本人にとって最善の方針を慎重に判断すべきであるとされる。

ACPでは心理的、社会的、スピリチュアルな側面からのアプローチが必要で、かつ定期的に見直しがなされるべきである。代理人の選定も重要な項目となる（木澤先生ご自身の介護休暇を取得した経験も披露されて具体的な事例として説明された）。

ACPに先立って Advance Directive（AD）＝（「事前指示」と訳される）の取り組みが存在したが、終末期の70%は意思決定が出来ない状態であることを踏まえ、前もって確認しておくことの必要性が認識された（1980年代）。

SUPPORT研究（JAMA、1995年）ではAD取得は意味が無かったという結果を報告。患者と家族の話し合いが無かったことが理由として挙げられた。例として“患者は延命拒否、息子はできるだけのことを希望”といった事例を紹介された。

こうした反省点から本人の「生き方、死に方」の価値観を共有することの重要性が認識されて、「話し合うこと」を最も重視する方向が打ち出された。

ACPのメリットは多いが、一方①心の準備が出来ないと害が多い＝希望を失うに繋がる、②希望を奪いたくない医師側の考えが存在＝話し合いを始めることが困難となる、③時間と手間がかかることなどが負の側面としてある。実際問題、患者としては7割は「ダメな場合を想像できない」とも言われ、一律にはスタートできない。では、いつ、誰が始めるのが良いのか？①地域住民への啓発を進める、②人生の最終段階を自分のこととして考える時期にある人＝医療・ケアの現場で実践—が現実的ではないか？

一般国民全体に向けたアプローチとしては、生きる時間が限定的であつたら

大切にしたいことは何か？また、何かあった場合の代理決定者を考えてもらうことが重要で、その 代理者に自らの希望を伝えておくようにするとといったことの理解を得るべく説明。

また、終末期にある人には「一年以内に亡くなっても驚かない状況であれば緩和ケアを開始する」といった段階で本人には“病気について詳しく知りたいか”を訪ね、自分自身の病状を知ったら、理解度を確認したうえで今後の経過についての話し合いを進める。特に治療方針変更の際には必須で、主治医がまず口火を切って話すことが必要。そして「どのようなことが大切か？」といった具体的な内容を、多（他）職種を交えながら話を聴いていくことにする。

大切なのは **Hope for the best. Prepare for the worst.**

万一の時のことを考えているか訊いてみて、本人の準備がまだであれば一旦退くことも必要。

そして、代理決定者を選定しておくことが非常に大事なポイントである。

#### 参考

「重篤な疾患を持つ患者さんとの話し合いの手引き」(Serious illness conversation guide) / ハーバード大学 Ariadne Labs の緩和ケアに携わる医療専門職 チームによって作成 ; 木澤 義之、竹之内 沙弥香翻訳

(文責：至捷会木村病院 一二三 宣秀)