

ACP(アドバンス・ケア・プランニング)のススメ

京都大学医学部附属病院 看護部 大内紗也子(がん看護専門看護師)

はじめに

私は 2009 年に京都大学医学部附属病院に就職し、当初より現在まで血液・腫瘍内科の病棟で勤務をしている。血液疾患を患う患者さんに対する看護のケアについてここ、京都より日本全国に均一化したものを発信していきたいと密かな野望を抱いている。今回は、日ごろ実践していく中で「大切なこと」だと考える ACP(アドバンス・ケア・プランニング)について紹介し、実践に活かしていくための私見を述べたい。

ACP(アドバンス・ケア・プランニング)、その概要と変遷

米国医師会において ACP は「患者が自分で意思決定ができなくなった場合の将来的な医療について、医師、患者、家族または代理意思決定者間で継続的に話し合うこと」と定義している。また National Health Service のガイドラインでは「個人およびそのケア提供者との間で行われる自発的な話し合いのプロセスである」としている。患者が望めば、家族や友人とともに行われ、話し合いの結果は患者の同意のもとで記述され、定期的に見直されて、ケアに関わる人々の間で共有されることが望ましいとされている。

臨床の場において患者の意向の尊重について取り上げられているのは DNAR(do not attempt resuscitate)ではないだろうか。これは「急変時または末期状態で心停止・呼吸停止の場合に、蘇生処置をしないという取り決めのこと」と定義される。また DNAR よりも広い内容を示すものとして AD(advance directive)がある。これは、患者あるいは健常人が、将来判断能力を失った際に、自ら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 には①医療行為に関して患者が医療者側に指示をする、②患者自らが判断できなくなった際の代理意思決定者を表明するという 2 つの内容を含むものである。また①を文章で表したものがリビングウィル(living will:LW)と呼ばれる。

AD は 1970 年代米国において国を挙げて推進されてきたが、その結果を検証した SUPPORT study の結果は予測と反していた。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の望まない治療を受けていたこと、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、終末期ケアの改善には役立たないとする報告が明らかとなった。AD のみでは現場で起こる複雑な医療問題に事細かく対応できないこと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 の内容やその背景、理由などについて十分に話し合っていないことが要因として考えられた。そして 1990 年代に入り、ACP について議論されるようになったのである。重要なことは、DNAR やリビングウィル、AD が聴取されるプロセスであり、患者がどんな人生を生き、どんなことを大切にしているか、何を希望しているかを、「もし、自分が意思表示ができなくなった時に代わりに判断してくれる人(医療に関する代理意思決定者)」とともに話し合い、それを医療従事者とも共有していくことで、代理意思決定者は医療従事者とともに、直面

する複雑な医療状況に対応することが可能になるとされる。

項目	ACP	AD	LW
代理意思決定者の選定	○	○	△
治療などに関する希望の明示	○	○	○
患者一人で実施できる	×	○	○
患者—ケア提供者の協働	○	△	△
話し合いのプロセスを重視	○	×	×
決断の裏にある価値を重視	○	△	△

▲ACP,AD,LW の違い

ACP の実践

以下の手順を進めていくことが ACP を実践していく上でのコツとして紹介する。

- 1) 患者・家族の生活と価値観を知り、患者にとっての最善の選択をともに探索する
- 2) ACP を円滑に行うために—最善を期待し、最悪に備える (Hope for the best, Prepare for the worst) コミュニケーションを心がける
- 3) あなたのことを心配している、支援したいと考えていることを直接伝える
- 4) 代理意思決定者とともに行う
- 5) 「もしも」の時について話し合いを始める (経験を尋ね、探索する)
- 6) 「大切にしていること」、「してほしいこと」、「してほしくないこと」、そしてその理由を尋ねる
- 7) 自分だけで抱え込まず、メディカルスタッフや緩和ケアチームに相談する

平成 26 年度より国立長寿医療研究センターにおいて「人生の最終段階における医療体制整備事業」として E-FIELD (Education-For Implementing End-of-Life Discussion) というプログラムを開発し、研修を開いている。上記に述べた ACP の実践について講義やロールプレイを通して、体験する研修であり、主にはソーシャルワーカーを対象としている。

今後 ACP を実践していくために看護師としてできること

ACP という言葉はまだまだ認知度が低い。もしも国民の共通理解の言葉となれば、過剰な医療の提供が減るという観点からも医療費削減が期待できるだろう。患者の意向や価値観および家族の希望などを交えた医療を提供することが可能になる。しかし実際に ACP を浸透させていくことは難しい。なぜなら「もしもの時を話し合う」ということはそれ自体が患者にとって侵襲を伴うものになる恐れがあるからだろう。それではこれから ACP を実践していくために私たちができることは何か。

血液・腫瘍内科で看護ケアを実践する私からの小さな一歩としては、治療の変わり目 (生命の危機に直面するであろう移植という治療を決めるとき、抗がん剤のレジメンを変更するとき、治癒を目指すことが難しいと判断されたとき) において医師、看護師を含めた多職種チームで患者の今後について検討することを行っていきたい。そのカンファレンスにおいて患者および家族の価値観や人生観、患者の意向を踏まえたうえで「もしものとき」をどのように患者と話し合うか、また

そのことを家族と相談をしているかを検討したい。またもし患者が「お話ができなくなったとき」に私たち医療者はだれと患者の治療のことを相談したらよいのか、またその指名された重要他者(代理意思決定者)には、代理意思決定者となってもらいたいことを患者からあらかじめ伝えておいてもらうということを実践していきたいと考えている。

おわりに

日本が現在超高齢社会を迎えており、まもなく2025年問題に直面する。高齢多死時代に突入する中で、ACPの普及及び実践は待ったなしの課題である。医療者が一丸となり、患者および家族が自発的に「将来の医療やケアについて話し合うプロセス」に向き合えるようなサポート体制を構築していく必要があり、そこに看護師としてかかわっていきたい。

参考文献

- ・木澤義之、山口崇ほか「これからのことを話し合う:アドバンス・ケア・プランニング」ペインクリニック Vol36(2015.10)別冊秋号 S613-S618
- ・阿部泰之「アドバンス・ケア・プランニングー現在までの知見とこれからの方向性」緩和ケア Vol25No.3 MAY.2015 178-182