

# AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

緩和ケア (2012.09) 22巻5号:416～419.

【「もしも…」のことをあらかじめ話し合おう！  
アドバンス・ケア・プランニングの実践】  
医療における意思決定支援のプロセスとその実際

阿部 泰之



「もしも…」のことをあらかじめ話し合おう！—アドバンス・ケア・プランニングの実践

## 医療における意思決定支援のプロセスとその実際

*Advance Care Planning featuring Shared Decision-Making*

阿部 泰之\*

*Yasushi Abe*

Key words : アドバンス・ケア・プランニング, shared decision-making, 医療者-患者関係

● 緩和ケア 22 : 416-419, 2012 ●

### はじめに

本稿では、自らの生命に関わる決定、終末期に関する決定など医療において困難な意思決定の支援について取り上げる。手がかりとなるのは今回の特集のテーマでもあるアドバンス・ケア・プランニング (advance care planning; ACP) であろう。

本稿においては、ACPを「将来の意思決定能力の低下に備えて、今後の治療・療養に関する意向、代理意思決定者などについて患者・家族とあらかじめ話し合うプロセス」(National Health Serviceのガイドライン<sup>1)</sup>を参考に筆者が要約したもの)として論を進める。

### ACPの長所と限界

ACPは、1990年代に米国においてその必要性が議論されるようになった意思決定支援の方法論の1つである。米国ではそれ以前にアドバンス・ディレクティブ (advance directive; AD)、つ

まり自分が意思決定できなくなった時の医療行為と、代理意思決定者の文書による表明を推進してきていた。しかし、ADの有効性については否定的な指摘がなされ<sup>2)</sup>、新たな意思決定支援のあり方を模索する中でACPが生まれたとってよい。

ADとACPの違いは多くあるが、重要なのは次の1点に集約される。それは、ADは自分1人が書類を作成することで成立してしまうのに対し、ACPは医療者、患者、代理意思決定者(多くの場合家族)が協働作業としての話し合いのプロセスを大事にする点である。最近報告されたランダム化比較試験<sup>3)</sup>においても、プロセスを大事にすることでアウトカムが変化することが報告されている。

しかし、ACPは決定的な限界ももっている。そもそもADは、患者の自己決定権を尊重する流れから発生したものである。医師によるパターンリズムからの脱却を目指したものといっている。では、ACPはどうであろうか。ACPは「意

\*旭川医科大学病院 緩和ケア診療部 : Department of Palliative Care, Asahikawa Medical University Hospital  
(〒078-8510 旭川市緑が丘東2-1-1-1)  
0917-0359/12/¥400/論文/JCOPY

思決定能力の低下に備えて」行うものであった。少々乱暴な言い方になるが、要するに「意思決定ができるうちに患者に決めておいてもらう」ということであり、ADと同じアンチパターンリズムの性格をもつことが分かる。つまりACPも“自己決定ありき”という引力圏から逃れられていない概念なのである。

こうした限界は、臨床ですぐに露呈する。自分で決めたくないという人の意思決定をどう支えるかという点においてである。自己決定を尊重すること、つまり自律尊重は現代医療において重要な原則であることは間違いない。しかし、世の中には「誰かに決めてもらいたい」という価値観をもつ人も存在する。万人にACPを適用すれば「決めたくない」人に対しても自己決定を強要する結果になることは明らかである。

### 新しい医療者-患者関係 — shared decision-making —

shared decision-making (SDM)<sup>9)</sup>は、共同意思決定とか、情報と決断の共有などと訳される医療者-患者関係および、そのコミュニケーションのモデルである。SDMが出てきた背景にも、アンチパターンリズムに始まる思想の文脈がみてとれる。

かつては医師が最善と思うことを一方向性に患者に適用するのが当たり前であった。このような医療者-患者関係を paternalistic model<sup>5)</sup> という。しかし、患者権利の高まりとともに、その正反対である informative model<sup>6)</sup>、つまり医療者が患者に十分な情報提供を行い、患者が治療方針を決定するのが望ましいとされるようになった。

この考え方は、患者の権利保護として一定の役割を果たしたが、一方で「情報を与えて、あとは患者の自由」といった治療選択の責任転嫁ともとれる流れも生み出した。そこで paternalistic か informative かという二元論に陥らない考え方として SDM が登場した。

SDM は、“advance” (もしものことをあらかじめ) の話し合いよりも、むしろプライマリ・ケ

アにおける慢性疾患治療の場面や、最近ではわが国の医学教育において面接能力を養成する際の基礎理論となっているようである。

SDM において医療者と患者が共有するのは、情報だけではない。より重要なのは「理解の共有」である。事実に対する人の認識 (価値の置き方) はさまざまである。

たとえば「平均2カ月の延命効果をもつ化学療法」という事実に対して、医師は「2カ月“も”命が延ばせる価値のあるもの」と認識するかもしれないが、患者にとっては「2カ月“しか”命が延びない (わりに苦痛を伴う) 価値のないもの」と認識するかもしれない。この認識のギャップを話し合いの中で擦り合わせ、共通の理解とそれに基づく決定を紡ぎ出そうとする取り組みが SDM である。

SDM により、患者の満足度や well-being が高まることが報告されるようになってきている<sup>6)</sup>。この結果から考察されることは、意思決定において患者の満足度を高めるのは、最終決定を誰が下すかということよりも、意思決定のプロセスを共有できたかということである。

患者による自己決定を前提とせず、お互いの考えていること、価値観の相互理解のプロセスが満足できる意思決定を導くといっているだろう。

### そして再び ACP

ここまで、自らの生命に関わる決定、終末期に関する決定など、医療において困難な意思決定の支援において ACP という枠組みがあること、しかし、ACP は患者に自己決定を強いる可能性を孕んでいること、一方で SDM という新しい医療者-患者関係が模索されていることを述べた。

現在のところ、ACP と SDM は必ずしもリンクしておらず、別々に議論されている。ここで私が提案したいことは、すなわち、ACP という枠組みの中に SDM の要素をもち込むことである。

今一度 ACP に戻ってみる。AD も ACP も話し合う内容は似通っている。しかし ACP のみが患者に恩恵を与えた。それはなぜか。それはやは

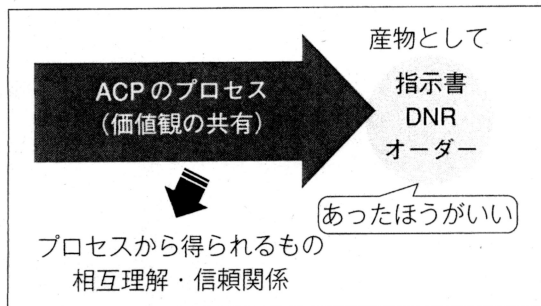


図1 ACPの概念図

り、話し合いのプロセス自体を大事にした点にあるのではないだろうか。

医療者と患者・家族が協働して困難な決定を行う。そのプロセスの中で互いの考え、人となり共有され、信頼関係が構築される。一旦このような関係が構築されれば、患者が「今後も（たとえ意識がなくても）私はぞんざいに扱われることはないだろう」という安心感を抱くのも不思議ではない。

このように考えていくと、気づくことがある。自分の生命や終末期に関わる決定は確かに困難を伴うが、見方を変えれば、互いの価値観を真剣に示し合うのにこれほど適した話題もない。ACPにこそ、SDMでいうところの価値観の共有・相互理解という考え方が必要なのではないだろうか。以上を踏まえたACPの概念図（私案）を図1に示す。

## ACP featuring SDM の実際

価値観の共有を主眼にしてACPを行った事例を提示する。

### 事例

#### 1. 概要

Aさんは80歳代の男性。泌尿器がん、骨転移あり。泌尿器科を主治医としながら、症状緩和や療養の相談については私のところに通っていた。

当初から訪問看護を利用していた。脊椎の新たな骨転移がみつき、脊髄圧迫のリスクがあったため、今後の治療を話し合うこととなった。

#### 2. Aさんの思い

Aさんは当初、放射線や手術といった治療法にやや否定的な印象をもっていた。しかし、その理由を筆者が尋ねてみると、Aさんの価値観が分かってきた。Aさんは早くに妻を亡くし、娘はいたが遠くの町に嫁いでいたため、10年以上前からケアハウスに1人で住んでいた。気兼ねせずに1人暮らすという生活を楽しんでいるとのことであった。

Aさんの一番の気かりは入院などにより、今の生活がなくなってしまうことであった。

脊髄圧迫になって多くの苦悩を抱えた人をたくさんみてきたという筆者の経験（価値観）を話したうえで、今の生活を保つためにも放射線治療をお勧めし、合意して治療を行った。

#### 3. ACPの実施

治療後「安定している今だからこそ話し合っておきたいことがある」と伝え、娘さんが来られる日に合わせてACPを行った。これまで私が知りえたAさんの価値観を共有しながら、娘さんからも人となりをお聞きした。

娘さんは、面倒をみてあげられない罪悪感を抱きながらではあったが、Aさんの思うようにしてあげたいというスタンスをもっていた。こういった親子関係が続いてきたことは話し合いで分かった。

話の中でAさんは、「この病気が進行して最期がくることは分かっている。最期まで落ち着いていられるところがあつたら嬉しい」と語った。

あまり干渉されずに、最期の心配をせずに過ごしたいというAさんの価値観をベースにし、抗がん剤など積極的な治療を意図せず、つらい症状や気かりには対処していくこと、療養先を早いうちに想定しておくことを話合った。代理意思決定人は娘さんであるが、その場の具体的な判断には、Aさんを良く知る医療者も関わることになった。延命治療（蘇生処置）について尋ねると「変な延命はしたくない」と話し、その内容（人工呼吸器、点滴など）に

ついて少し詰めて相談をし、カルテに記載した。

#### 4. その後の生活と看取り

その後、腹部のリンパ節増大による下肢の痛みを皮切りとして依存度が増してきた。これまで住んでいたケアハウスでは対応不能となることが予想され、訪問看護は変えずに24時間介護体制のある施設に転居、訪問医も利用することにした。訪問医にはこれまで知りえたAさんの価値観と話し合いのプロセスを十分に伝えた。

療養の後、同施設で最期を迎えた。蘇生処置は行われなかった。

#### おわりに

お互いの価値観を擦り合わせることは時間と労力を伴うことである。しかし、医療者がその善意を十分発揮し、患者がそれに信頼を感じて必要な部分は委ねる、本来の医療とはそういうものではないか。

医療における意思決定の支援がどうあるべきかについては今後確実に議論が必要である。法的問題、“スキル”といった表面的な議論のみに留まらないことを願うばかりである。

#### 文献

- 1) National End of Life Care Programme : Advance care planning : a guide for health and social care staff. [[http://www.endoflifecareforadults.nhs.uk/assets/downloads/pubs\\_Advance\\_Care\\_Planning\\_guide.pdf](http://www.endoflifecareforadults.nhs.uk/assets/downloads/pubs_Advance_Care_Planning_guide.pdf)] accessed July 8, 2012
- 2) Patterson C, Molloy DW, Guyatt GH, et al : Systematic implementation of an advance health care directive in the community. *Can J Nurs Adm* 10 : 96-108, 1997
- 3) Detering KM, Hancock AD, Reade MC, et al : The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients : randomised controlled trial. *BMJ* 340 : c1345, 2010
- 4) Charles C, Gafni A, Whelan T : Shared decision-making in the medical encounter : what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 44 : 681-92, 1997
- 5) Emanuel EJ, Emanuel LL : Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 267 : 2221-2226, 1992
- 6) Joosten EA, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, et al : Systematic review of the effects of shared decision-making on patientsatisfaction, treatment adherence and health status. *Psychother Psychosom* 77 : 219-226, Epub, 2008