

9. 意思決定支援

よりよい終末期ケアを提供するためには、できるだけ長い時間軸のなかで病の軌跡をとらえ、なるべく早い時期から、本人を中心としたチームで納得する話し合いを重ね、本人、家族、医療者の集団の意思を構築していくことが重要である。

advanced care planning (ACP) の歴史

1980年代から、欧米ではアドバンスドディレクティブ（AD）による意思表示が推進されてきた。しかし、90年代には、意思決定に至ったプロセスが不明瞭であったり、ADが十分に広まっていないなどといった限界も明らかになってきた。

1995年にエマニエルは、単なるコンサルテーションや書類記載だけではなく、終末期医療における患者の意向表明プロセスを、ACPと呼んで紹介した。ACPとは、「将来、意思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、治療や医療に関する意向、代理意思決定者などについて専門職者と話し合うプロセス」（NHS、2007）と定義されている。ACPでは患者の価値観や考えを中心として継続的に話し合いを進め、個々の治療の選択だけではなく、全体的な目標を立て、患者と家族、医療者がそれを共有する。

ACPによって、医療者とのコミュニケーションの質が向上し、患者の意向が尊重され、患者、家族のケアの満足度が向上し、病院での死亡が減少した。また、ACPのある患者は、患者の終末期の希望が尊重され、患者が死亡した後の遺族のストレスや不安、うつが少なくなることがわかっており¹⁾、ACPは患者中心の医療を実践するためにも有効な方法と考えられている。

ACPと意思決定支援

よりよい終末期ケアを提供するためには、個別の症例ごとの終末期の軌道を考えながら、できるだけ早い段階から積極的に本人の意思を確認することが重要である²⁾。

定期的にあるいは状況の変化に伴い、話し合いを何度も繰り返すことによって、医療者は患者と家族のナラティブへの深い理解を得る一方、患者や家族は心身の変化に対する誤解をとき、より正しい理解へ近付くことができる。また、ACPでは決定した結果より、そのプロセスこそが重要であり、状況に応じて一度決めた決定が変化することも許容される。ACPの経過を通じて患者—家族—医療者の相互理解が深まり、意思決定に関係する人たちの集団の意思へと変化していくため、本人に意思決定能力がなくなった場面（代理意思決定）でも、本人の意思に最も沿った決定が可能となる。

また、わが国の文化的背景においては、患者の意思を中心に据えながらも、患者と生活をともにし、絆で結ばれている家族を一つの単位として考える傾向があり、本人を中心とした集団の意思を尊重していくことがより重要となる。

終末期の意思決定支援の実際

A. shared decision making の実際 (ask-tell-ask アプローチ)

終末期の意思決定においては、医療者は患者が自身の疾患や状態をどのように理解している

かを尋ね (ask)、患者がどこまで理解しているかを把握するとともに、誤解や不安が患者自身のケアに対する考え方にどのように影響を与えているかも把握する。その際、在宅患者と家族のなかには最後まで力を尽くしてもらいたいと思っている人が少なからずいることを十分理解しておく必要があり、終末期であると決めつけたり、緩和ケアへの移行を前提に話を進めると、信頼関係の構築が損なわれることもしばしばあり注意が必要である。最善の治療を行ってきた、あるいは続けているという前提を崩さずにケアの話をするのが肝要である。できれば最初に、治療やケアに対する希望、今後どのような生活を送ることを患者本人や家族が期待しているかを聞き出すようにするとよい。

その上で、患者が聞きたいと望む範囲で、消化不良を起こさない程の情報を伝え (tell)、患者が持っている知識に新しい情報を加えることで、誤解を正し、状況に適合できるような変化を促進する。その際、疾患の話だけではなく、患者や家族の生活上の不安に答えつつ、今後心身の機能や実際の生活がどのように変化し、それにどのように適合し得るのかを説明した上で、患者の価値観、望みを汲んだ具体的な提案ができるとうい。

最後に、患者や家族の不安について、オープンに聞く (ask) ことを忘れないようにする。

B. 悪い情報を率直に伝えつつ、期待できる最善の話を

終末期の意思決定においては、積極的な治療の説明か、治療が何もないという両極端の説明になりがちで、その結果、今後確実に起こる終末期の変化に対して全く準備ができていなかったり、ただ絶望的になっているだけの患者・家族も少なくない。重要なことは、医学的な妥当性を持って予測している悪い情報について率直に告げながらも、患者・家族の希望に沿って期待できる最もよい経過についても合わせて説明することである (hope for the best and

prepare for the worst)。

C. 療養場所の決定の重要性

本人の望んだ場所で最期の時間を過ごした人のほうが、圧倒的にQOLが高いことがわかっている。療養場所は求められる医療技術の高さや介護力だけで決めるべきではない。本人がどこで最期の時間を過ごしたいと希望しているかを最も重視して決めるべきである。患者の最期の望みがかなうようにチーム全体が動き、環境を整えることが基本である。

D. 代理意思決定に関する問題

終末期にある患者の70.3%は意思決定のときに、すでに意思決定能力を持っていない。一般的な医療現場でも、代理意思決定を支援する場合が少なくないが、とりわけ、高齢者や認知症高齢者の多い在宅医療においては、終末期の意思決定の多くが代理意思決定となる。代理意思決定を行った家族の3割以上が精神的にネガティブな影響を受けており³⁾、肉親の命についての決定を迫られる家族の代理意思決定を支えるのも医療者の基本的な役割と考えられる。

まとめ

予後の正確な予測は不可能という前提にたち、できるだけ長い時間軸のなかで病の軌跡をとらえ、なるべく早い時期から本人を中心としたチームで納得する話し合いを重ね、繰り返し意思決定を行うことが何よりも重要である。

(平原 佐斗司)

《引用文献》

- 1) Karen MD, Andrew DH, Michael CR, et al: The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. BMJ 340: c1345, 2010.
- 2) Davies E, et al (ed): Better Palliative Care for Older People. World Health Organization Europe, 2004
- 3) Wendler D, Rid A: The effect on surrogates of making treatment decisions for others. Annals of Internal Medicine 154(5): 336-346, 2011.