

意思決定支援 (ACP) を学ぶ

第1回 「病院では遅い」

中京大学教授 稲葉一人

これから6回にわたり、意思決定支援 (ACP) について連載をします。意思決定支援・ACPと聞くと、すぐに知っているから、もう大丈夫としてしまいそうですが、医療者・介護者は、すぐに知ったつもりになります。ACP然り、BSC然り、DNAR然りです。そこで、以下は、ACPIにまつわるいくつかの話題を中心としてお話しをし、本当の意思決定支援とは何で、ACPとは何なのかを皆さんに届けたいと思います。

紹介が遅れましたが、稲葉と言います。元々は裁判官をしており、その後医療や倫理を医学研究科で学びなおした変わり者で、現在は大学の先生をしながら、病院や地域で倫理カンファレンスを年間100回くらい開き、また、国や学会のガイドラインの作成のまとめ役等を行っています。それ以外は、裁判官の時に米国に留学してMediationというトラブルを当事者間の話し合いで解決するための仲介役 (Mediator) を学び、国内外 (アジアの多くの国) でトレーニングをしています。したがって、これからの私のお話しは、常に「法律家」として、しばしば「医療・臨床倫理専門家」として、時には「Mediator」として振舞いますので、よろしくお願いします。

さて、「病院では遅い」です。こんな事例が急性期の病院で起こります (医学的適応・本人の意向、QOL、周囲の状況は、連載の中で学びます)。

60台後半の男性、年金生活、独居・親族・知人ない
2月14日：呂律回らず様子みていたが、16日 (自分で)
救急車呼び搬送。脳梗塞で救急救命センターに
2月18日：転棟、主科は脳神経内科

【医学的適応】 重度の脳梗塞であり、以後、意思決定能力が戻ることは難しく、予後は、末梢点滴で半年は難しい。消化器管出血による貧血により輸血

【本人の意向】 意識障害で意思疎通困難、入院の際は医師の説明に頷く。発話はあるが、呂律障害、左手で簡単な筆談は可能。定期的に受診、健診、予防接種

【QOL】 2月18日からリハビリ

【周囲の状況】 現在、首長からの後見人申請

主治医である神経内科医と看護師から相談を受けた事例です。タール便があり、消化管出血があり、貧血が起こり、消化器内科で、内視鏡への止血対応がリスクあり難しいという事例です。この段階で、患者の意思が大切だとしても、患者の意思を直接把握することは難しく、推定的意思 (この内容は連載の中で学びます) も不明

です。ということは、いくら患者の意思を尊重することが強調されても、病院では遅すぎるのです。したがって、自然と家族が決めるという方向に流れていくのです。

さあ、今回の学びです。

本事例は、**第3ステージ** (病状が深刻)、急性期病院や終末期医療ですが、ここでは、人生の最終段階の医療・ケア、最期の場所の選択などが課題となります。そして、本人の意思を尊重しようにも、尊重できません。しかし、その前に、**第2ステージ** (壮年期や高齢期)、慢性疾患はあっても深刻ではない場面での、選択があります (あった)。ここでは、病気と生活との折り合いが課題となり、もしものことに備えて、ご自身のチョイスを明らかにすることや、自身の死生観・人生観・倫理感を、その人の経験等と絡めながら確認します。そして、**第1ステージ** (健康であるとき) に、その人の死生観・人生観・倫理観を育み、それを具体化していく段階があります。

訪問看護は、多くは第2ステージから関わるのが可能であり、場合によっては、第1ステージから関わることもあるでしょう。

つまり、意思決定支援は、どこまで早い段階から関わるができるかがキーとなります。ただ、ここに深刻なジレンマがあります。早期の段階では、実際に必要となる状態や介入が想像しにくいので、議論が抽象化してしまいます (人工呼吸器をつけるかどうかを、そのような状態になったことがない人が決められない)、他方、遅すぎると、本人の意思決定能力が十分でなく、決められなくなります。したがって、あまりに早くなく、しかし、遅くない時期を選ぶこと、これが患者と線をつながら、訪問看護師の仕事ですね。これが、ACPのA、つまり、Advanceのいうところです。

