

神経集中治療で ACP を利用する覚悟はありますか？

則末 泰博

日本集中治療医学会 神経集中治療委員会 委員

公益社団法人地域医療振興協会 東京ベイ・浦安市川医療センター救急集中治療科 (ICU/CCU/SCU)

心停止 ROSC 後に全力で TTM などの治療を行った結果、残念ながらコミュニケーションが取れるようにはならないことがほぼ確定した患者がいたとします。皆さんはそのような患者の家族に対して、どのような選択肢を提示していますか？気管切開、経腸栄養の継続、そして施設への転院の一択でしょうか？もしそうであれば、近い将来皆さんは、患者とその家族、そしてナースなどの医療チームの他のメンバーと様々な軋轢を生むことになるかも知れません。

近年、医療従事者の間でアドバンス・ケア・プランニング (ACP) の重要性が強く認識されています。厚生労働省の「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」は ACP を行うことを推奨しており、さらに 2017 年の日本循環器学会の「急性・慢性心不全診療ガイドライン」では ACP を行うことが Class I の推奨となりました¹。つまり、β ブロッカーや ACE-I と同じレベルの強い推奨ということになります。慢性心不全患者に対して禁忌がないにもかかわらず β ブロッカーが処方されていなければ主治医が白い目で見られるのと同じくらい、ACP を行うことが当然であるということになります。現在、様々な施設で ACP を行うための取り組みがなされており、私たちが望む、望まないにかかわらず、過去に ACP を行った事がある患者が入院してくるようになります。

それでは、ACP とは一体どのようなもののでしょうか？簡単に言ってしまうと、「医療・ケアチーム等の支援を受けながら、本人が現在の健康状態や今後の生き方、さらには今後受けたい医療・ケアについて考え（将来の心づもりをして）、家族等と話し合うこと」です²。ACP はもしもの時の意思決定に役に立つ必要があり、急性期に関わる医療従事者として、患者の価値観について把握しておくべき最低限の項目があります。「もしもの時の意思決定に役に立つ」という視点から、ACP のエレメントの中でも特に重要なものが以下の 5 つになります。

- ① 患者または代理意思決定者は病状と大まかな予後について理解しているか？ 例：左半身の不全麻痺は確実に残るが、リハビリ次第でゆっくりと歩けるようになる可能性が高い
- ② 治療のゴール（どの様な状態を目指して治療を受けたいか？） 例：また妻と散歩が出来るようになりたい
- ③ いかなる時も（例えそれをしないと助からないとしても）受けたくない治療 例：たとえ抜管されて退院が出来る可能性があっても人工呼吸器だけは絶対にいやだ
- ④ 死よりもつらい状況（つまり撤退ライン） 例：意識がなくて家族とコミュニケーションが取れなくなるようであれば延命治療を中止して欲しい
- ⑤ 代理意思決定者（誰が自分の価値観をよく知っていて、自分の代わりに意思決定をしてくれるか？） 例：妻

この5つの項目を聞いておくだけで、最低限 ACP としての機能を果たします。この5つであれば急性期の余裕がないときであっても本人または家族から聞くことは出来るはずですが、ACP のこれらの項目は、患者本人に意思決定能力があるうちに聞いておくことが望ましいですが、過去に ACP をしたことがなく、来院した時点ですでにコミュニケーションが取れない患者が実際にはほとんどかも知れません。その時は患者の価値観を理解している家族と「明日の意思決定のための ACP」を行うこととなります（緊急 ACP）。

上記の ACP のエレメントの中でも、神経集中治療領域では④が特に重要です。「意識がなくても良いから一分一秒でも長く心臓が動いていることが大切」という価値観を持った患者がいたとすればその価値観は尊重されるべきです。一方、「意識が戻らずに家族とコミュニケーションを取れない状態で延命されることは許容出来ない」という患者の価値観も同じ様に尊重される必要があります。このように多様な患者の価値観を尊重するためのツールが ACP です。大脳優位半球の広範囲脳梗塞で、外減圧術によって救命された患者が、人工呼吸器依存でコミュニケーションがほとんど取れない状態になったとします。救命のための治療と同時進行に行った家族との話し合いの中で、その患者の価値観が、「寝たきりで自分の口から食事が取れない状態で生きながらえたくない」というものであることが判明したとします。その場合、患者と家族に対して何が出来るでしょうか？もしその ACP を利用するのであれば、ゴールを救命から緩和に変更し、疼痛や呼吸困難に対しては麻薬を使用し、緩和に役に立たない経腸栄養、輸液、人工呼吸器を中止するという選択肢を家族に提示することになります。「ACP を利用する」とはそういうことです。ACP は、あくまでも患者の価値観や希望を拝聴するプロセスです。その ACP を患者のために活用する（ACP に基づいて家族と共同意思決定する）かどうかは皆さん次第です。ちなみに利用されない ACP は futile ACP（不毛な ACP）と呼ばれます。ACP があるにもかかわらず、意思決定において主治医がその ACP を無視した場合、家族は「自分の父はこんな状態を望んでいなかったのに・・・」、ナースは「この患者さんの意思とは完全に反対の事がされてしまっている・・・私もそれに加担してしまっている・・・」と感じ、傷つくこととなります。これは明らかに ACP の害です。つまり、利用出来ないのであれば ACP は行わない方が良い可能性すらあります。

たとえ患者のためであったとしても、延命を中止するためには、そのプロセスが非常に重要です。決して一人の医師による独断で行われたり、秘密裏に行われたりするべきものではありません。施設全体で取り組む必要があります³。今後も ACP は広がり続けると思われませんが、皆さんのプラクティスや施設のルールはその変化に追いついていますか？皆さんは、ACP を利用する覚悟がありますか？

参考文献

1. Tsutsui H, Isobe M, Ito H, et al. JCS 2017/JHFS 2017 Guideline on Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure - Digest Version. *Circ J.* 2019;83(10):2084-2184.
2. Miyashita J, Shimizu S, Shiraishi R, et al. Culturally Adapted Consensus Definition and Action Guideline: Japan's Advance Care Planning. *J Pain Symptom Manage.* 2022;64(6):602-613.
3. 平岡栄治 則末泰博. 終末期ディスカッション. *メディカルサイエンスインターナショナル*; 2021.