

アドバンスケアプランニングがもやもやする理由と5つの提案

聖隷三方原病院 副院長 緩和支援診療科 森田達也

筆者は主に症状緩和を通して患者のしあわせに貢献する役割を行っており、意思決定については専門的に勉強しているわけではない。同僚（現 聖隷三方原病院 緩和支援診療科 部長）の森雅紀が意思決定に臨床上・学問上の関心をもっていることから、彼との議論を通して考えたことなどを述べたい。

キーワードは、もともとの ACP の意味は事前ケア計画、non-medical と medical EOLd、手段の目的化、実測の必要性、こっちの事情での ACP、ベストインタレスト課題、in-the-moment decision making、行動経済学の先延ばし、disability bias、ハイコンテキスト文化あたりである。

筆者がアドバンスケアプランニングについての会話を聞くともやもやする場面は以下のようなものである。

「ACP で外泊を達成した1例・・・」・・・それ、今の意思決定では？

「先々〇〇（医学治療）するか一般の人にも良く考えてほしいんですよね」・・・医学のことはわからないのでは？

「患者さんの価値観をよく知ることが大事です」・・・医療者には言わないのでは？

「（意識がはっきりしないので）患者さんがどんなことを考えてたかだしあってみましょう」・・・ACP ではないのでは？

「〇〇になったときのことを話そうとするんですけど、その気になってくれなくて」・・・当たり前（自分も）では？

本プレゼンテーションでは、上記のもやもやがどの辺から来るのかをある程度明確化することによって、今後どのような議論のしかたが我が国において有望そうか見通しをつける一助になればいいと思う。演者が提案する5つの点は以下の通りである。

アドバンスケアプランニングの議論における5つの提案

- 1 medical EOLd と non-medical EOLd を区別する
- 2 手段の目的化をやめて目的から考える：臨床現場で患者の何がどうなったらいいと思うのかを具体化して、実際に測定してから対応策を考える
- 3 ACP 課題と best interest 課題を区別する
- 4 将来のことは考え（られ）ない人間の本質を念頭に置く（先延ばし、stability、disability bias)
- 5 High-context culture での ACP を日本から考える

筆者に求められることの多いエビデンス的なことについてはまあまあ触れたいと思うが、どちらかといえば、「論考を示す」割合が多い。その場合は、一般書や文芸書もからも引用を行いたい。例えば、トニー・ウォルター「いま 死の意味とは」、有川浩「レインツリーの国」、LINE まんが「じいさまばあさま若返る」から紹介してみる。論考は筆者と森雅紀の議論で得たものが多いが、ちょうどこの期間、Morrison RS が What's Wrong With Advance Care Planning? (ACP の何が間違っているのか JAMA. 2021;326:1575) というコメントだして話題となっており、演者がいまのところたどり着いている結論に近いところが多いので、これをもとにした座談会 (Periyakoil VS et al. J Palliat Med 2022;25:355-360) も時間があれば要点を紹介したい（この部分の資料はほとんど森雅紀によるものであるが）。

本発表が、ACP とは何かという議論から、「患者の△△を××にするにはどうしたらいいのか」という視点からの議論にむかうことにつながれば幸せです。