

# E-FIELD

**Education For Implementing End-of-Life Discussion**

# 目的

- 生命の危機がある疾患に直面している患者・家族と今後の人生、生活、医療について話し合うことができる
  - アドバンス・ケア・プランニングを理解する
  - 患者と代理決定者の話し合いを促進する
  - 結果（書面など）ではなくプロセスを重視する

# 事例 1...

- 82歳男性、高血圧、高脂血症、心房細動、陳旧性心筋梗塞、脳梗塞後遺症で加療中
- 10年前に心筋梗塞を発症、冠動脈ステントが留置されている。8年前に脳梗塞を発症し、左片麻痺となったが、リハビリで歩行可能な状態となった。左半身の筋力低下は残存している
- 徐々に全身状態が低下し、嚥下機能も低下してきている
- 先月誤嚥性肺炎で入院。この1年で2回目の入院であった。加療され、2週間で退院

# …事例 1

- 主治医は、今後も肺炎を繰り返す可能性が高いと判断
- 全身の動脈硬化も進んでおり、再び脳梗塞、脳出血、虚血性心疾患を発症するリスクが高いと考えている
- 今日は退院後初めての外来。今後の治療療養、家庭での生活を話し合う目的であなたのところに相談に来た

- 今日は退院後の初めての外来です
- 今後の治療・療養について話し合おうと考えています
- どのようなことを話し合いますか？
- 話題をどのように切り出しますか？

# アドバンス・ケア・プランニング

## Advance Care Planning(ACP) : 定義

- 今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス
  - 患者が望めば、家族や友人とともに行われる
  - 患者が同意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアにかかわる人々の間で共有されることが望ましい
  - ACPの話し合いは以下の内容を含む
    - 患者本人の気がかりや意向
    - 患者の価値観や目標
    - 病状や予後の理解
    - 治療や療養に関する意向や選好、その提供体制

<http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf>

# アドバンス・ケア・プランニング (ACP: Advance Care Planning)

- 年齢と病期にかかわらず、成人患者と、価値、人生の目標、将来の医療に関する望みを理解し共有し合うプロセスのこと
- ACPの目標は、重篤な疾患ならびに慢性疾患において、患者の価値や目標、選好を実際に受ける医療に反映させること
- 多くの患者にとって、このプロセスには自分が意思決定できなくなったときに備えて、信用できる人もしくは人々を選定しておくことを含む

Sudore RL et al. J Pain Symptom Manage. 2017

# よりよいエンド・オブ・ライフ ケアのために

- 終末期においては約70%の患者で意思決定が不可能

*Silveira MJ, NEJM 2011*

→事前に患者の意向を聞いておけばよいのではないか？



# The SUPPORT study

- 米国で行われた、9000名の患者を対象とし、アドバンスディレクティブを介入としたクラスターランダム化試験
- 介入：熟練した看護師が病状理解を確かめ、ADを取得。その情報を医師に伝えた
- ICUの利用、DNR取得から死亡までの日数、疼痛、ADの遵守、医療コスト、患者・家族満足度に差異は見られなかった

*JAMA. 1995 Nov 22-29;274(20):1591-8.*

# ADが有効でなかった理由 として推定されているもの

- 患者の要因
  - 将来の状況を予想すること自体が困難
- その他の要因
  - 代理決定者がADの作成に関与していない
  - 代理決定者が、患者がなぜその選択をしたか、その理由や背景、価値がわからない
  - 医療従事者や家族が考える患者にとっての最善と患者の意向が一致しない
  - 実際の状況が複雑なために、ADの内容を医療・ケアの選択に活かせない

# 書類があっても役立たない？

## ADからACPへ

- 患者－代理決定者－医療者が、患者の意向や大切なことをあらかじめ話し合うプロセスが重要
- プロセスを共有することで、患者がどう考えているかについて深く理解することができる→複雑な状況に対応可能になる
- 価値感を理解し共有する

# 歴史的変遷

- いずれも、意思表示が難しい状態になっても患者の意向を尊重した医療を行うことを目的としている

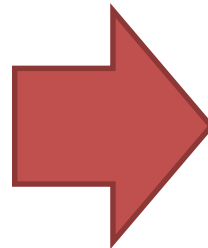
アドバンス・  
ディレクティブ



代理決定者の決定



リビングウィル



アドバンス・  
ケア・  
プランニング

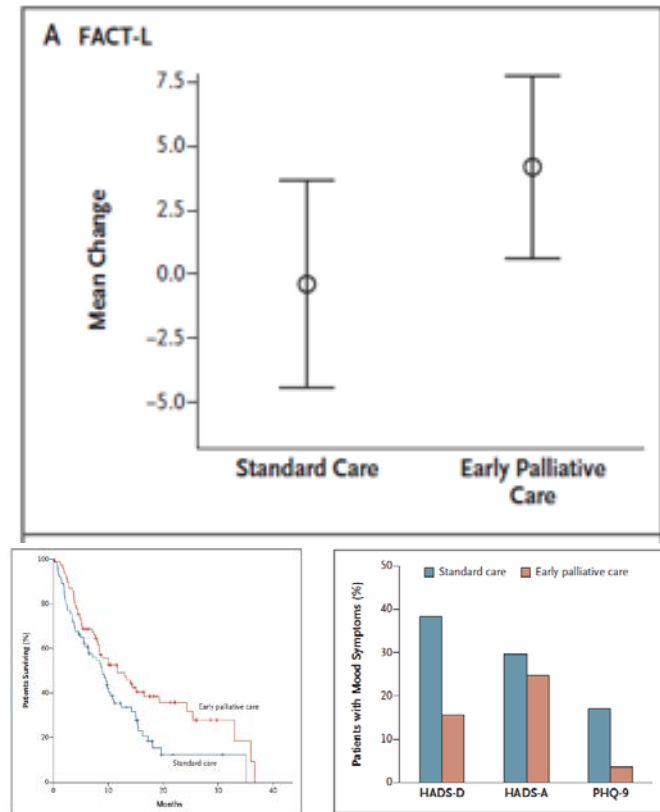
# なぜACPが重要なのか？

# 早期からの緩和ケア

## NSCLC stage IV

- QOLが良好に保たれる
- 予後が2.7か月延長
- 予後・経過をより正確に理解
- 終末期に病状を理解している場合、より化学療法を受けていない (9%vs50%)
- 研究の限界
  - 単施設、肺癌のみ
  - 予後はPrimaryではない
  - 白人
  - 盲検化されていない など

*Temel J NEJM 2010*



# どのような介入が求められるか

*Good Working lists for PC. Smith TJ, et al. JCO2012*

- 診断について話し合う
- 予後と治癒が可能かについて率直に話し合う
- 治療のゴールを話し合う
- 標準化された症状評価ツールに基づいて症状マネジメントする（ESASやMSAS）
- つらさの寒暖計などつらさを評価する
- 精神的評価とサポート
- 早期からのホスピスプログラムの関与（亡くなる3-6か月前にあらかじめ受診しておく）

# どのような介入が求められるか

*Good Working lists for PC. Smith TJ, et al. JCO2012*

- 診断について話し合う
- 予後と治癒が可能かについて率直に話し合う
- 治療のゴールを話し合う
- 標準化された症状評価ツールに基づいて症状マネジメントする（ESASやMSAS）
- つらさの寒暖計などつらさを評価する
- 精神的評価とサポート
- 早期からのホスピスプログラムの関与（亡くなる3-6か月前にあらかじめ受診しておく）



# ACPは質の高いEOLケアに必須

- 英国のGold Standard Framework
  - Advance Care Planning *first* for quality end-of-life care
- カナダやオーストラリアでも保健医療政策の中で重要なものと位置づけられる

# ACPはなぜ難しいのか？

# アドバンス・ディレクティブ 問題点

- 患者が将来を予想すること自体が困難
  - 不確実性、低いヘルスリテラシー、重篤な病状
- 現在の判断が未来も本当に正しいか？
  - 差し迫っていない時は介入を拒否するがいざとなると受け入れる
    - 例) 頭頸部がん患者の気管切開
- 適応することのむずかしさ
  - 選択肢に具体性がない（例：尊厳を保つ）
  - 手術、化学療法、転院などへの対応

# 患者の要因：不安と否認

- 進行がん患者の25-50%が不安症状を体験し、2-14%が不安障害と診断される
  - 医療従事者はACPの話し合いを避ける傾向にある
  - *Miovic M, Cancer 2007.*
- 治癒が不可能な化学療法中のがん患者の70-80%は治癒が不可能であることを理解していない
  - Weeks JC, NEJM 2012*

# ACPのメリットとデメリットは？

# ACPの効用

- ACPを行うと

- 患者の自己コントロール感が高まる

*Morrison, J Am Geriatr Soc. 2005*

- 代理決定者-医師のコミュニケーションが改善

*Teno J. JAGS 2007*

- より患者の意向が尊重されたケアが実践され、患者と家族の満足度が向上し、遺族の不安や抑うつが減少する

*Detering K, BMJ 2010*

- 介入研究の結果、希望の喪失や抑うつなどの害はなかった

# ACPの問題点

- 患者・家族に害となる可能性
  - 患者・家族にとってもつらい体験になる可能性→全ての患者に適用は難しい
  - 英国の研究では35%が介入を承諾
- 時間と手間がかかる

*Jones L, Palliat Support Care 2011*

誰に対して、いつ、誰が行うの  
か？



# 早すぎても遅すぎても適切でない Goldilocks phenomenon

- 早すぎると不明確、不正確なものとなってしまう
- 遅すぎると、行われない
  - 患者の不安と否認
  - 医師の配慮、はなしにくさ
  - 直前に事務的に、もしくは家族のみに
- タイミングを逃さない実施が必要

# 早すぎるACP

- 意向は曖昧で、その度に関わり、遠い未来に対する仮の選択になる
- 不確実な判断、何をもちたらずかわかっていない  
*Sudore RL, J Health Commun 2010*
- どのような選択をしたか覚えていない
- 1 - 2 年経つと違う選択をする  
*Wittink MN, Arch Int Med 2008*
- Nursing homeの居住者のうち4割が5年間のうちに心肺蘇生に関する意向を変える *Mukamel DB, Med Care 2013*
- ADを書いてから死亡に至る時間が長い
- Nursing homeでも平均61ヶ月 *Bischoff KE, JAGS 2013*

# 遅すぎるACP

- 生命の危機に直面している患者には
  - 行われない Heyland DK, *JAMA Intern Med* 2013
  - 患者は話し合うことを避ける傾向（否認）  
Evangelista LS, *J Palliat Med* 2012
  - 救急や死の前日などに短時間で行われる  
Camhi SL, *Clit Care Med* 2009
  - 話し合いがされても、行われる医療行為をするかしないかに限られ、その背景にある価値観や目標が探索されない
  - 平均1分という調査もある  
Anderson WG, *J Gen Int Med.* 2011

# どのような患者にACPを実施する？

この患者さんが1年以内に  
亡くなったら驚きますか？



もし**驚かない**のなら  
緩和ケアを開始したほうがよい

緩和ケアを開始する = ACPを行うと考えてもよい

*Small N. Palliat Med 2010;24:740-741  
Hamano J. Oncologist 2015.*

# ツールを用いる 例) SPICTを利用する



## Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT™)



**The SPICT™ is a guide to identifying people at risk of deteriorating health and dying. Assess these people for unmet supportive and palliative care needs.**

**Look for two or more general indicators of deteriorating health.**

- Performance status is poor or deteriorating (the person is in bed or a chair for 50% or more of the day); reversibility is limited.
- Dependent on others for most care needs due to physical and/or mental health problems.
- Two or more unplanned hospital admissions in the past 6 months.
- Significant weight loss (5-10%) over the past 3-6 months, and/ or a low body mass index.
- Persistent, troublesome symptoms despite optimal treatment of underlying condition(s).
- Patient asks for supportive and palliative care, or treatment withdrawal.

# SPICT

- PSが低下、もしくは悪化傾向（50%以上をベッドもしくは椅子で過ごす）にあり回復が望めない
- 身体的・精神的問題で、ほぼ全ての日常生活に他者からの支援が必要
- この6ヶ月以内に2回以上、予定外入院の病歴がある
- 3-6ヶ月以内に5-10%の体重減少があるか、BMIが低い
- 基礎疾患に対する治療が行われているにもかかわらず、持続的に問題となる（つらい）症状がある
- 患者から支持療法、緩和ケア、もしくは治療中止の希望がある
  - この他、疾患別にクライテリアが用意されている

## Supportive and Palliative Care Indicator Tool (SPICT-JP)

SPICTは健康状態が悪化するリスク、あるいは亡くなるリスクのある方を同定し、その方々の支持療法・緩和ケアにおける満たされていないニーズを評価するガイドです。

### 健康状態の悪化を示す全般的な指標のうち2つ以上が当てはまるか確認する

パフォーマンス・ステータス（PS）が低いか低下しつつあり、改善の見込みが限られている（目安としてPS3以上、つまり日中の50%以上の時間を臥位または座位で過ごしている）	
身体的・精神的問題により、日常生活動作のほとんどを他人のケアに頼っている	
過去6か月間に2回以上の予定外入院があった	
過去3-6ヶ月間に顕著な体重減少（5-10%）があり、かつ／またはBMIが低い	
原疾患の適切な治療にも関わらず、苦痛となる症状が続いている	
患者が、支持・緩和ケアを求めている、または原疾患の治療中止を求めている	

### 進行した状態を示す臨床指標が1つ以上あるか確認する

#### がん疾患

進行性の転移性がんによる生活・身体機能の低下がある	
体力低下のため抗がん治療（化学療法および放射線治療）ができない、または症状緩和のための抗がん治療を受けている	

#### 認知症／フレイル（虚弱）

介助なしには着替え、歩行や食事ができない	
経口摂取量の低下、嚥下困難がある	
尿失禁や便失禁がある	
発語によるコミュニケーションができない、社会的交流がほとんどない	
大腿骨折や複数回の転倒を経験している	
反復する発熱のエピソードや感染症（誤嚥性肺炎など）がある	

#### 神経疾患

適切な治療にも関わらず進行する身体機能や認知機能の悪化がある	
発語の問題に伴いコミュニケーションが困難になってきている、あるいは、進行性の嚥下困難がある	
反復する誤嚥性肺炎、息切れ、呼吸困難感または呼吸不全がある	

#### 心疾患・血管疾患

NYHA Class III/IVの心不全、または広範囲にわたる治療不可能の冠動脈疾患があり、安静時もしくは軽度の労作で呼吸困難や胸痛が生じる	
重症で手術不能な末梢血管疾患がある	

#### 呼吸器疾患

重症慢性肺疾患があり、かつ、急性増悪でなくとも安静時またはわずかな労作で呼吸困難感を生じる	
在宅酸素療法を含む長期の酸素療法を必要とする	
呼吸不全のために人工呼吸器管理が必要だったことがある、または現在も必要としている	
人工呼吸器管理が予後およびQOLを改善しないため適応にならない	

#### 腎疾患

慢性腎臓病（CKD）の Stage 4または5（推算糸球体濾過量（eGFR）<30ml/min）で健康状態の悪化を伴う	
腎不全によって、他の予後規定疾患や治療が複雑になっている	
透析を中止した、または中止が検討されている	

#### 肝疾患

進行性肝硬変があり、以下の一つ以上を1年以内に併発している	
<ul style="list-style-type: none"> <li>利尿薬に反応しない腹水</li> <li>肝性脳症</li> <li>肝腎症候群</li> <li>細菌性腹膜炎</li> <li>反復する静脈瘤出血</li> </ul>	
肝移植が予後およびQOLを改善しないため適応にならない	

### 支持療法・緩和ケアとケアの計画を見直す

患者が適切な治療を受けられるように現在の治療と投薬内容を見直す
症状またはニーズが複雑でマネジメントが困難な場合には専門家への紹介を検討する
現在および将来のケアのゴールやケアの計画について、患者や家族と合意する
患者が意思決定能力を喪失するリスクがある場合には、前もって計画するようにする
プランを記録し、共有し、ケアをコーディネートする

# 早すぎるACPは望んでいない

- 病状の悪化や大きな身体機能の低下があった時
- 治療の変更時
- 早すぎると利益より害が多い
- 複数に分けて、適切な時期に適切な話題を

*Johnson S. Psycho-Oncology 2015*



# 患者は医師とのACPをのぞむ

- 自分を最もよく知っている医師
  - 例として
    - オンコロジスト
    - 担当医
    - 家庭医

*Dow LA. J Clin Oncol. 2010.*

# ACPの意義 必ずしも絶対的なものではない

# 患者は自分の意向が尊重されることを必ずしも重要視しない

- 意向は病状によって変化しうるので、自分の意向は必ずしも尊重されなくてもよい
- 家族や医師が、事前意思に従うか否かを決めてもいい
- 信頼する医師ならば委任してもよいと考える
- むしろACPを自分の心理的、社会的、情緒的なことを伝えておく機会として考えている
- 一方で医療従事者は今後の患者の治療方針を示した絶対的なものとして扱う

*Johnson S. Psycho-Oncology 2015*

# まとめ

- 患者の意向を尊重し、質の高いケアを実践するために、ACPは重要な手段である
- ACPの実践にあたっては以下が重要
  - プロセスを重視する
  - 侵襲的でないコミュニケーションを心がける
  - 代理決定者とともに行う
  - 導入するタイミングに留意