

# 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
  - 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>

# よりよいエンド・オブ・ライフ ケアのために

- 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*

- 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*

→事前に意思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.*

# アウトカムが改善しなかった理由として推定されているもの

- 患者の要因
  - 状況を予想することが難しい
- その他の要因
  - 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
  - 代理決定者がADの作成に関与していない
  - 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

# 書類があっても役立たない？

## ADからACPへ

- 自分のために、そして家族の負担にならないために、意向を残す、という介入
- 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

# 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

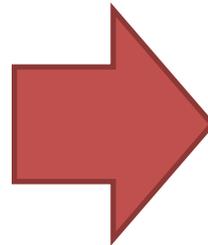
## アドバンス・ ディレクティブ



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

# アドバンス・ケア・プランニング (ACP)

アドバンス・ケア・プランニング

アドバンス・ディレクティブ

生命維持治療  
のさし控え  
(DNARなど)

*Advance Care Planning: A Guide for Health and Social Care Staff. National End of Life Care Programme, Web site. Available at: [http://www.endoflifecareforadults.nhs.uk/assets/downloads/pubs\\_Advance\\_Care\\_Planning\\_guide.pdf](http://www.endoflifecareforadults.nhs.uk/assets/downloads/pubs_Advance_Care_Planning_guide.pdf) . Accessed August 9, 2010*

# なぜACPが重要なのか？

# アドバンス・ケア・プランニング はなぜ必要か？

- 患者の意向を最大限に尊重
    - 一般国民の約7割は事前指示書の考え方に賛成
- 厚生労働省人生の最終段階における医療に関する意識調査 2014
- 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
- 終末期においては約70%の患者で意思決定が不可能

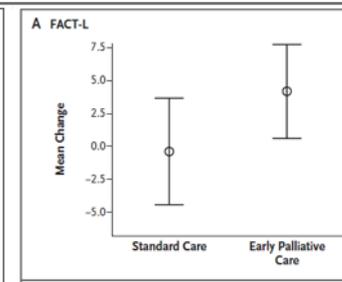
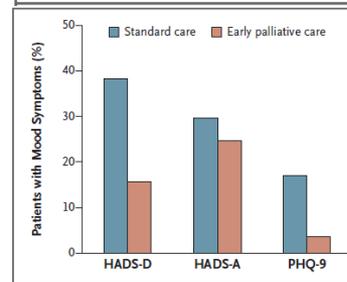
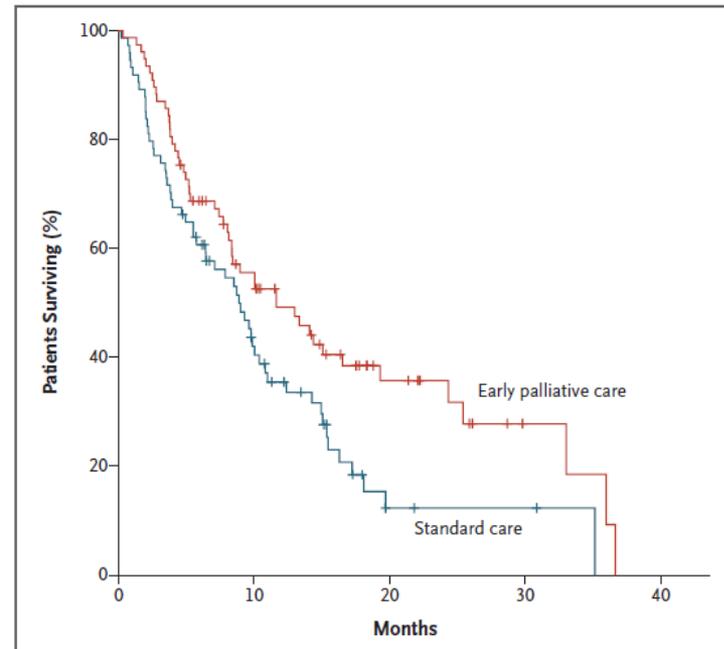
Silveira MJ, NEJM 2011

# 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

# ACPはなぜ難しいのか？

# アドバンス・ディレクティブ 問題点

- 病状の悪化を予想して回答する事の困難さ
  - 低いヘルスリテラシー、教育水準、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*

# 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

- 無危害の原則が守れない可能性
  - 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*

# わが国においてそのまま使用可能？

- Dignity therapyの介入研究において、日本での実施可能率は14%（カナダでは50%）

*Chochinov HM, Lancet Oncol 2011, Akechi T, Palliat Med 2012.*

- 「死を意識しないで過ごすこと」が大切

*Miyashita M, Ann Oncol 2007*

- 「否認」の頻度が高いこと

*Nilchaikovit T, Gen Hosp Psychiatry 1993*

- 死の準備をすることを重要視しない

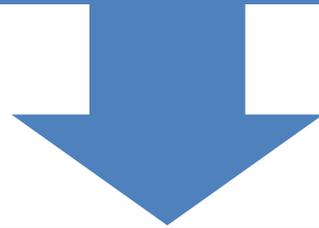
– 「愛する人にさよならを直接言うこと、よりは婉曲的なコミュニケーションを好む」

*Miyashita M, Ann Oncol 2007*

誰に対して、いつ、誰が行うの  
か？

# 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

# 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

# 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
  - 導入するタイミングに留意