

E-FIELD

Education For Implementing End-of-Life Discussion

アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）

学習目標

- アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の定義を述べることができる
- 意思決定における本人の意思を推定する者の役割を正しく理解する
- 本人と本人の意思を推定する者の話し合いを促進することの重要性を説明できる
- 結果（書面など）ではなく、プロセスを重視することがなぜ重要かを説明できる

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来た

- 今日は退院後の初めての外来です
- 今後の医療・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 の国際的な定義

Ritjens *Lancet Oncol.* 2017.

- 患者・家族・医療従事者の話し合いを通じて、患者の価値観を明らかにし、これからの治療・ケアの目標や選好を明確にするプロセスのこと
 - 身体的なことにとどまらず、心理的、社会的、スピリチュアルな側面も含む
 - 治療やケアの選好は定期的に見直されるべきである
 - 医療代理人の選定や医療・ケアの選好を文書化してもよい

※ガイドライン上は、「医療代理人」に関する記載はない

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。

心身の状態に応じて意思は変化しうるため
繰り返し話し合うこと



主なポイント

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人や家族等※と十分に話し合う

話し合った内容を都度文書にまとめ共有

本人の意思が確認できる

STEP1

・家族等※が本人の意思を推定できる

本人の意思が確認できない

・家族等※が本人の意思を推定できない
・家族がいない

本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた、**本人の意思決定が基本**

STEP2

本人の推定意思を尊重し、本人にとって最善の方針をとる

STEP3

本人にとって最善の方針を医療・ケアチームで慎重に判断

STEP4

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定

- ・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難
 - ・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合
- 複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、方針の検討や助言

STEP5



※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。
※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。

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

→事前に本人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、事前指示書（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、事前指示書を取得。その情報を医師に伝えた
- ICU（集中治療室）の利用、DNR（蘇生治療を控える方針の決定）から死亡までの日数、疼痛、事前指示書の遵守、医療費、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.

事前指示書が有効でなかった理由 として推定されているもの

The SUPPORT study

- 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※が事前指示書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、事前指示書の内容を医療・ケアの選択に活かさない

※ガイドライン上は、「代理決定者」という概念はない。

書類があっても役立たない？ 事前指示書からACPへ

The SUPPORT study

- 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

※ガイドライン上は、「代理決定者」という概念はない。

歴史的変遷

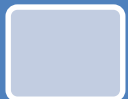
- いずれも、意思表示が難しい状態になっても患者の意向を尊重した医療を行うことを目的としている

事前指示書

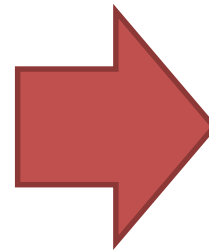
(アドバンス・ディレクティブ)



代理決定者の決定



リビングウィル (生前遺言)



アドバンス・
ケア・
プランニング

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

※ガイドラインでは、「本人の意思を推定する者」とのコミュニケーションの改善が期待される

- 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

ACP の問題点

- 心の準備ができていないと利益よりも害が多い
 - 希望を失ってしまうことがある
- 本人の希望を奪いたくない医師の考え
 - 話し合いを始めることが難しい
- 時間と手間がかかる

Johnson S. Psycho-Oncology 2015

誰に対して、いつ、誰が行うのか？

ACP（人生会議）を始める時に注意 が必要なこと

- 国民全体と人生の最終段階を自分のこととして考える時期の方を大きく2つに分けてアプローチする（地域住民への啓発と医療現場での実践を分ける）
 - － 健康な人が心肺蘇生や詳しい生命維持治療などの選択をすることは現実的でない
 - どのようなものか想像すること自体が困難
 - 選好が変わる

実際の進め方

国民全体

(地域住民への普及啓発)

- 本人の意思を推定する者を本人自身が選ぶ
- 価値を話しあう

人生の最終段階を自分のこととして考える時期にある人 (医療・ケアの現場での実践)

- 準備状態を確かめた上で
- 医療・ケアの目標や具体的な内容について話し合う

実際の進め方

国民全体 (地域住民への普及啓発)

- ・ 本人の意思を推定する者を本人自身が選ぶ
- ・ 価値を話しあう

人生の最終段階を自分のこととして考える時期にある人 (医療・ケアの現場での実践)

- ・ 準備状態を確かめた上で
- ・ 医療・ケアの目標や具体的な内容について話し合う

国民全体へのアプローチ (地域での普及啓発)

本人の意思を推定する者を決める

- あなたが信頼していて、あなたが意思を伝えられなくなった時に医療・ケアチームに伝えたいことや治療などの希望を伝えてもらえるのはどなたになりますか？

－例えば、

- 配偶者の方
- 子ども
- 兄弟
- 知人、友人
- 一人ではなく複数でも構いません

「本人の意思を推定する者」になって欲しい方に意向を伝える

- あなたが意思を推定する者になってほしいと思っていることを、その方ご本人に直接伝えていきますか？
- もしまだ伝えていないならば理由を含め伝えてみましょう



大切なことはどんなことか

- もし生きることができている時間が限られているとしたらあなたにとって大切な事はどんなことですか？
 - － 家族や友人
 - － 仕事や社会的な役割
 - － 身の周りのことが自分でできること
 - － できる限りの治療が受けられること
 - － 家族の負担にならないこと
 - － 趣味
 - － ひとりの時間が持てること
 - － 経済的なこと
 - － その他

欠かせない機能

- あなたにとってとても大切で、「これ
ができないまま生きていくのは考えら
れない」、と思うのはどんなこと
ですか？
 - ご自由にお書き下さい
 - 例を挙げると以下のようなものがあります
 - 周りに自分の気持ちや考えを伝えられない
 - 身の回りのことが自分でできない
 - 食べたり飲んだりすることができない

実際の進め方

国民全体 (地域住民への普及啓発)

- ・ 本人の意思を推定する者を本人自身が選ぶ
- ・ 価値を話しあう



人生の最終段階を自分のこととして考える時期にある人 (医療・ケアの現場での実践)

- ・ 準備状態を確かめた上で
- ・ 医療・ケアの目標や具体的な内容について話し合う

人生の最終段階を自分のこととして 考える時期にある人へのアプローチ

(主に医療・ケアの現場でのアプローチ)

ACP（人生会議）の対象は？

人生の最終段階を自分のこととして考える時期を判断する

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（人生会議）を行うと考えてもよい

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

早くから、みんなにACP（人生会議）？

準備状態に応じて行うことが重要

- 病状の進行や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ことがある
- 複数に分け、適切な時期に適切な話題を
- まず準備状態を確かめる
 - 準備ができていれば、病状理解の確認と今後の経過の話し合いからはじめる
 - いきなり心肺蘇生や看取りについて話すのは控えたほうがよい

Johnson S. Psycho-Oncology 2016

誰がACP（人生会議）の話し合いをするのか

- 自分を最もよく知っている医師が話し合いを始めることが望ましい

Dow LA. J Clin Oncol. 2010.

– 病状や今後の経過の話が必須であり、それが良いきっかけとなるため

- その後の詳細な話し合いは職種を選ばない

ACP（人生会議）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

Johnson S. Psycho-Oncology 2015

- 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

まとめ

- 本人の意向を尊重した質の高いケアを実践するために、ACP（人生会議）は重要な手段である
- ACP（人生会議）の実践にあたっては以下が重要
 - プロセスを重視すること。話し合いの結果は文書にして残すことが望ましいが、文書化しなくてはならないものではない
 - 「国民全体」と「人生の最終段階を自分のこととして考えられる時期にある人」でその内容や方法を変えて実施する必要がある
 - 全ての人に実施しようと思わないこと
 - 本人の意思を推定する者とともに行うこと