

アドバンス・ケア・プランニング いのちの終わりについて話し合いを始める

神戸大学大学院医学研究科

先端緩和医療学分野

木澤 義之

アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とは

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

→事前に病状の認識を確かめて、あらかじめ
意思を聞いておけばよいのではないか？

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りときに備えて、信用できる人もしくは人々を選定しておくことを含む

定義続き1

- ACPは患者、信頼できる人々、医療従事者とともに行われることが望ましい
- 話し合いは、患者が自分の病状や予後、これからの治療についてどれくらい知っておきたいか、のレディネスに応じて行われる
- ACPは健康状態や患者の生活状況が変わるごとに繰り返し行われるべきである
- はじめに、ACPは患者が最も大切にしていることに基づいて意思決定ができるように、医学的ケアの全体としての目標が何か、に焦点を当てる必要がある
- また、患者が自ら意思決定ができなくなったときに備えて、患者に成り代わって意思決定を行う信用できる人（人々）を選定することにも焦点が当てられる

定義続き 2

- 患者の健康状態が変化するに従って、ACPは特定の治療やケアについてどうしていくかに焦点が移っていく
- 治療の決定は医療従事者ととともに、法令に従い、患者の変化していく健康状態や予後について共通理解を得ながら行われるべきである
- 話し合いの内容は、信用できる人（人々）ならびに医療従事者ととともに話し合った後で記録に残し共有されるべきである
- 記録された内容は、必要となった時にすぐに参照できるように保存され、必要に応じて更新されるべきである

ACPの分類

- 健康成人に対するACP
- 病気を持った患者に対するACP

健康成人に対するACP

- 意向は曖昧で、その度が変わり、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

- どん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

早すぎても遅すぎても難しい

- 生命の危機に直面している患者には
 - 行われぬ 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

ACPの介入の世界的な流れ

- 健康人に対するACP
 - 健康関連アウトカムを変えない
 - ライフイベントに併せて行う
 - ACPやADを知ってもらうことが大きな目的
- 病気を持った人に対するACP
 - 予後1年を一つの目安として実施
 - 健康関連のアウトカムを変えることが目的
 - 意向に沿ったEOLケアの実践とQOD

市民へのACPの普及に関連する要因

市民啓発を行う意義

- UKでの調査：ACPについて話し合う機会の提供、男性、高齢、よい健康状態

Musa I, Seymour J. *Age Ageing*. 2015

- 家庭医を持っていること（OR 2.0）、ACPに関する知識があること（OR 2.0）

Morrison RS. *Arch Intern Med*. 2004

- ACPという言葉を知っていること、そしてその内容を知っていること

Tripken JL. *Am J Hosp Palliat Care*. 2016

病気を持った人に対するACP

- 以下の状態にある患者に対する研究結果が蓄積されている
 - 予後が限られた患者
 - 慢性疾患を持つ患者
 - 人生の最終段階にある患者

アドバンス・ケア・プランニング (ACP) に関する歴史的な経緯

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

→事前に病状の認識を確かめて、あらかじめ
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（クラスタランダム化）比較試験
- 介入：熟練した看護師が病状理解を確かめ、ADを聴取。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

ADが有効でなかった理由

- 患者が将来を予想すること自体が困難
 - 低いヘルスリテラシー、教育水準、重篤な病状
- その時点の選択が今も同じかわからない
- 代理決定者がその内容を知らない
- 代理決定者が、患者がなぜそのような判断をしたかがわからない
 - できるだけのことをしてほしい、と答える
- 実際の状況が複雑なために、ADの内容を医療・ケアの選択に活かさない

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

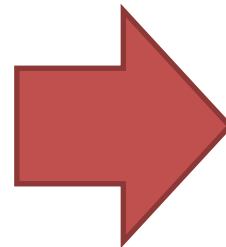
歴史的変遷

- 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



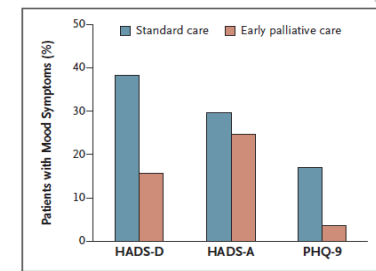
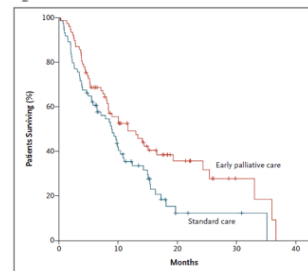
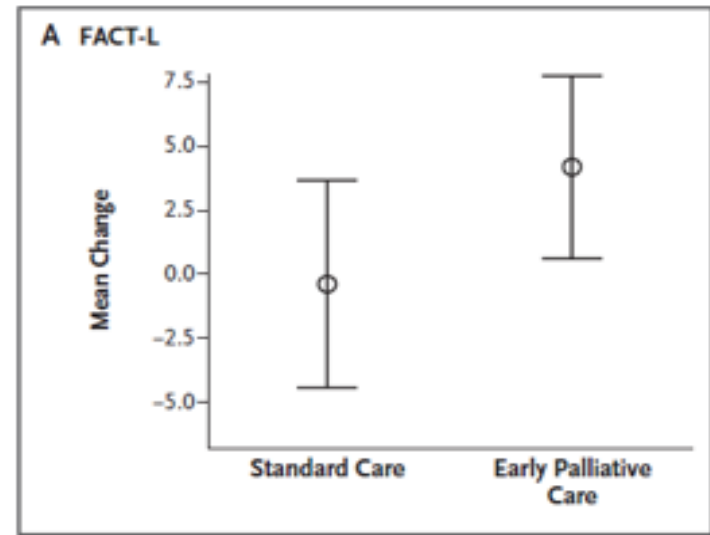
アドバンス・
ケア・
プランニング

アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の重要性

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

緩和ケア外来で行われたこと

- 関係性の構築（その人自身の理解）
- 症状マネジメント(非薬物療法を含む)
- コーピングへの対処
- 病状の理解を深める
- がん治療に関する意思決定、生活支援
- 終末期医療に関する計画
- 家族へのケア(コーピングなど)

Yoong J. JAMA Intern Med. 2013;173(4):283-90.

どのような介入が求められるか

- 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

アドバンス・ケア・プランニング (ACP) の 効用と問題点

ACPの普及はなぜ難しいのか？

ACPの問題点

- 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、教育水準、重篤な病状
- 話し合いのときは侵襲や有害事象を受け入れられないが、いざとなると受け入れる
 - 例) 頭頸部がん患者の気管切開
- 実際の臨床に適用することのむずかしさ
 - 選択肢に具体性がない
 - 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

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

- 死亡場所との関連（病院死の減少）

Degenholtz, Ann Intern Med. 2004

- 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

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
- 介入研究の結果心配していたような害はなかった
 - 希望の喪失や抑うつ
- 時間と手間がかかる

Jones L, Palliat Support Care 2011

ACPは見直しが必要

特に健康人では約半数が意向は変わる

Source

Older adults

Barrio-Cantalejo et al,¹² 2013

Carmel and Mutran,²⁴ 1999

Danis et al,³² 1994

Weighted average

Outpatients

Janssen et al,¹³ 2012

McKim et al,¹⁴ 2012

Pruchno et al,¹⁶ 2008

Golin et al,²⁰ 2000

Dales et al,²³ 1999

Weissman et al,²² 1999

Weighted average

Inpatients

Eggar et al,¹⁹ 2002

Krumholz et al,²⁵ 1998

Watson et al,²⁶ 1997

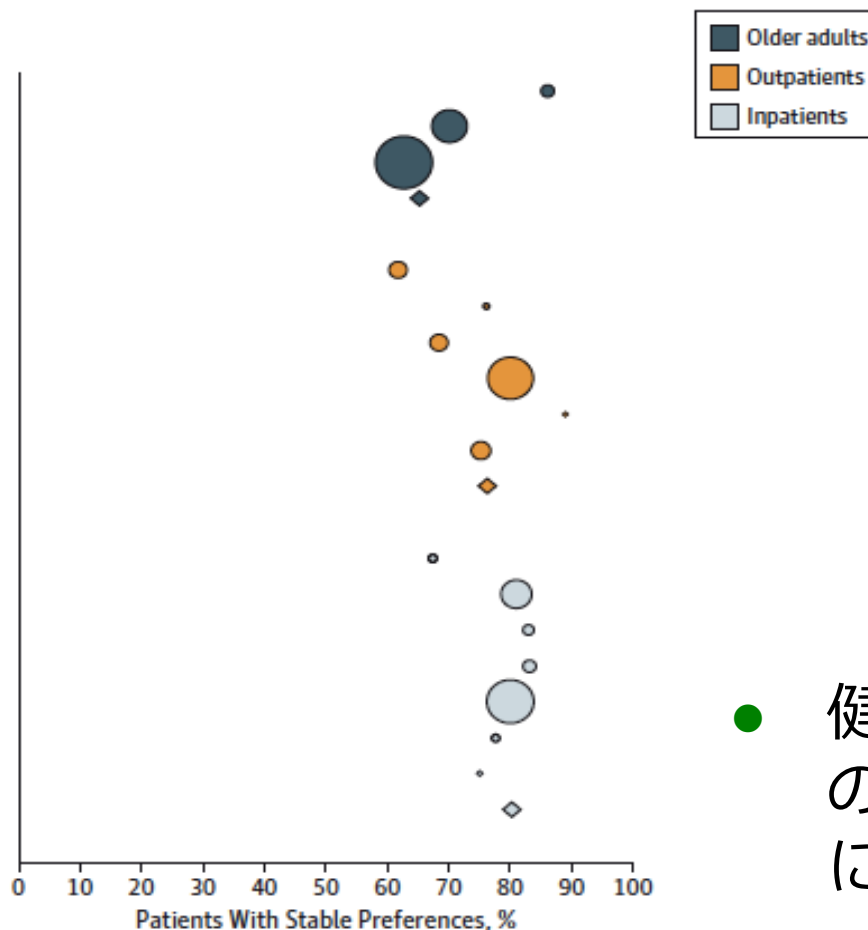
Bruce-Jones et al,²⁸ 1996

Rosenfeld et al,²⁹ 1996

Ganzini et al,³¹ 1994

Everhart and Pearlman,³³ 1990

Weighted average



- 健康人、外来、入院の順でACPは不確実になる

アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の実際

いつ、誰に、誰が行うのか？

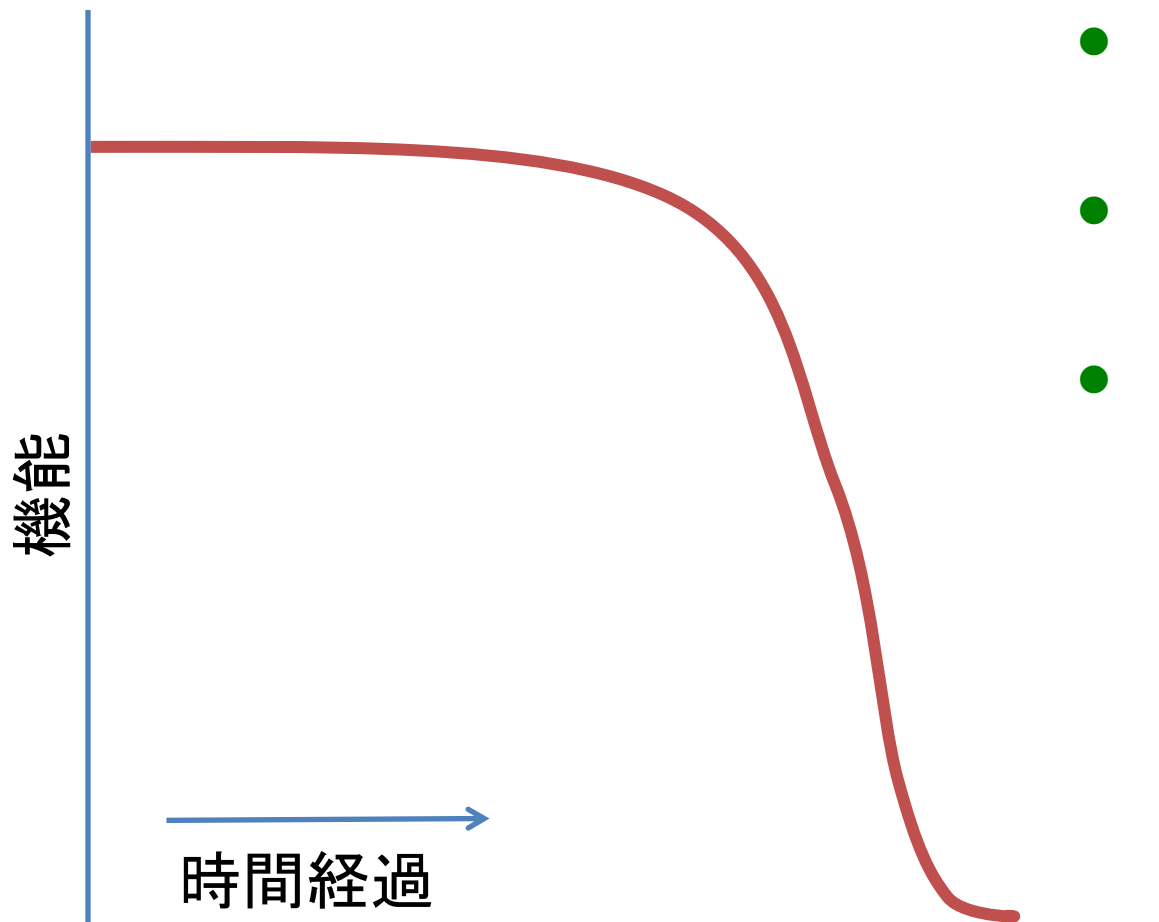
早すぎても遅すぎても適切でない Goldilocks phenomenon

- 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、行われぬ
 - 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

がんの疾患軌跡

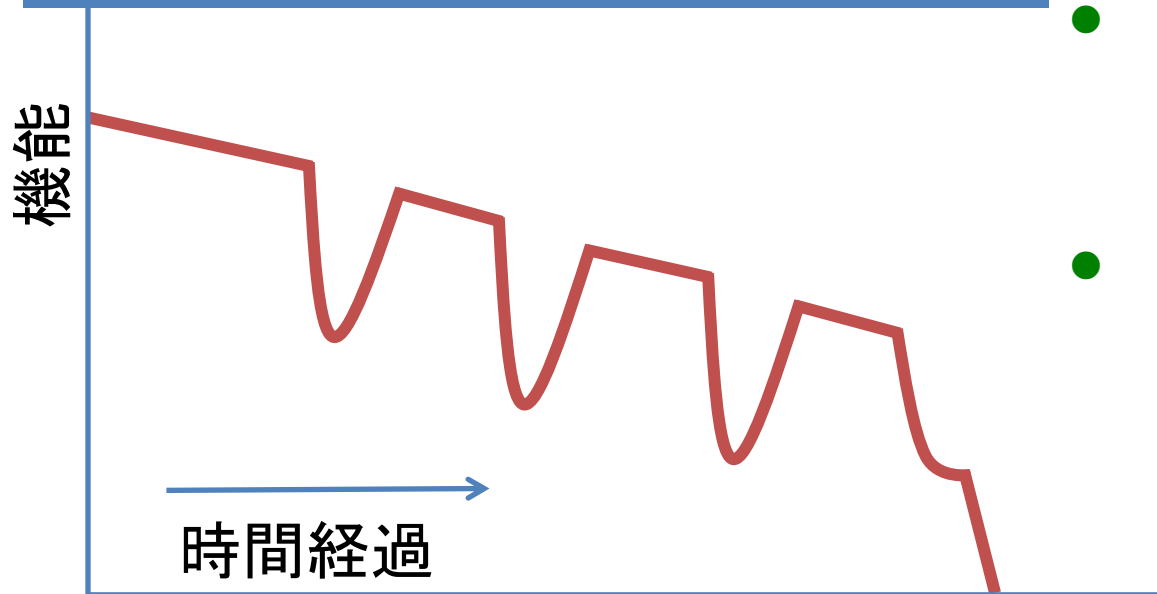


- 全身の機能は比較的良好に保たれた期間が続く
- **死亡前1~2ヶ月で、急速に状態が悪化する**
- **予後の予測が比較的容易**

心不全（臓器不全）の疾患軌跡

終末期の判断が
難しい！

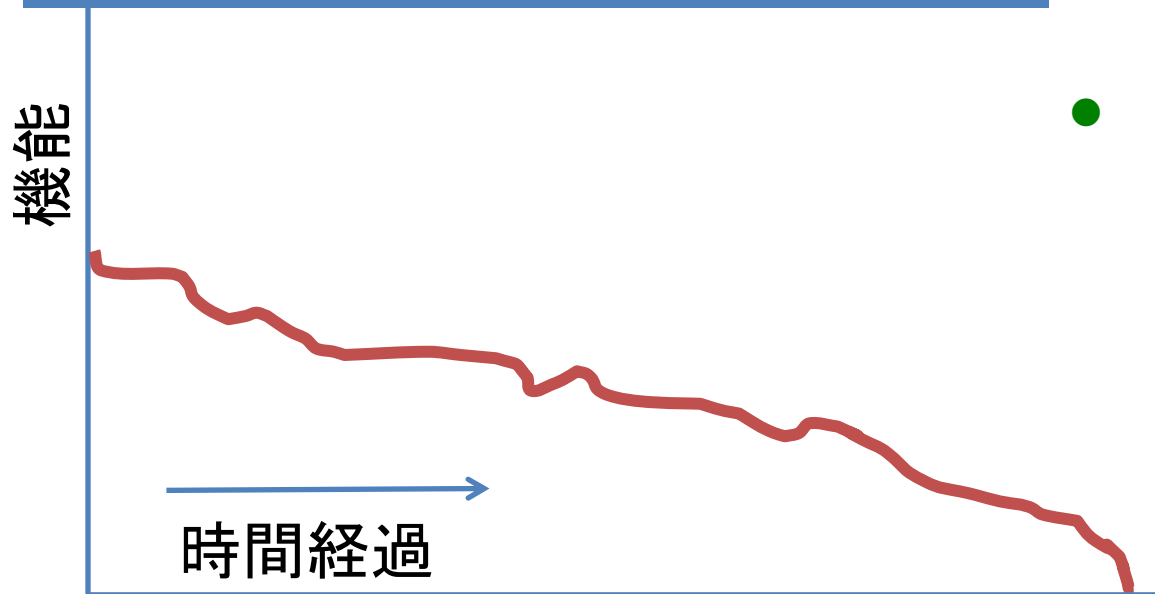
- 肺炎をはじめとした感染症の発症などによる**急激な悪化と改善を繰り返しながら**穏やかに状態が悪化する
- 急激な変化が起こったときに、それが**改善可能な変化であるのかどうかの判断が難しい**
- 死亡直前は比較的急速に変化する



認知症や加齢による衰弱の疾患軌跡

終末期の判断が
難しい！

- 全身の機能が低下した時間が長く続く
- 全体的にゆるやかな低下が続き、死亡まで機能が低下していく
- **そもそもいつからが終末期なのかが不明確**



どのようにして対象者を見つけるか

- サプライズ・クエスチョン
- SPICT

どのような患者に緩和ケアを実施する？

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

- スクリーニングツールとして

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 (SPIC-T-JP)

SPIC-T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	

進化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、急性増悪でないときに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"> ・ 利尿薬に反応しない腹水 ・ 肝性脳症 ・ 肝腎症候群 ・ 細菌性腹膜炎 ・ 反復する静脈瘤出血 	
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

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

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	

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

専門緩和ケアの紹介基準

ACPのタイミングと考えても良い

- 患者のニーズからみた基準
 - 重度の身体症状（痛み、呼吸困難など。10段階で7-10）
 - 重度の精神症状（抑うつ、不安など。10段階で7-10）
 - 早く死なせてほしいと患者が求めた時
 - スピリチュアル・実存的な危機にある時
 - 意思決定支援、ケア計画の支援が必要な時
 - 緩和ケアを受診したいと患者が求めた時
 - せん妄がある時
 - 脳転移・髄膜転移
 - 脊髄圧迫・馬尾症候群
- 病期・病状からみた基準
 - 予後が1年以内と推定される進行がん診断から3ヶ月以内
 - 二次化学療法でPDと判断された進行がん患者

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

Hancock K, *Palliat Med.* 2007.
Dow LA, *J Clin Oncol.* 2010.

- オンコロジスト
- 担当医
- 家庭医

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

どのように行うのか

ACPをどのように進めるか

- 医療従事者のトレーニング、特にCST
- 必要な患者を同定
- ACPについて切り出すタイミングを見極める
- 患者・家族と話し合いをすすめる
- チェックリストやマニュアルを活用する
- 重要な情報を電子カルテ等参照できるところに保存する
- 結果を評価する

話し合いの実際

概要

- 一般的なルール
- 病状の認識を確かめる
- 話し合いを導入する
- 代理決定者を選定する
- 療養や生活での不安・疑問を尋ねる
- 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる
- 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する
- 代理決定者の裁量の余地について尋ねる

Modified from Respecting Choices,

Sudora R, Ann Int Med 2010.

一般的なルール…

- 礼儀正しく、丁寧に
- 患者・家族の防衛機制に応じて**侵襲的でない**コミュニケーションを
- 表情、動作に留意し空気を読む
- つらそうな反応や言動があったらそこで止める
- もしよろしければ～について伺いたいのですが
- もしも・・・万が一・・・

…一般的なルール…

- 相手の感情に留意
 - 表情、視線、しぐさ
- 感情に気づいたら、感情への対応を優先する
 - これをおろそかにすると、質の高いコミュニケーションは難しい
 - 時には時間の浪費になってしまうことさえある

…一般的なルール

- Hope for the best, Prepare for the worst.
 - まず患者・家族の希望や大切にしていることを尋ね、探索し、共感し、理解する
 - そのうえで、今後の病状の変化に備えて、もしもの時についての話を切り出す

Back AL, Arch Int Med 2007

- まず経験を尋ね
 - その内容を探索する

まとめ

- ACPは生命の危機がある疾患に直面している患者・家族のQOLを向上する有力な手段である
- 生命の危機に直面している患者・家族とACPを行うには以下のことが重要である
 - 非侵襲的なコミュニケーションを心がける
 - 感情に注目し、対応する
 - 代理意思決定者ととともにプロセスを共有する
 - 大切にしたいこと、してほしくないことを尋ねる
 - 患者にとっての最善を協働して探索する

想いをつなぐ

- 話し合ったことをケアに活かすためにいくつかの書類が用意されている
- 私の想いをつなぐノート
 - 宮崎市
- POLST (Physicians order of Life-Sustaining Treatment)
 - 日本臨床倫理学会
 - <http://www.j-ethics.jp/workinggroup.htm>

POLSTとは？

- 重い病気にかかった時の医療に関して患者の意向がよりよく反映されるように作られた医療指示書
- ACPの話し合いをもとに作成される
- 患者が意思決定能力がない場合のみ有効
- 患者もしくはは代理人の承諾が必要

http://www.polst.org/wp-content/uploads/2016/03/CA_POLST_2016_Japanese.pdf

日本語版は内容理解のための参考資料です。(Japanese version is for educational purposes only).
HIPAA法は必要に応じてPOLSTを他の医療機関に開示することを許可しています。

生命維持治療に関する医師指示書 (POLST)

まずは以下の指示に従い、それから医師/NP/PAに連絡してください。署名済みのPOLST用紙は法的に有効な医師指示書です。未記入の項目がある場合は、その項目に関しては最大限の治療を行って下さい。POLSTは事前指示書(Advance Directive)を補足するもので、それに取って代わるものではありません。

EMSA #111 B
(1/1/2016発効)

患者の姓:	用紙記入日:
患者の名:	患者の生年月日:
患者のミドルネーム:	カルテ番号:(任意)

A 心肺蘇生 (CPR): 脈拍がなく、かつ、呼吸が停止している場合、心肺停止ではない場合、BおよびC項目の指示に従って下さい。

一つ選んでチェックを付けて下さい

蘇生術・CPRを行う (A項目でCPRを選択する場合は、B項目で「最大限の治療処置」を選択することが必要です)

蘇生術を行わない・DNR (自然死を容認する)

B 医学的処置: 脈拍か呼吸、あるいはその両方が確認される場合。

一つ選んでチェックを付けて下さい

最大限の治療処置 - 医学的に有効な手段をすべて用いて延命させることを主な目標とする。
下記の「限られた範囲の治療処置」と「緩和中心の処置」に記載される治療処置に加え、適応であれば、気管への挿管、高度な気道確保、人工呼吸器、および除細動器の使用を行う。
 「最大限の治療処置」の試用期間を設ける。

限られた範囲の治療処置 - 患者に負担のかかる処置を避けながら病状を治療することを目標とする。
下記の「緩和中心の処置」に記載される処置に加え、適応であれば、医学的処置、抗生物質やその他の点滴を行う。気管への挿管は行わない。非侵襲的な気道陽圧法を行っても良い。一般的に集中治療は回避する。
 現在の場所で苦痛の緩和ができない場合のみ、病院への搬送を依頼する。

緩和中心の処置 - 苦痛をできる限り緩和することを主な目標とする。
必要に応じて任意の投薬方法で苦痛を軽減する； 酸素投与、吸引、および手を使った気道閉塞の対処法を行う。上記の「最大限または限られた範囲の治療処置」で挙げられた治療処置のうち緩和を目標としないものは行わない。現在の場所で苦痛の緩和ができない場合のみ、病院への搬送を依頼する。

追加の指示: _____

C 人工的な栄養補給: 可能であり望ましい場合は口から食事を摂るようにする。

一つ選んでチェックを付けて下さい

経管栄養を含む人工栄養補給を長期間にわたって行う。追加の指示: _____

経管栄養を含む人工栄養補給を試用期間を定めて行う。 _____

経管栄養を含む人工栄養補給は行わない。 _____

D 情報および署名:

話し合い参加者: 患者 (決定能力有り) 法的に認められた意思決定代理人

事前指示書 (Advance Directive) 日付: _____, は入手可能で検討済み → 事前指示書が指名する医療判断代理人:

事前指示書は入手不可能 氏名: _____

事前指示書は無い 電話番号: _____

医師/ナースプラクティショナー/医師アシスタント (医師/NP/PA) の署名
下記に署名することによって、上記の指示が確かに患者の病状や要望に適合するものであることを表明します。

医師/NP/PAの氏名を活字体で記入: _____ 医師/NP/PAの電話番号: _____ 医師/PAの免許番号、NPの認定番号: _____

医師/NP/PAの署名: (必須) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 日付: _____

患者または法的に認められた意思決定代理人の署名
私は、本用紙が自由意志で記入されるものであることを承認しています。意思決定者としてこれに署名することにより、記載の蘇生処置に関する指示が、本用紙の対象である患者の既知の要望と最善の利益に適合するものであることを認めます。

氏名を活字体で記入: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 関係 (患者の場合は「本人」と記入)

署名: (必須) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 日付: _____

FOR REGISTRY USE ONLY / 登録担当用欄

郵送先 (番地/市/州/ジップコード): _____ 電話番号: _____

転院または退院の際はこの用紙と併に患者を送り出すこと

HIPAA法は必要に応じてPOLSTを他の医療機関に開示することを許可しています。

患者の情報

氏名 (姓、名、ミドルネーム): _____ 生年月日: _____ 性別: 男 女

NP/PAの指導医 用紙記入者 (署名した医師/NP/PA以外の場合)

氏名: _____ 氏名/肩書き: _____ 電話番号: _____

追加の連絡先 なし

氏名: _____ 患者との関係: _____ 電話番号: _____

POLSTと事前指示書の違い

<http://polst.org/about-the-national-polst-paradigm/what-is-polst/>

	POLST	事前指示書
文書の種類	医師指示書	法的文書
記入者	医療従事者	個人
対象者	重篤な状態にあり医療従事者が1年以内に死亡してもおかしくないと考える患者	全ての意思決定能力のある成人
代理決定者の指名	なし	あり
内容	特定の医療行為に関するもの (生命維持治療)	一般的な治療に関する希望
救急隊員が使用できるか	できる	できない
見つけやすさ	発見しやすい。保管は医療記録	発見しにくい、どこにあるかは人それぞれ ⁶⁰

最近のアドバンス・ケア・プランニング (ACP) に関する取組



平成28年度 厚生労働省委託事業
人生の最終段階における医療体制整備事業
Education For Implementing End-of-Life Discussion

「患者の意向を尊重した意思決定のための研修会」開催のご案内

目的と開催の経緯

この度、神戸大学医学部では、厚生労働省の委託を受け、平成28年度「人生の最終段階における医療体制整備事業」を実施することとなりました。人生の最終段階における医療については、医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が家族や重要他者、医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として、進めることが重要とされています。

このような動きから、平成19年度には、「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」が策定され、周知が図られていますが、医療従事者におけるガイドラインの認識度は十分とはいえず、人生の最終段階における医療にかかるより充実した体制整備が求められています。

そのような背景から、本年度は、前年度までに本事業で開発された「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」に基づいた「意思決定支援教育プログラム（E-FIELD：Education For Implementing End-of-Life Discussion）」を用いて、全国8ブロック、12か所において研修会を実施し、全国200の医療機関等で相談体制の整備を図ることを具体的な目標にすえました。

（昨年度までの事業内容及び研修プログラムにつきましては、国立長寿医療センター在宅連携医療部のホームページから情報を得られますので、ぜひご参照ください。<http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/eol/kensyu/index.html>）

開催要項

研修名

平成28年度人生の最終段階における医療体制整備事業
患者の意向を尊重した意思決定のための研修会

9月17日：札幌、10月9日：和歌山、10月14日：福島、10月22日：つくば、11月4,5日：熊本、11月19日：福井
11月23日：東京、12月10日：愛知、12月16日：香川、⁶²12月24日：奈良、1月14日：山口、1月25,26日：長崎

E-FIELD研修

患者の意向を尊重した意思決定のための研修会

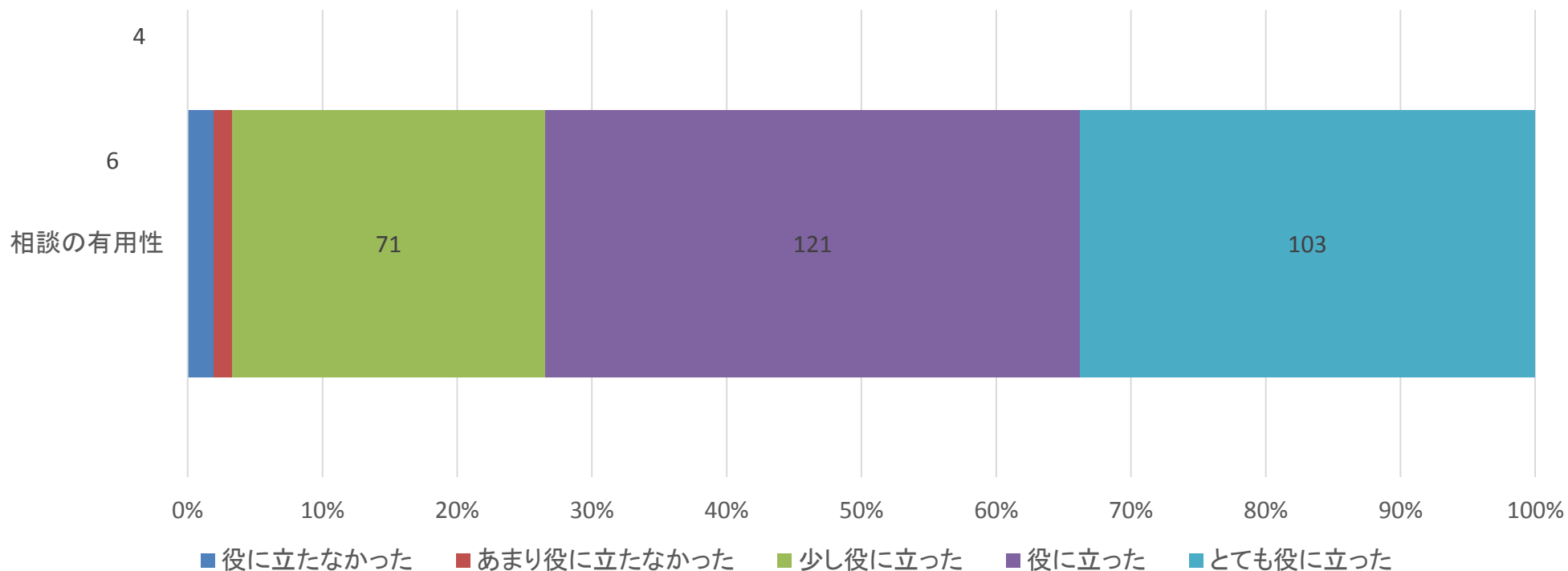
- 目的：人生の最終段階における意思決定プロセスに関するガイドラインの普及
- 内容：8-12時間
 - 倫理と法の基礎
 - 患者自身と話し合う方法
 - 代理決定者と患者にとっての最善を話し合う
 - ACP

E-FIELDにおけるACP

- 患者中心の話し合い
 - いちばん大切にしていることは何かに焦点をあてる（価値感）
- 家族・重要他者とともに行う
- 医療従事者への系統的な教育
 - 研修を受けた相談員が実施する

相談の有用性

314名の患者・家族の評価、有効回答305名



95%以上で有用であると評価、一方で約10%がかえって不安が強くなったと回答

平成29年度の予定

- 昨年と同様、指導者研修会を実施
- 全国12か所で研修会を実施

平成29年度事業での新たな取り組み

- 患者が自分で取り組めるACP資料作り
 - 平易な内容、恐怖を与えない
 - 人生の最終段階における医療について学べる
 - もしものとき、に備えることができる
 - 自分にとって大切なことを考える
 - それを、信頼できる人や医療従事者に伝えておくことが目標
 - 医療処置や療養の場所について学べる
 - 最後まで終了すると、自分の意向をまとめたシートを作成することができる（病院に持っていける・家族に見せられる）

参考スライド

概要

- 一般的なルール
- 病状の認識を確かめる
- 話し合いを導入する
- 代理決定者を選定する
- 療養や生活での不安・疑問を尋ねる
- 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる
- 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する
- 代理決定者の裁量の余地について尋ねる

病状理解を尋ねる

- 病状についてどのように説明を受けていらっしゃいますか？
- 今後の治療についてどのように説明を受けていらっしゃいますか？
- ○○さんの病状についてはカルテを読ませていただいたので、大体のことは承知しているのですが、今後のことをご相談するために○○さんが病状をどうとらえていらっしゃるのかを伺いたいと考えています

概要

- 一般的なルール
- 病状の認識を確かめる
- 話し合いを導入する
- 代理決定者を選定する
- 療養や生活での不安・疑問を尋ねる
- 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる
- 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する
- 代理決定者の裁量の余地について尋ねる

経験を尋ねて探索する…

- 万が一の時のことを考えてお聞きするのですが、
 - 前回と同じような状況になった時のことを
 - 病状のために身の回りのことをすることができない状態になった時のことをお考えになったことがありますか？
 - もしよろしければ、詳しく教えてください
- もしもの時のことについて、これから相談をしていきたいと思うのですがよろしいでしょうか？

…経験を尋ねて探索する

- お身内やご友人の方で、（テレビなどで）重い病で危篤になられた方をご覧になった経験はありますか？
 - そのときにどんなことをお感じになりましたか？それはなぜですか？詳しく教えてください
- ご自分が同じような状態になられたら、どうしようとお考えになったことはありますか？
- もしもの時のことについて、これから相談をしていきたいと思うのですがよろしいでしょうか？

概要

- 一般的なルール
- 病状の認識を確かめる
- 話し合いを導入する
- 代理決定者を選定する
- 療養や生活での不安・疑問を尋ねる
- 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる
- 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する
- 代理決定者の裁量の余地について尋ねる

代理決定者に関する課題

- 代理決定者が役割を知らない
- 代理決定者は
 - 医学的決定をする準備ができていない
 - 意思決定の過程がストレスフル
 - 患者の意向とその理由が不明
- 代理決定者自身の希望・意向・ニーズと患者の意向を区別することの困難さ
 - 例) こどもである患者の意向を尊重すること、と、親として行うべきことのジレンマ

代理決定者—より良い代理意思決定のために

- 代理決定者をあらかじめ選定する
- 代理決定者ととともに今後の治療・ケアについて話し合い、その過程を共有する
 - 患者にとって大切なこと、価値観、希望、を共有することができる

代理決定者を選定する…

- 万が一体調が悪くなった場合、ご自分の意向を医療従事者に伝えることができなくなる可能性があります
- 病状によっては、病気の治療やケアについて、ご自分で決めることが難しくなることがあります

…代理決定者を選定する

- そのような場合に、@@さんが大切にしていることがよくわかっていて、@@さんになりかわって、治療などの判断ができる方はどなたになりますか？
- その方は、@@さんがこのような気持ちでいることをご存知ですか？
- その方とご病状や治療について話し合ったことはありますか？

代理決定者ととともに話し合う

- もしよろしければ、次回までに**さんにこのこと（@@さんが代理決定者になってほしいと思っていること）を伝えて、次回一緒にいらっしゃっていただけませんか？
- （代理決定者に）患者さんはこのようなお気持ちでいらっしゃいますが、今後、もし病状のために、意思決定が難しくなった時に@@さんの代わりに医学的な決定をすることはできますか？

代理決定者と意思決定を共有する

- 代理決定者と、家族と、
- 継続的に長期的に時間を共有
- 外来での医療者を含めた話し合い
- 家庭でのインフォーマルな語り
- 複数の代理決定者がいるとき（もしくは想定されるとき）
 - 記録を残し共有
 - 録音する

概要

- 一般的なルール
- 病状の認識を確かめる
- 話し合いを導入する
- 代理決定者を選定する
- 療養や生活での不安・疑問を尋ねる
- 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる
- 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する
- 代理決定者の裁量の余地について尋ねる

不安や疑問を尋ね、主治医との 仲介役になる

- (今後の) 病気や治療のことでわからないことや不安なことはありますか?
 - よろしければそのことについて詳しく教えてください
 - そのことについて、先生に相談したことはありますか?
 - もしよければ尋ねてみませんか?
 - もしよろしければ、私から、先生にそのことを話してもらえるようお願いしましょうか?
 - ○○さんが、このことを不安に思っていることについて主治医の××先生にお伝えしてよろしいですか?

希望・大切にしていること、 してほしくないことを尋ねる

- 生活や療養の上で一番大切にしていることはどんなことですか？
- 今後どのような治療を受けていきたいか具体的な希望はありますか？
- 逆に今後これだけはしたくないということはありませんか？
- それはどうしてですか？具体的に教えてください

経験を尋ねて探索する…

- 万が一
 - 前回と同じような状況になった時に、〇〇さんのお考えに沿って治療を進めるために、〇〇さんの治療についてのお考えを伺っておきたいと思っています。
 - もし前回と同じ状態になった場合にどのように治療を進めてほしいか、何か具体的な希望はございますか？
 - どのようなことが一番ご心配ですか？
 - これだけはしてほしくないということがあったら具体的に教えてください。
- なぜそのようにお考えか詳しく教えていただけますか？

…経験を尋ねて探索する

- 病状が進むと、意識が薄れて、ご自分の意思を伝えることが難しくなることがあります。
- 万が一のために
 - 病状のために身の回りのことができなくなった時のことについて話し合っておきたいと思っています。そのような時はどこでどのように治療・療養をするか考えたことはありますか？
 - そのような場合に何か具体的な希望はありますか？
 - そのような場合に一番心配なことはどんなことですか？
 - そのような場合に、これだけはしてほしくないということがあったら具体的に教えてください。
- なぜそのようにお考えか詳しく教えていただけますか？

いのちに対する考え方を探索する

- いのちに関わる治療の決断にあたっては、大きく分けて2種類の価値観を持つ方がいらっしゃいます
- まず一方の考えは、どんなにつらい状況で、苦痛や障害が残ろうとも生きていることに大きな価値があるという考え方です
- もう一方の考えは、ある特定の状況になったら、生きている価値がないと感じる考え方です。たとえば、昏睡状態から回復することがない状態、とか2度と家族や友人と話ができない、などの状況が想定されます
- @@さんは、どちらのタイプですか？ どうしてそう考えられるのですか？

いのちに対する考え方を探索する

- 治療や病状によっては、命を延ばす意図で治療を行うと、痛みや副作用、障害を引き起こすことがあります
- もしそのような治療をしなければならなくなったらあなたにとって大切なことはどんなことですか？
 - 以下自由回答が得られなければ例示
 - ・ 出来るだけ長く生きる
 - ・ 期間を決めて治療してみて、それから考える
 - ・ 延命は考えず、快適に過ごすことに重点を置く
- それはどうしてですか？

概要

- 一般的なルール
- 病状の認識を確かめる
- 話し合いを導入する
- 代理決定者を選定する
- 療養や生活での不安・疑問を尋ねる
- 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる
- 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する
- 代理決定者の裁量の余地について尋ねる

具体的な治療などに対する説明…

- 私たちは@@さんの 希望に沿った医療を行えるように努力していこうと思っています。
- 現在の病状は・・・
- 今後起きうる状態としては・・・
- 具体的な治療の選択肢は・・・
- それぞれの治療のメリットとデメリットは・・・
- 書面などに書きながら具体的に

…具体的な治療などに対する説明 話しておくことが望ましい内容

- 今後の治療の希望とその理由
- してほしくないこととその理由
- どこで療養したいかとその理由
- 以下の生命維持治療に関する意向とその理由
 - 疾患特異的な治療
 - 人工呼吸器
 - 経管栄養
 - 輸液
 - 抗菌薬
 - 心肺停止時の心肺蘇生

概要

- 一般的なルール
- 病状の認識を確かめる
- 話し合いを導入する
- 代理決定者を選定する
- 療養や生活での不安・疑問を尋ねる
- 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる
- 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する
- 代理決定者の裁量の余地について尋ねる

代理決定者の裁量の余地

- Leeway (余地、裁量の余地)
- 代理決定のむずかしさ
 - 患者が希望していた治療と医療従事者が勧める治療、代理決定者の意向が食い違う
 - 患者の想定していたことと実際に起こっていることが異なり、事前医師と代理決定者の考える患者の最善利益が異なる
 - 裁量する余地をあらかじめ尋ねることで、代理決定者の苦悩が軽減

代理決定者の 裁量の余地について尋ねる

- 代理決定者の裁量の余地について尋ねる
 - 万が一代理決定者の××さんがあなたの代わりに医学的な判断をしなくてはいけなくなった時、××さんは、@@さんと今までに話し合ったことに加えて、医師から伝えられた病状や医療者の考え、××さんがあなたにして差し上げたいと思うことを考える必要があります。もしこれらの意見が一致しない場合は、あなたの信頼している××さんはとても悩まれると思います

…裁量の余地を尋ねる…

- もし（代理決定者の）××さんが（患者である）@@さんにケアをすることがとても負担になったり、家で療養を続けることが困難になった場合どのようにしたらよろしいでしょうか？
- 病状の変化のために、医師が（代理決定者の）××さんに@@さんの考えと違う治療をすすめた場合どのようにするのがよいでしょうか？

…裁量の余地を尋ねる

- @@さんは、たとえ@@さんが過去に希望していた治療方針と違う結果になろうとも、代理決定者である××さんが医師と相談したうえで、あなたにとって最善と考えられる治療を選択することを承諾しますか？
- どのような状況になろうとも、@@さんは代理決定者である××さんにあなたの考えと違う治療を選んでほしくないとお考えですか？