

モーニングセミナー

# アドバンス・ケア・プランニング

平成30年10月29日（月）

緩和ケア認定看護師 酒井 智子

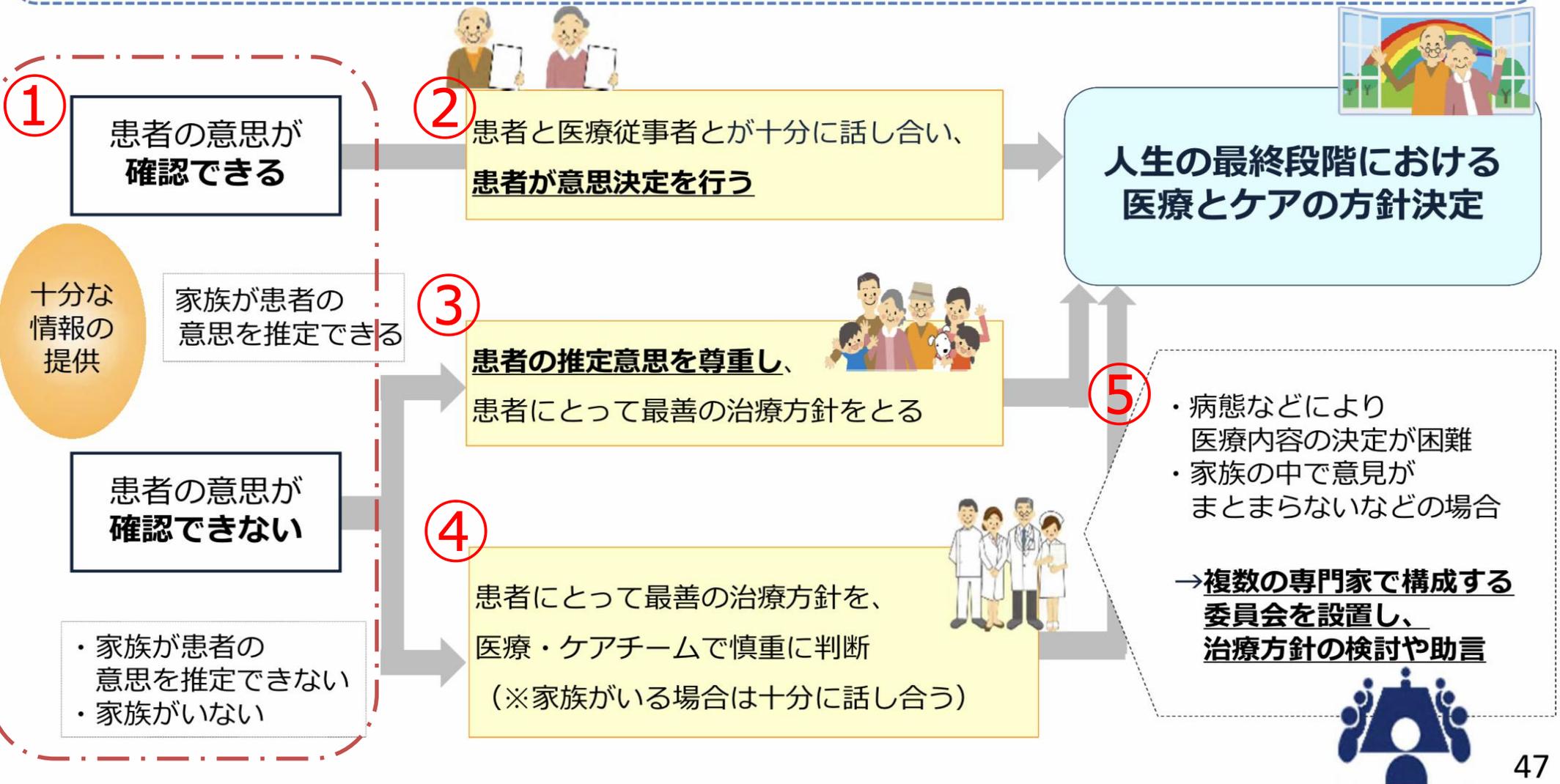


# 本日の内容

- 「人生の最終段階における医療決定プロセスに関するガイドライン」について
- アドバンス・ケア・プランニングについて

# 「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」方針決定の流れ

人生の最終段階における医療およびケアについては、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が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最も重要な原則





# ガイドラインの手順

## ◆ 1人で決めない

- ・ チームで相談したとしても、ある特定の人の方が支配的になりすぎてないかを確認

## ◆ 一度に決めない

- ・ 人は迷い、戸惑うもの
- ・ 決断を保留にするという決断も重要
- ・ 一度決めた決断を撤回できることも保証する

## ◆ 患者と医療者との十分な対話が必要。その上で患者の意思を尊重する

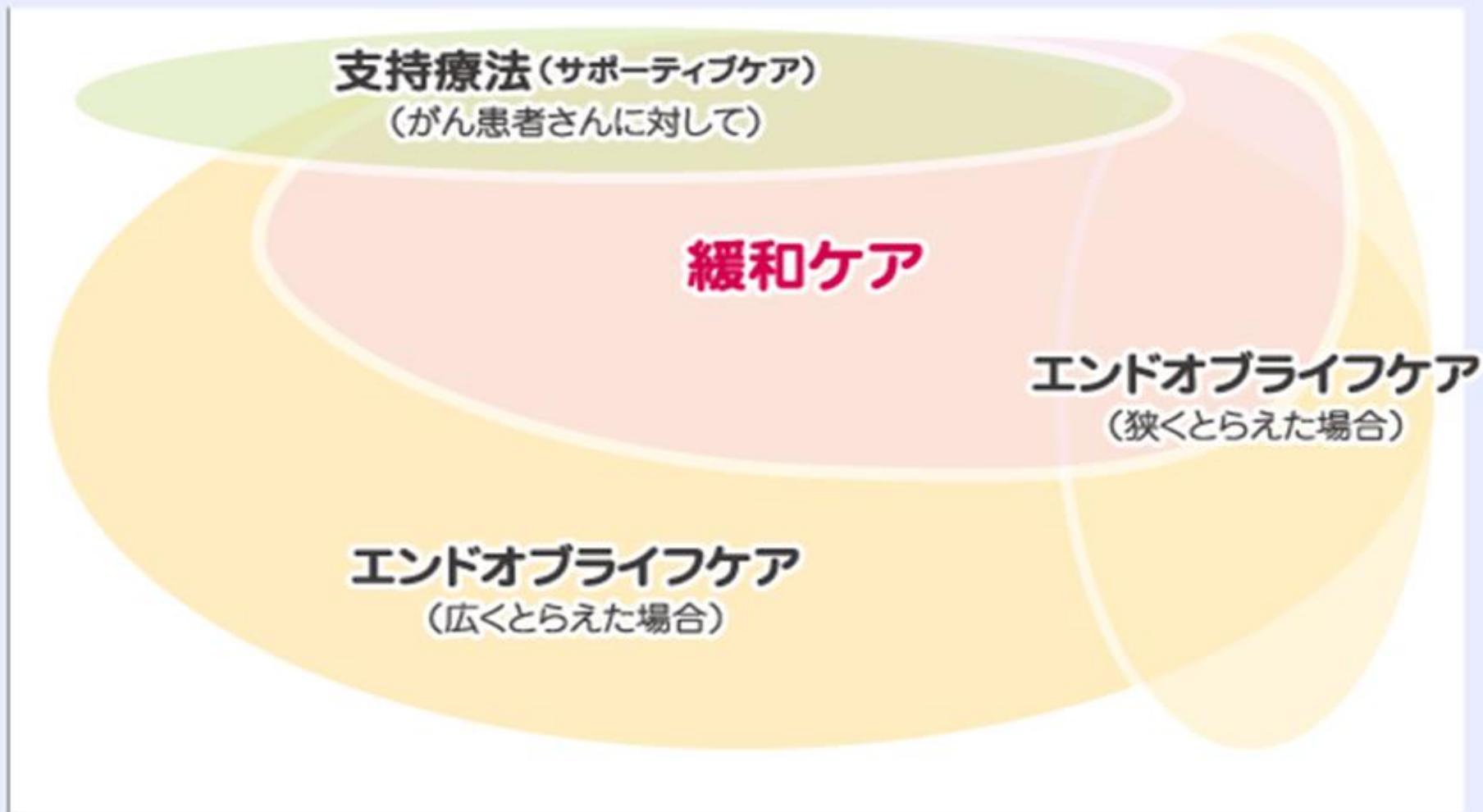
## ◆ 医療者内での多職種連携

## ◆ 患者自身の意思が確認できない時は・・・

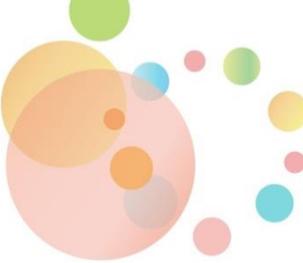
- ・ 家族も含め患者の意思を推定しそれを尊重する
- ・ 多職種チームで関わる
- ・ 判断が難しい時は、多職種専門チームからの助言を得る

# エンドオブライフケアの位置づけ

患者の苦痛・症状または問題の複雑さの程度



(年) -----> (月) -----> (週) ----> (日) -----> 死



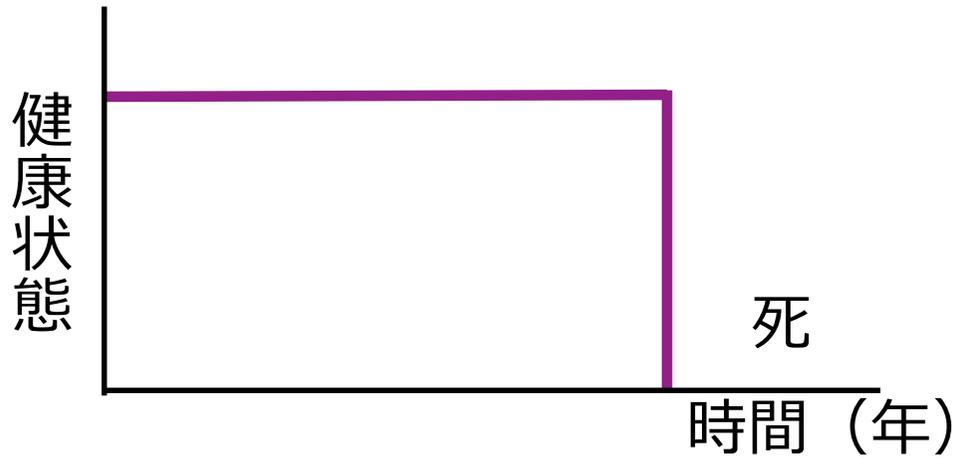
# エンド・オブ・ライフケアとは

- 診断名、健康状態、年齢に関わらず、差し迫った死、あるいはいつかは来る死について考える人が、生が終わる時まで最善の生を生きることができるよう支援すること。
- エンド・オブ・ライフケアの特徴
  - ①その人のライフ（生活・人生）に焦点を当てる。
  - ②患者・家族、医療スタッフが、死を意識した頃から始まる。
  - ③QOLを最期まで最大限に保ち、その人にとってのよい死を迎えられるようにすることを目標とする。
  - ④疾患を限定しない。
  - ⑤高齢者も対象とする。

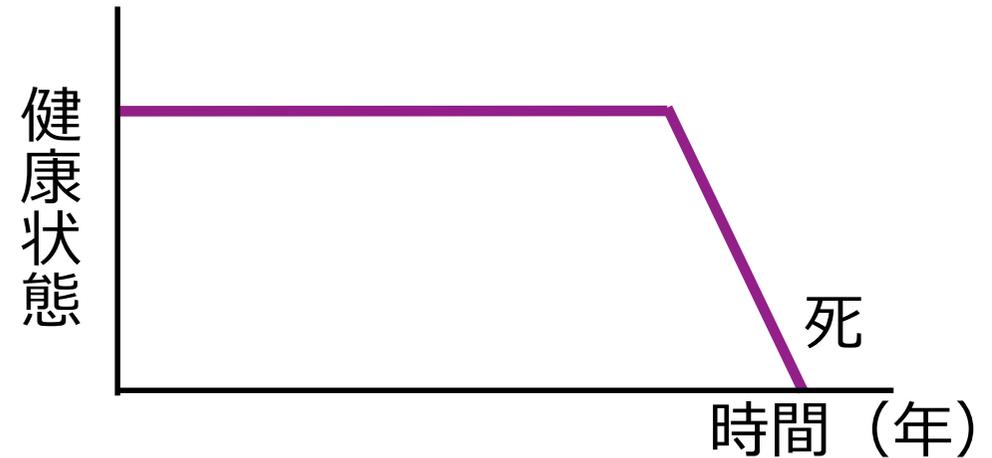


# 疾病と死への軌跡

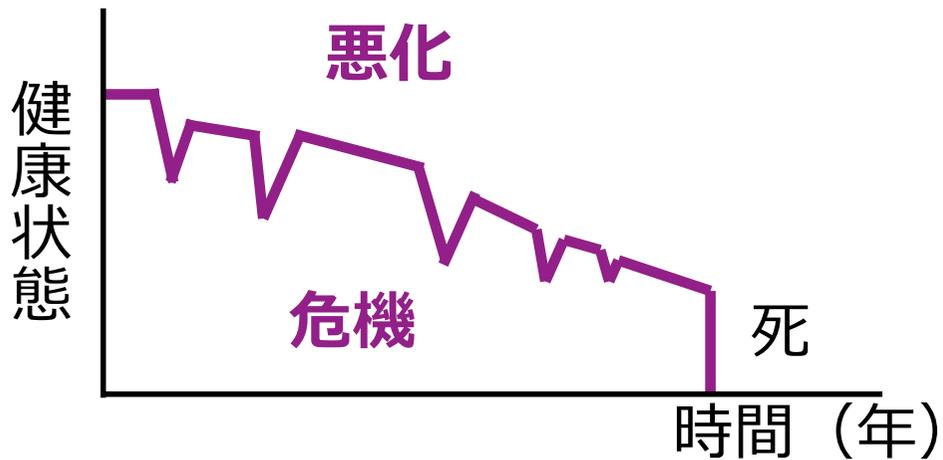
1. 突然死、予期せぬ原因



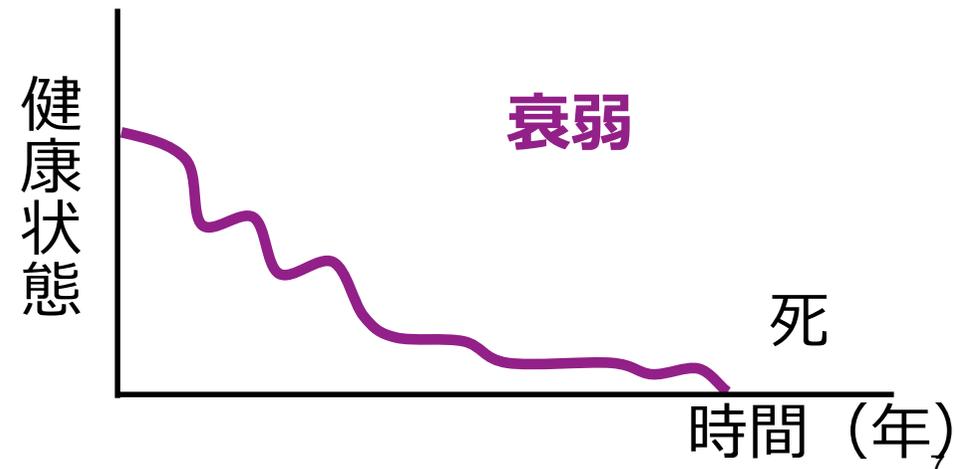
2. 着実に向かう短いターミナル期

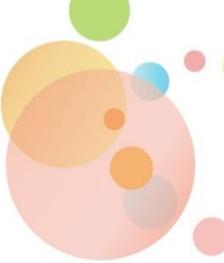


3. 緩慢な悪化、危機の繰り返し



4. 衰弱、予期した死





# 日本人が望むエンド・オブ・ライフ

対象：一般市民2,584名、緩和ケア病棟遺族513名

## 日本人の多くが共通して大切にしていること

- 苦痛がない
- 望んだ場所で過ごす
- 希望や楽しみがある
- 医師や看護師を信頼できる
- 負担にならない
- 家族や友人と良い関係でいる
- 自立している
- 落ち着いた環境で過ごす
- 人として大切にされる
- 人生を全うしたと感じる

## 人によって重要さは異なるが、大切にしていること

- できるだけの治療を受ける
- 自然な形で過ごす
- 伝えたいことを伝えておける
- 先々のことを自分で決められる
- 病気や死を意識しない
- 他人に弱った姿を見せない
- 生きている価値を感じられる
- 信仰に支えられている

(Miyashita M et al., 2007)

# 緩和ケアとは

がん患者の苦痛を取り除き、患者と家族にとって、自分らしい生活を送れるようにするためのケアであり、がんの治療中から、どの施設でも受けられる。

- 痛みや、そのほかの苦痛となる症状を緩和する。
- 生命を重んじ、自然な流れの中での死を尊重する。
- 死を早めることも、いたずらに遅らせることもしない。
- 死が訪れるまで、患者が自分らしく生きていけるように支える。
- 患者の治療時から、患者と死別した後も、家族を支える。
- 患者や家族に、心のカウンセリングを含めたさまざまなケアをチームで行う。
- 生活の質（クオリティ オブ ライフ：QOL）を向上させ、前向きに生きる力を支える。
- がん治療の初期段階から、外科手術、化学療法、放射線療法などと連携しながら、緩和ケアを行う。





# QOLとその考え方

QOL (Quality of life) とは、「生活・人生の質」

苦痛がないこと

痛みがあるのはイヤだ



Aさん

自尊心を保つこと

子供扱いされるなんて・・・

望んだ場所で過ごすこと

住み慣れた家で過ごしたいな

残された時間を知り準備すること

身の回りの整理をしておきたいの

他者の負担にならないこと

子供たちに迷惑をかけたくないわ



Bさん

役割を果たせること

妻・母として最期まで生きたいわ

人それぞれ違う = 多次元で主観的な概念

# アドバンス・ケア・プランニング（ACP）とは

今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者が  
患者自らの意向に基づき予め話し合うプロセス

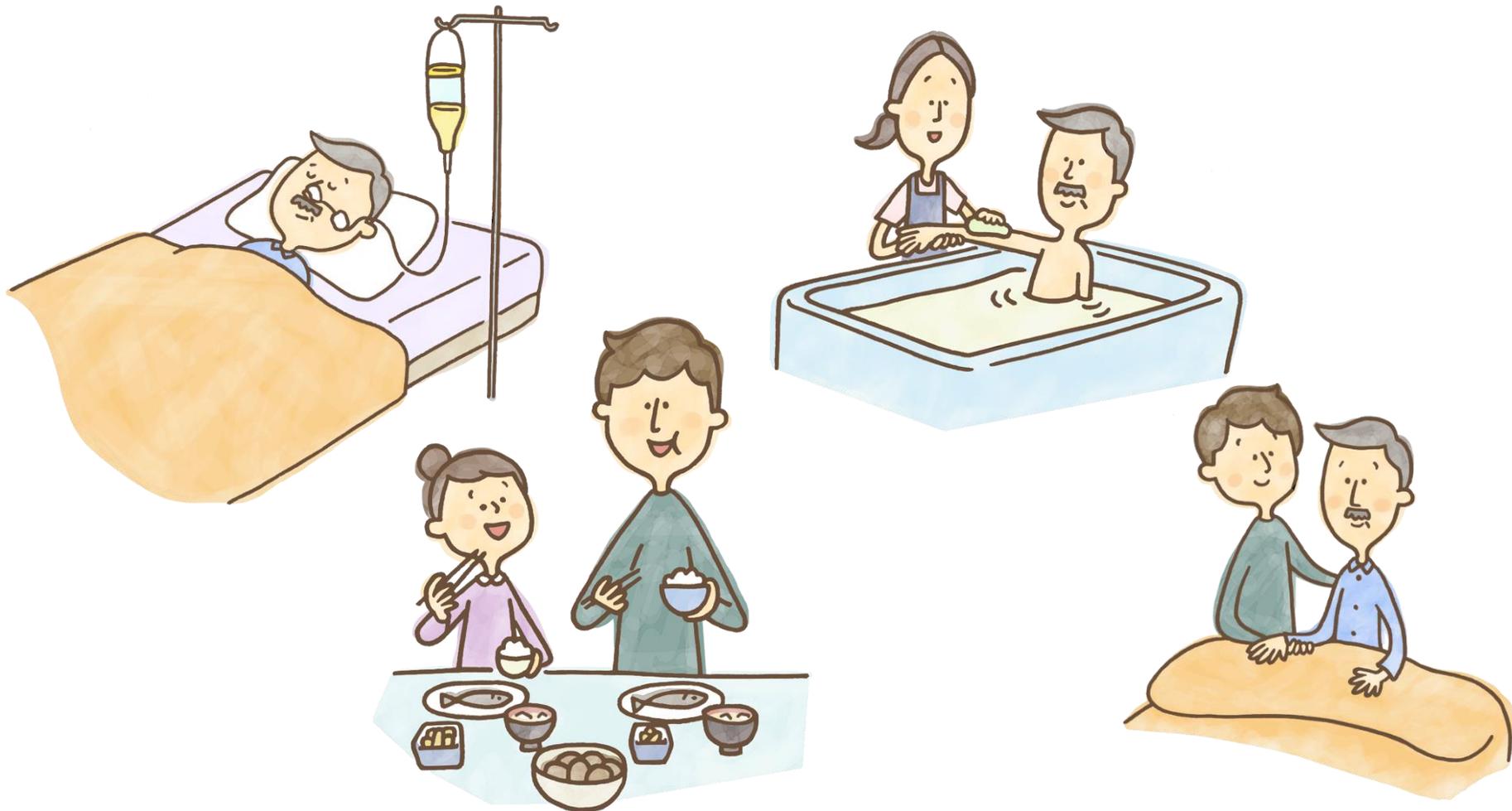
- ◆ 本人の意向を確認したうえで、家族・友人と共に話し合う。
- ◆ 本人の同意のもと、話し合いの内容は記録され、
- ◆ 定期的に見直されてケアにかかわる人々と共有されることが望ましい。
- ◆ ACPの話し合いは以下の内容を含む

ご本人の気がかり  
重要な価値観やケアの目標  
病状や予後の理解  
今後の治療やケアに関する意向と実現可能性



# アドバンス・ケア・プランニングをする目的

- 患者や、家族のエンド・オブ・ライフに関する希望が表現され、尊重されること





# アドバンス・ディレクティブ（事前指示）とは

患者あるいは健常人が、将来判断能力を失った際に、自らに行われる医療行為に対する意向を前もって示すこと。

- ◆ 意向を示す方法として、以下の2つの形態がある
  - 医療行為に関して医療スタッフ側に指示を与える  
（文書で表したもの ➡ リビング・ウィル）
  - 自らが判断できなくなった際の代理決定者を委任する

# DNARオーダーとは

- ◆ Do Not Attempt Resuscitationの略
- ◆ 急変時または末期状態で心停止・呼吸停止の場合に、蘇生処置をしないという取り決めのこと

## <蘇生処置>

- 心臓マッサージ
- 気管内挿管
- 人工呼吸器
- 薬物投与（エピネフリン など）



# アドバンス・ケア・プランニングの位置づけ

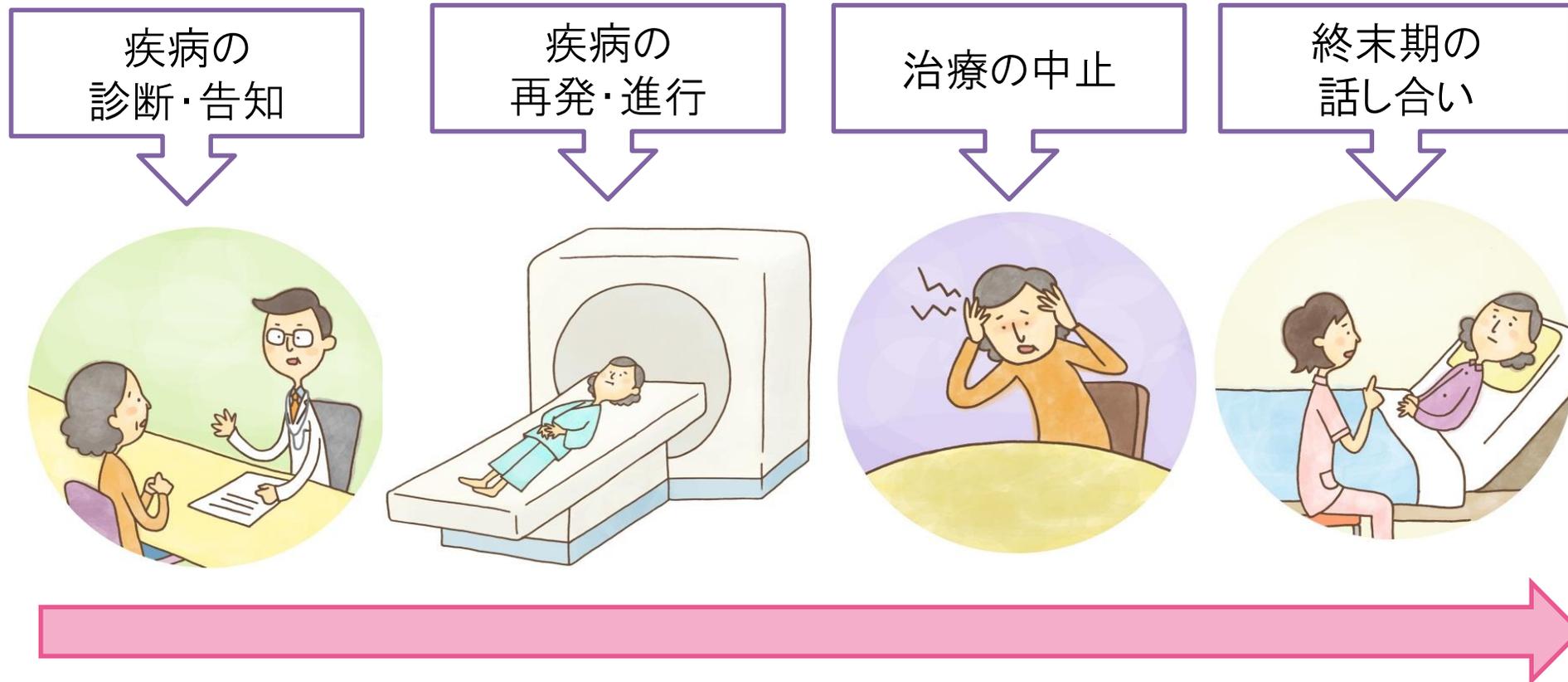
アドバンス・ケア・プランニング  
(ACP)

アドバンス・ディレクティブ  
(事前指示)

DNAR  
オーダー

(NHS HP) を元に作成

# がん患者のACP



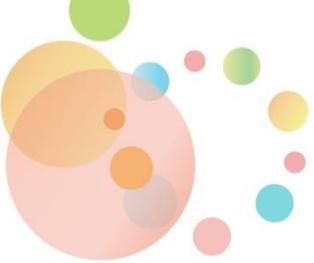
上記のプロセス全体において、  
継続的に患者の価値観やニーズを理解し、  
'患者にとっての最善'を常に考えることが重要

# 非がん患者のACP



非がん疾患は予後や急変の予測がつきにくい。  
慢性疾患の場合は、意思決定能力があり、  
気力があるうちにACPを勧めてみる。

- ・ 療養、死の場所を決める
- ・ 家族の介護力を評価する
- ・ 地域の医療資源を使う
- ・ ACPは適宜見直しをする
- ・ ケアマネージャーとコミュニケーションを図る



# ACPのメリット・デメリット

## ● ACPのメリット

- ・患者の自己コントロール感が高まる。
- ・代理決定者と医師のコミュニケーションが改善。
- ・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。

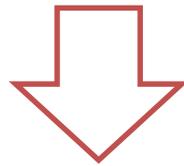
## ● ACPのデメリット

- ・患者、家族にとっては辛い体験となる可能性があり、すべての患者に適用は難しい。
- ・時間と手間がかかる。



# どのような患者にACPを実施するか？

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方がよい。

緩和ケアを開始する = ACPを行うと考えてよい。



# 予後予測ツール (週単位)

## PPI (Palliative Prognostic Index)

項目	得点 (赤字)
Palliative Performance Scale®	10~20 (4.0)、 30~50 (2.5)、60以上 (0)
経口摂取量 (消化管閉塞のため高 カロリー輸液を施行 している場合は0点)	著明に減少 (数口以下) (2.5)
	中程度減少 (減少しているが数口よりは多い) (1.0)
	正常 (0)
浮腫	あり (1.0)、なし (0)
安静時呼吸困難	あり (3.5)、なし (0)
せん妄	あり (原因が薬物単独のものは含めない) (4.0)
	なし (0)

### <PPIスコアと予後>

合計得点	予測される予後
6.5点以上	予後3週間未満である可能性が高い (感度83%、特異度85%)
4点以上	予後6週間未満である可能性が高い (感度79%、特異度77%)

短期的な予後(週単位)を予測する指標。死亡直前を予測する指標として使用しやすいもの。

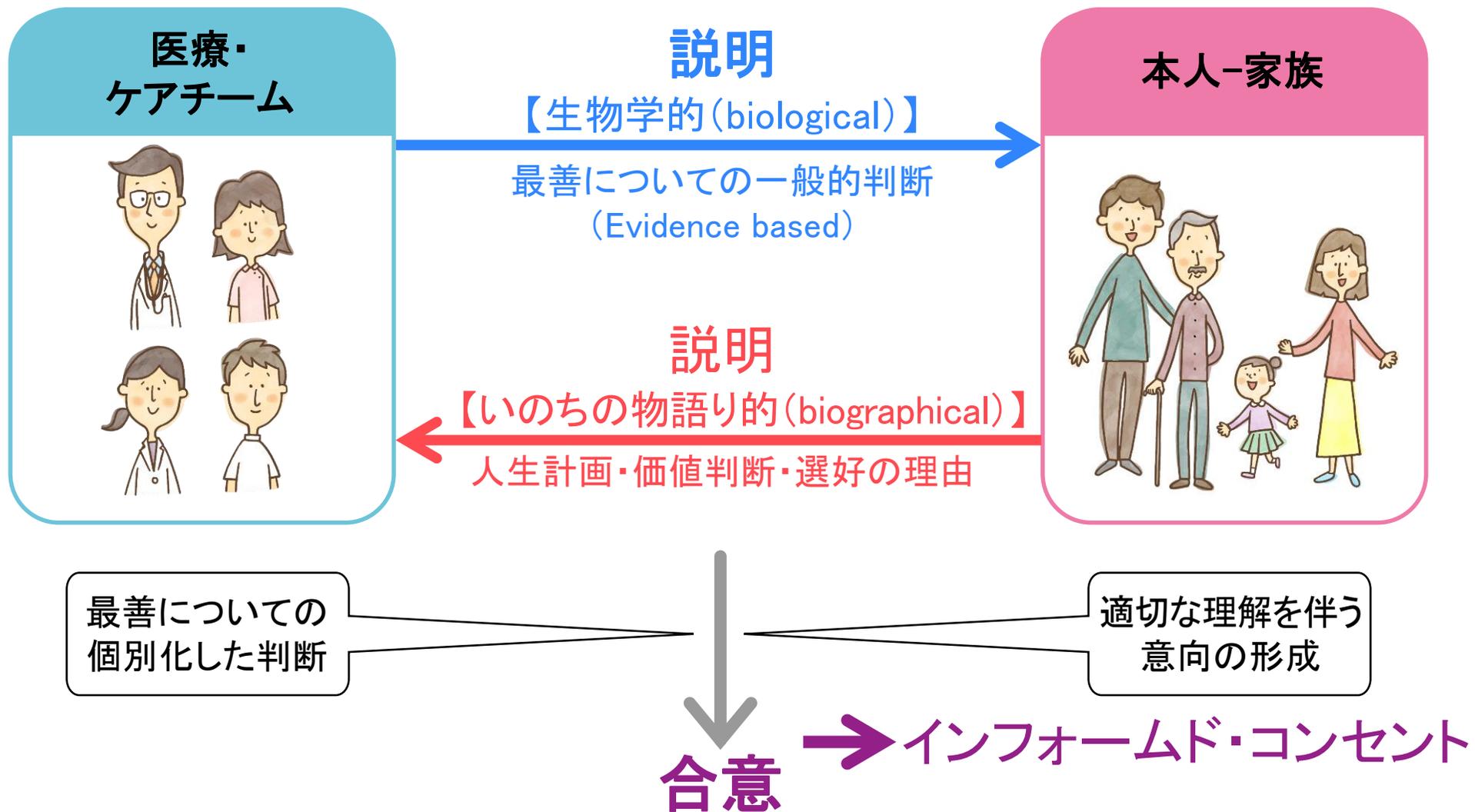
Palliative Performance Scale、経口摂取の低下、浮腫、安静時呼吸困難、せん妄、の合計得点を算出する。

# Palliative Performance Scale (PPS)

	起居	活動と症状	ADL	経口摂取	意識レベル
100	100%起居している	正常の活動が可能 症状なし	自立	正常	清明
90		正常の活動が可能 いくらかの症状がある			
80		いくらかの症状はあるが、努力すれば正常の活動が可能		正常 または 減少	
70	ほとんど起居している	何らかの症状があり通常の仕事や業務が困難			
60		明らかな症状があり趣味や家事を行うことが困難	時に介助		清明 または 混乱
50	ほとんど座位か横たわっている	著明な症状がありどんな仕事もすることが困難	しばしば介助		
40	ほとんど臥床		ほとんど介助		清明 または混乱 または傾眠
30	常に臥床		全介助	減少	
20				数口以下	
10				マウスケアのみ	傾眠または昏睡

項目は、左側(起居)から右側に、優先度が高い順に並べられている。左から順番にみて、患者に最もあてはまるレベルを決定する。

# インフォームドコンセントのプロセス



<情報共有ー合意モデル>

# 益と害の評価

## 益（メリット）

例)

- 腫瘍の縮小
- 症状緩和
- 余命の延長

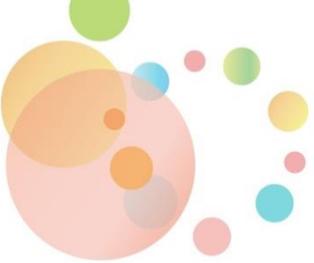
## 害（デメリット）

例)

- 患者の苦痛、副作用
- 経済的負担
- 周囲の負担



益（メリット）と害（デメリット）のバランスを  
評価することが重要である

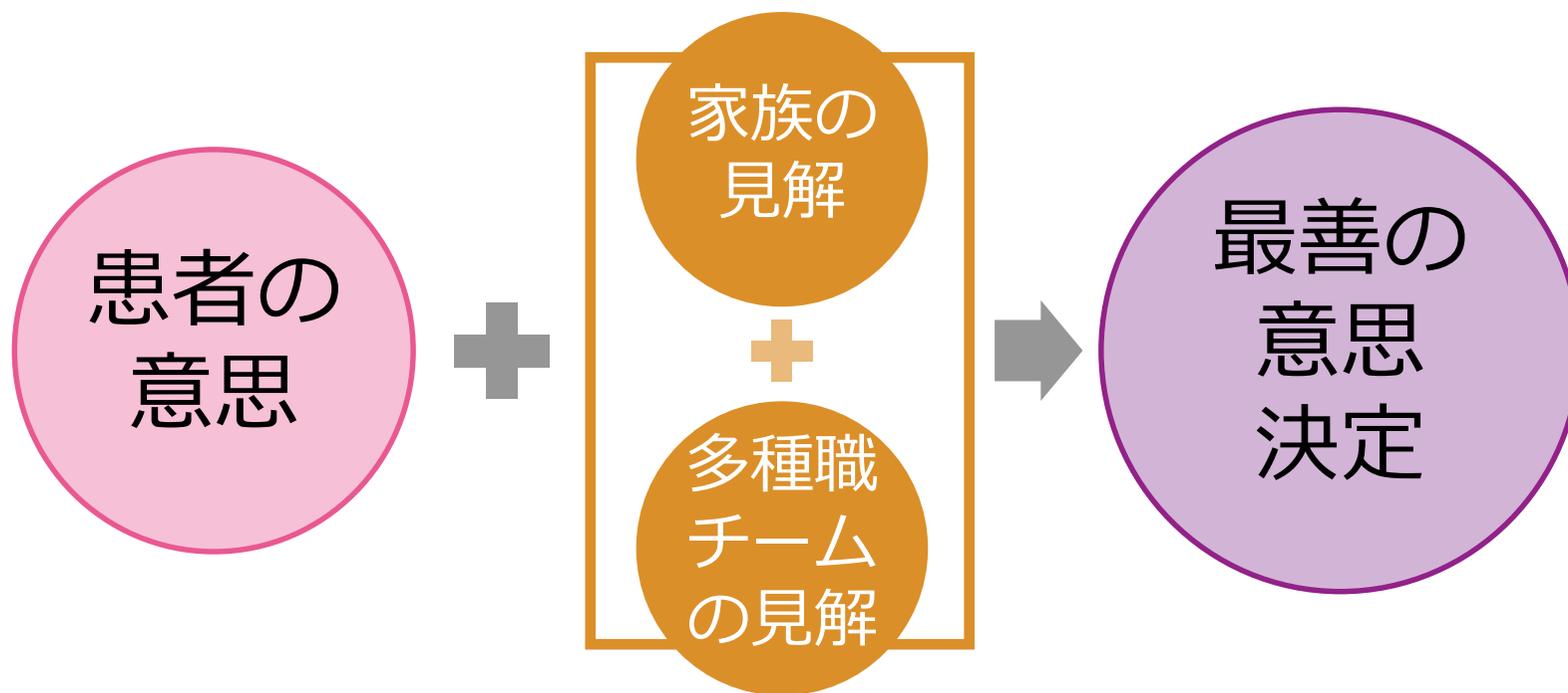


# 患者の意思が確認できない場合

- ◆ 意識レベルや認知力の低下などにより、患者に十分な意思決定能力がない場合
  - 家族が患者の意思を推定できる場合は、その推定意思を尊重する。
  - 家族が患者の意思を推定できない場合には、家族と十分に話し合い、患者にとって最善となるよう意思決定を支援する。
  - 家族がいない場合及び家族が判断を医療・ケア チームに委ねる場合には、多職種チームで話し合い、患者にとって最善になるよう意思決定を支援し、時間や心身状態の変化に応じて、繰り返し話し合う。
  - 話し合った内容は、その都度、文書にまとめておく。

(厚生労働省HP) を元に作成

# 患者にとって最善の意思決定を導くために



患者の意思を明確にするとともに、患者の最善に関する家族および多職種チームの見解を合わせ、全員で合意を目指すことが重要である

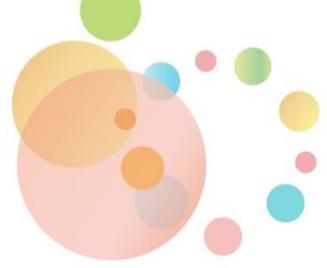


# まとめ

- ◆ 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実践にあたっては以下のことが重要。
  - ・ 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



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



**ご清聴ありがとうございました。**

