がん診療における
アドバンス・ケア・プランニング

神戸大学医学部附属病院　緩和支持治療科
木澤　義之

アドバンス・ケア・プランニング

- 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
  - 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
  - 治療やケアの選好は定期的に見直されるべきである
  - 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

Rietjens JAC *Lancet Oncol.* 2017.

「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

→ 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**

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る
  → **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
- ・家族等※が本人の意思を推定できない ・家族がいない
  → 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

→ **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

※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。

H30 ガイドライン改訂の要点

- **医療だけでなく介護の現場における普及を図ること**
  - 名称が医療→医療・ケアへ
  - 病院だけでなく介護施設・在宅の現場も想定したガイドラインとなるよう、配慮すること

- **ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の概念を盛り込んだこと**
  - 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、その場合に本人の意思を推定しうる者となる家族等の信頼できる者も含めて、事前に繰り返し話し合っておくことが重要であること
  - 本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針についての話し合いは繰り返すことが重要であることを強調すること

骨太方針2018

- 人生の節目で、人生の最終段階における医療・ケアの在り方等について本人・家族・医療者等が十分話し合うプロセスを全国展開するため、関係団体を巻き込んだ取組や周知を行うとともに、本人の意思を関係者が随時確認できる仕組みの構築を推進する。また、住み慣れた場所での在宅看取りの先進・優良事例を分析し、その横展開を図る

経済財政運営と改革の基本方針2018ー人材への投資を通じた生産性向上ー

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（クラスターランダム化）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

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

代理決定者は必ずしも
患者の意向を把握していない

- 代理決定者の75%は患者の意向を知っていることについてとても自信があると答えた
  - （許容できる／できない①身体障害、②認知機能障害、③痛み）
- 実際に患者の意向を正しく答えられたのは21%に過ぎなかった

Fried TR. *JAMA Intern Med* .2018.

書類があっても役立たない？ ADからACPへ

- 患者ー代理決定者ー医療者が、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

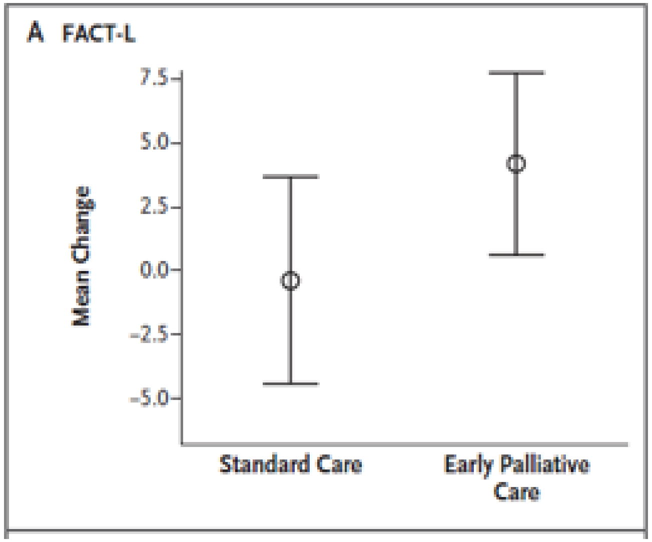
なぜACPが重要なのか？

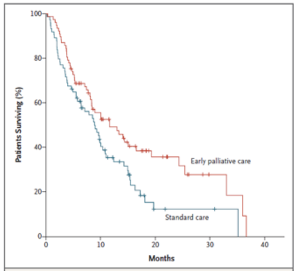
早期からの緩和ケア　NSCLC stageⅣ

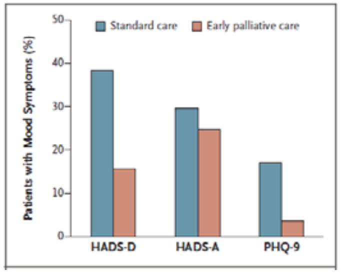
- QOLが良好に保たれる
- 予後が2.7か月延長
- 予後・経過をより正確に理解
- 終末期に病状を理解している場合、より化学療法を受けていない（9%vs50%）

- 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

- 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）

Smith TJ, *et al. J Clin Oncol.* 2012

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）

Smith TJ, *et al. J Clin Oncol.* 2012

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、台湾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

  - 死亡場所との関連（病院死の減少）

Degenholtz, *Ann Intern Med.* 2004

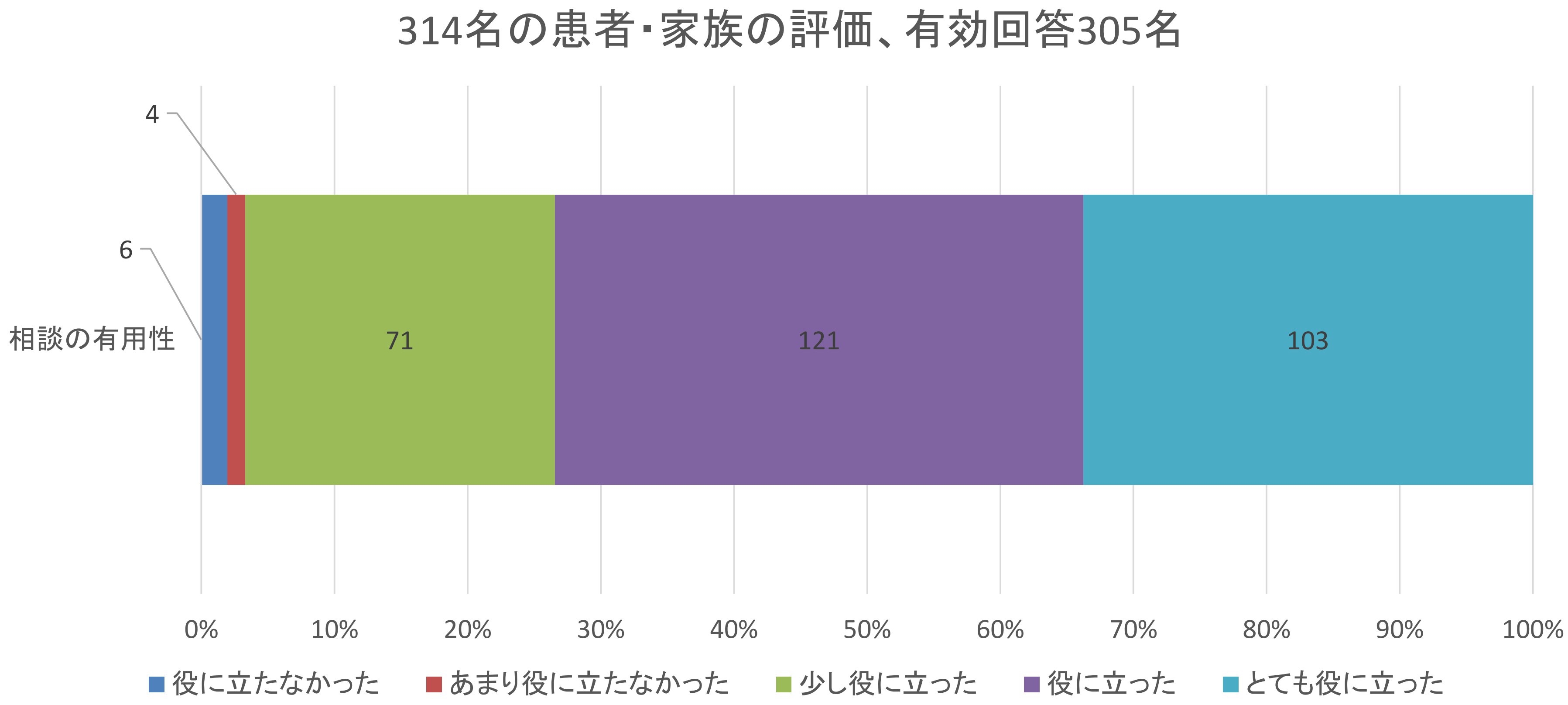
  - 代理決定者-医師のコミュニケーションが改善

Teno J. *J Am Geriatr Soc.* 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

相談の有用性



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

ACPの問題点

- 患者・家族にとって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*

- 希望を維持するための健康的な否認をどう扱うか
  - 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*

誰に対して、いつ行うのか？

早すぎるACP

- 意向は曖昧で、その度に変わり、遠い未来に対する仮の選択になる
- 不確実な判断、何をもたらすかわかっていない

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

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

☆

実際の進め方

代理決定者を選ぶ
価値を話しあう

一般市民
Resuscitation /Medical /Comfort

適切な時期を選ぶ
サプライズクエスチョンなど

12ヶ月を
1つの目安

治療・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
Goals of Care Discussion

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.

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

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 2016

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