

www.***.com

2017年8月30日
東北大学病院
地域連携カンファランス



患者さんや家族と

アドバンスケアプランニングを行うこと

東北大学病院 緩和医療科

田上恵太

生活や治療の悩み、
これからのことについて
一人で抱えていませんか？



あなたの考えるこれからの過ごし方を
みんなで考えておきませんか？

患者さんの考えるこれからの過ごし方・不安

抗がん剤治療は先生と
相談しながらまあまあ
順調に続けている。

でも、これからどのような
体調になるんだろう。



患者さんの考えるこれからの過ごし方・不安



家族は、
「**治るまで治療を頑張ってください！**」
と言うけれど、辛い時もある。

いつまで続くのか、
続けるのか……

患者さんの考えるこれからの過ごし方・不安

生きるために治療してる。

**治療するために生きてる
わけじゃない。**

考えている生き方がある。



アドバンス・ケア・プランニングといえます。

Advanced Care Planning



- 「将来に備えて、

今後の治療・療養について

あらかじめ話し合うプロセス」

- 2000年代後半に提唱、全世界に広まっている
- 緩和ケア介入の効果測定因子になっている

アドバンスケアプランニング実施率が高い

≡ 質の高い緩和ケアを提供していると評価

アドバンス・ケア・プランニングといひます

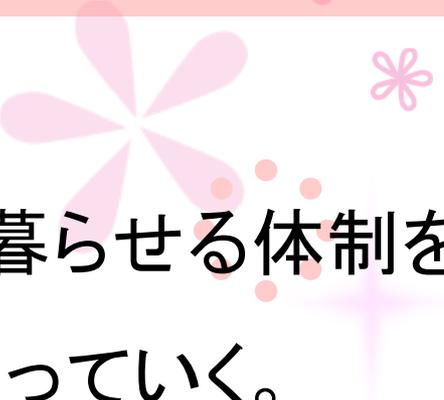
- 日本では「終活」といひ、似た言葉があります。



- QOL (生活の質) とあわせて、QOD (死を迎える過程の質) を話しあひます。

アドバンス・ケア・プランニングの目的、背景



- がんの症状と共に、自分らしく安心して暮らせる体制を本人、家族、医療者、福祉など連携し作っていく。
 - 治療の選択だけではなく、人生における全体的な目標や希望、目的を明確にしていく。
- 

アドバンス・ケア・プランニングの中身

- 自分の価値観や想いをあらかじめ家族や医療者と話し合う。
⇒どんな人生を生き、何を大切に、希望しているか
- がん治療への考え方、体の調子が悪くなった時に
どのように過ごしたいか、そのための準備・相談など
- 意思表示が難しくなった終末期でも生き方を皆で尊重する。
⇒療養場所、人工呼吸器・心臓マッサージなどの延命、など

話せないそれぞれの思い(家族の心配)



家族としてはとにかく治療を
優先にして頑張してほしい。
でも辛い思いはさせたくない。
お母さんはどう考えてるだろう？

これからのことは家族も心配。
話すのは僕も勇気がいるし、
傷つけてしまうかもしれない。



話せないそれぞれの想い(本人の想い)

体調にあわせて治療を続けたい。
治療の効果が無くなったり
負担になる時は無理したくない。
家族は一生懸命で話せないけど。



治療も大事、でも治療するため
に生きるわけじゃない。何よいか
家族と過ごす時間を大事に、
そして迷惑をかけたくない。



生の尊厳、生き方の意思の表示 体調が悪くなった時の対処の準備



今も、最期も家で過ごしたいわ。
病院に入院したくない。
祖母も祖父もそうだったから。

自分の体調が悪くなった時、
みんなも戸惑うだろうから
今のうちからその時のことを
相談しておきましょう。



Illness trajectory

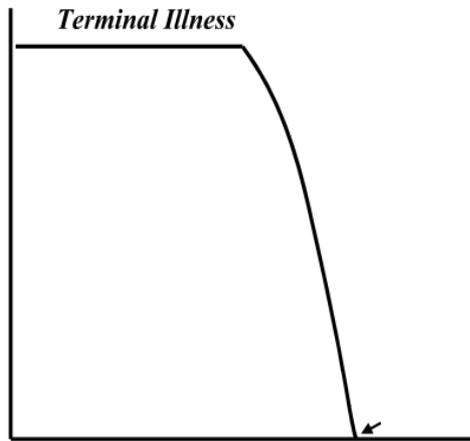
Sheikh A, et al. BMJ. 2005 .



高い

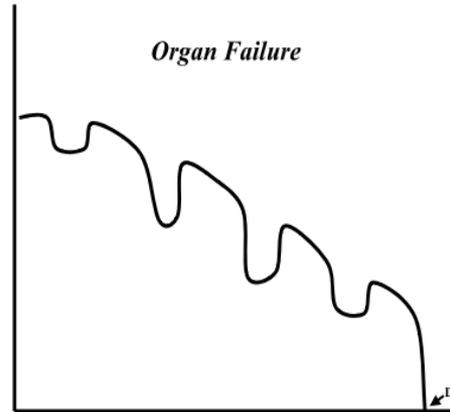
↑
身体
機能

低い



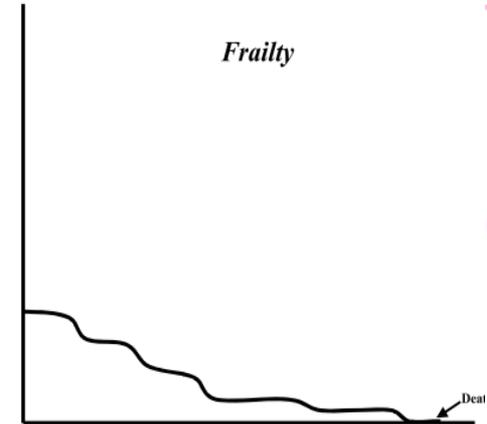
がん

- 比較的長い間機能は保たれる
- 最後の1-2ヶ月くらいで急速に機能が低下



慢性疾患

- 改善や悪化を繰り返しながら、徐々に機能低下
- 最後は比較的急に低下



認知症・老衰等

- ゆっくりと機能が低下。
- 状態が長く続き、長期間

生命予後の推定に使われる評価尺度

Palliative Prognostic Score (PaP score)

予後予測	1-2週	8.5
	3-4	6.0
	5-6	4.5
	7-10	2.5
	11-12	2.0
	>12	0

KPS	10-20	2.5
	>30	0

食欲不振	あり	1.5
------	----	-----

呼吸呼吸	あり	1.0
------	----	-----

白血球数	>11000	1.5
	8501-11000	0.5

リンパ球数	0-11.9%	2.5
	12-19.9%	1.0

総得点

30日生存確率(95%信頼区間)

0-5.5 >70%(67-87日)

5.6-11 30-70%(28-39日)

11.1-17.5 <30%(11-18日)

普通の生活・労働が可能。特に看護する必要はない		100
労働はできないが、家庭での療養が可能。日常生活の大部分で床上に依りて介助が必要		80 60 50
自分自身の世話ができず、入院治療が必要。疾患がすみやかに進行している	動けず、適切な医療・介護が必要	40
	全く動けず、入院が必要	30
	入院が必要。重症、精力的な治療が必要	20
	危篤状態	10

自分がこれ以上
悪くなることなんて
想像できない！！



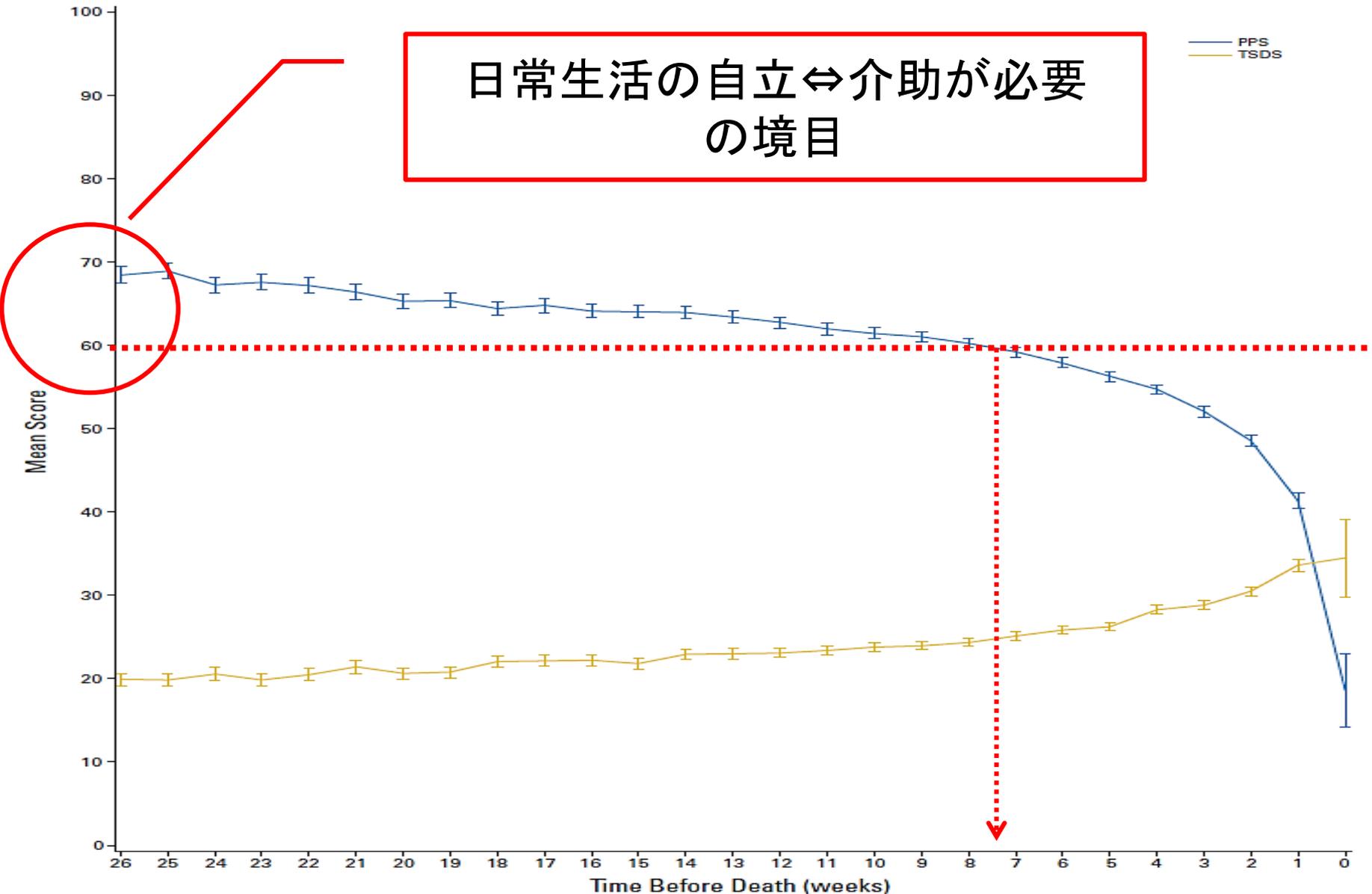
早めからの緩和ケアや終末期の準備は医療者から勧める必要
患者さん・家族は分からない、受けとめるまでの時間が必要

こんなに
早く悪くなんて
思わなかった……

日常生活動作レベルの低下を
自覚してからの準備では、時間が足りない



日常生活の自立⇔介助が必要
の境目



No. of assessments

PPS	795	835	832	877	927	1,006	1,052	1,083	1,153	1,167	1,236	1,317	1,384	1,451	1,570	1,665	1,751	1,942	2,081	2,127	2,177	2,244	2,356	2,196	2,084	1,405	64
TSDS	1,243	1,267	1,260	1,363	1,382	1,483	1,513	1,566	1,663	1,734	1,808	1,910	2,033	2,071	2,217	2,305	2,410	2,625	2,753	2,815	2,898	2,949	2,957	2,689	2,517	1,507	37

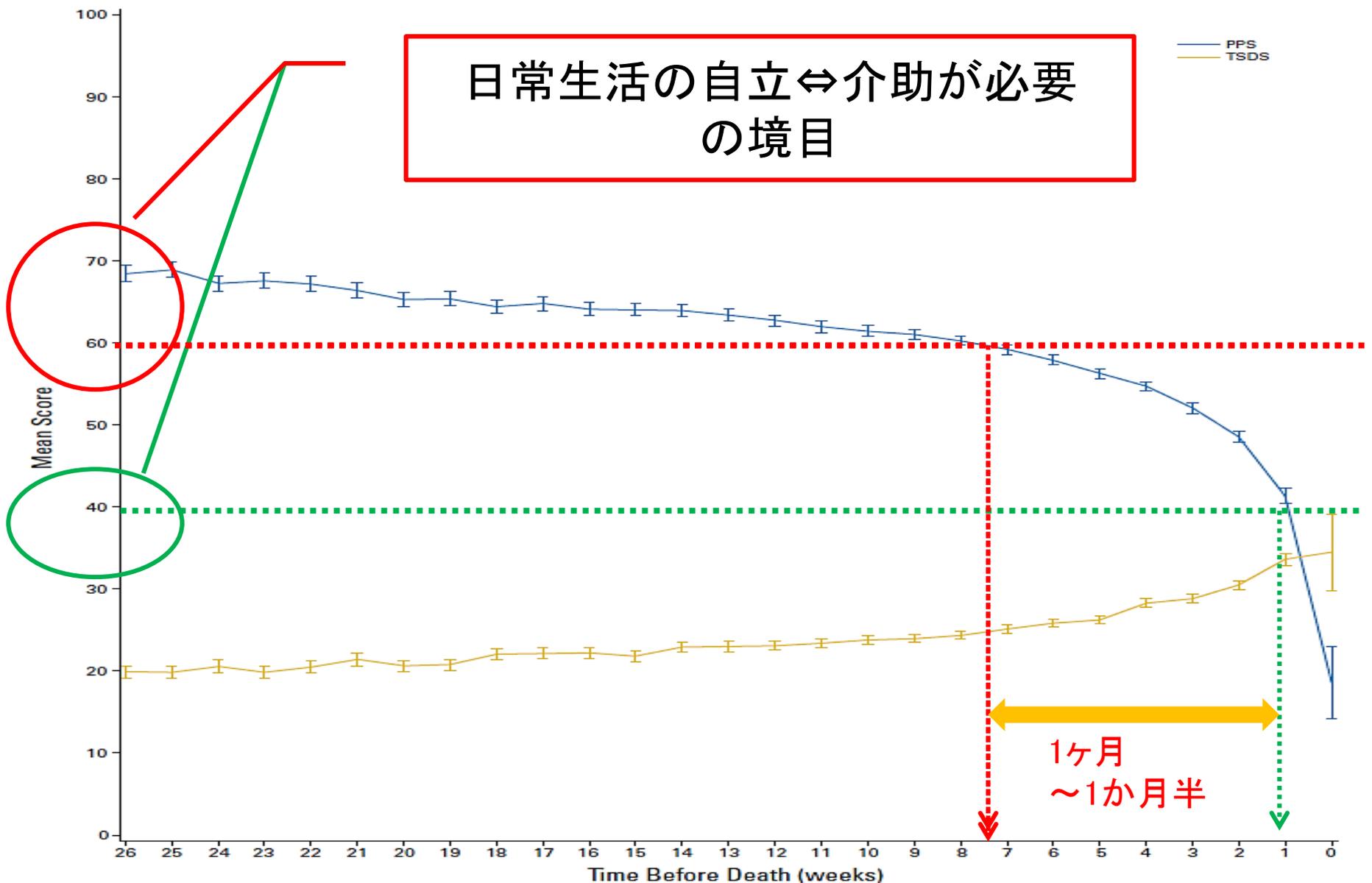
Palliative Performance Scale (PPS)

	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・仕事が可能 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		何らかの症状はあるが 正常の活動が可能			
70	ほとんど起居している	明らかな症状があり 通常の仕事や業務が困難	ときに介助	正常 もしくは 減少	清明 もしくは 混乱
60		明らかな症状があり 趣味や家事を行うことが困難			
50	ほとんど座位もしくは臥床	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	著明な症状があり ほとんどの行動が制限される	ほとんど介助		清明
30	常に臥床	著明な症状があり いかなる活動も行うことができない	全介助		もしくは 傾眠±混乱
20				数口以下	
10				マウスケアのみ	

Anderson F, et al. J Palliat Care 1996.

苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン. 日本緩和医療学会編 2010.

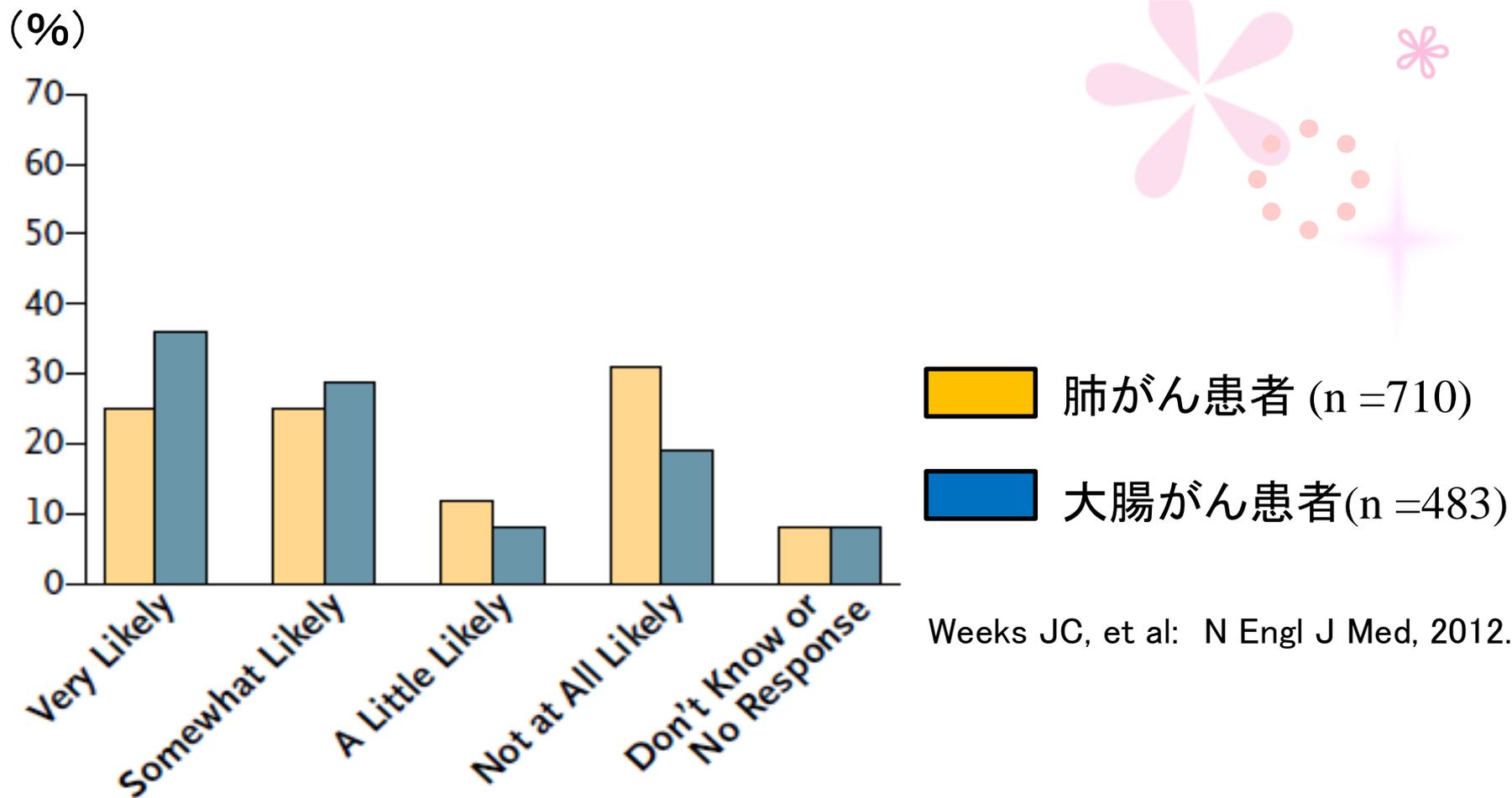
日常生活の自立⇔介助が必要
の境目



No. of assessments

PPS	795	835	832	877	927	1,006	1,052	1,083	1,153	1,167	1,236	1,317	1,384	1,451	1,570	1,665	1,751	1,942	2,081	2,127	2,177	2,244	2,356	2,196	2,084	1,405	64
TSDS	1,243	1,267	1,260	1,363	1,382	1,483	1,513	1,566	1,663	1,734	1,808	1,910	2,033	2,071	2,217	2,305	2,410	2,625	2,753	2,815	2,898	2,949	2,957	2,689	2,517	1,507	37

終末期ケアの話をする機会は逃しやすい



あなたのがん薬物療法は、がんを「cure(根治)」しますか??

終末期は家族も葛藤……

- 42.2%の家族介護者は、終末期ケアについて他の家族と言い争いになった

言い争いになりやすい背景

- ✓ 家族介護者が若年
- ✓ 患者のケアの意思決定を家族が行ってきた
- ✓ 家族間にコミュニケーション不足が生じていた

予防可能
ですね!!

普段は疎遠だった家族がケアに関わり始めることで言い争いが減った

日本人
独特？(^^;)

Hamano J, et al. Psychooncology. 2017

早めに患者・家族とともにアドバンスケアプランニングを行う！

ギアチェンジの度に話し合う

- 状況に応じ価値観、目標は変化するもの

- 療養の場所が変わった後
- 病状の変化があった時

⇒ 決めたことでも、再検討を行う

在宅医療でもアドバンスケアプランニングを！

～病院で決めない、病院がすべてではない～

がん治療中から継続支援

- 症状緩和
- 意思決定支援、ACP
- がん看護外来
- 在宅療養調整など

緩和ケア
外来

緩和ケア
病棟

緩和ケア
チーム

- 難治性の症状の緩和
- 在宅療養への移行支援
- 在宅看取りが難しい方への終末期ケア

一般病棟入院中の患者、
治療科・病棟への支援

- 症状緩和
- 意思決定支援

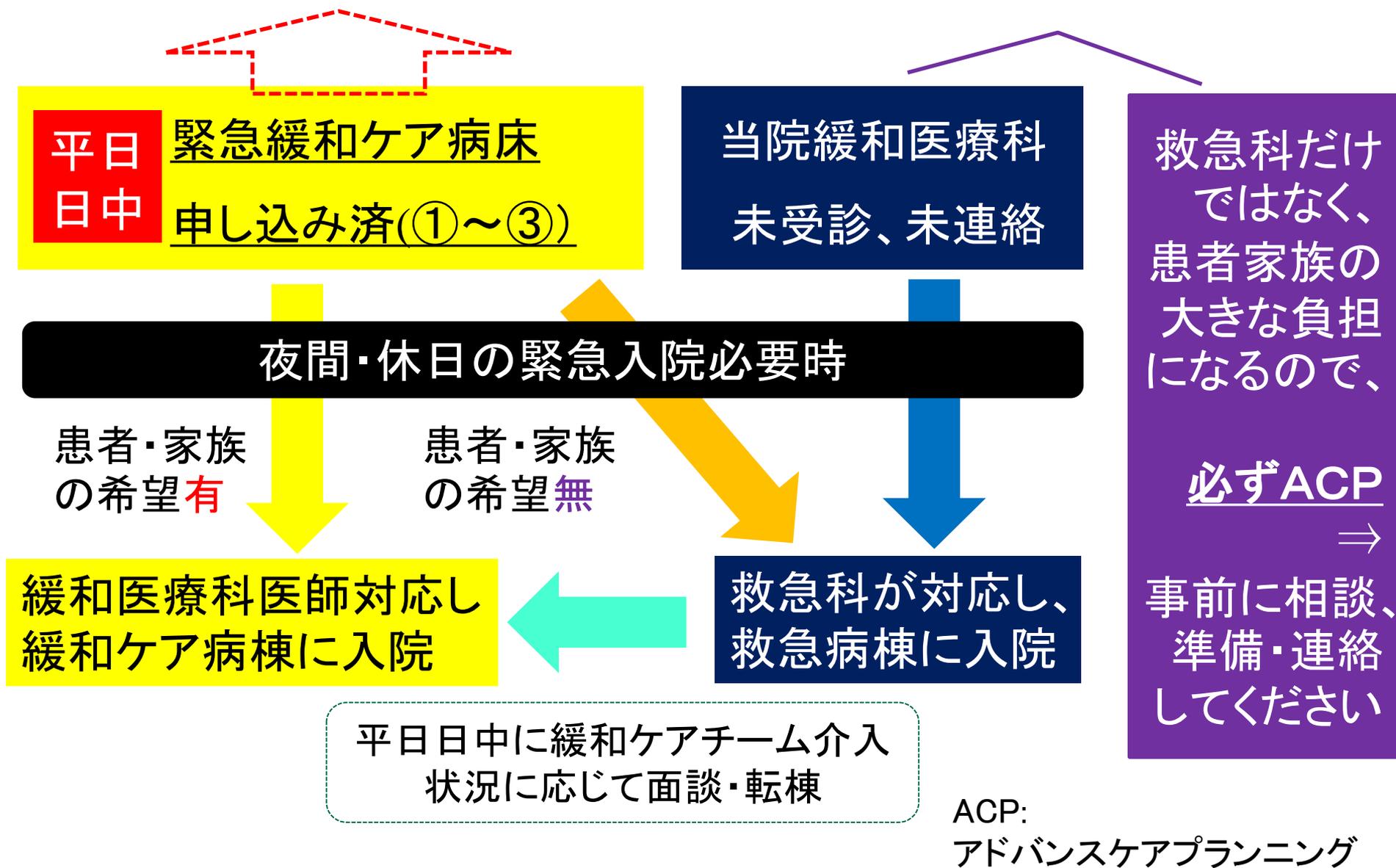
緊急緩和ケア 病床への 申込用紙 (以前に配布済)

緊急緩和ケア病床利用申込書									
登録医氏名		申込医所属		電話番号					
依頼日		緊急度	<input type="checkbox"/> 即日 <input type="checkbox"/> 2～3日以内 <input type="checkbox"/> 4～5日以内						
患者情報									
(フリガナ) 患者氏名				生年月日	<small>明治・大正 昭和・平成</small> 年 月 日	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
現住所					電話番号				
キーパーソン	氏名 関係				大学病院 受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
病名									

- ①在宅療養支援診療所から入院希望について、
緊急緩和ケア病床利用申込書を緩和医療科外来に
平日日中にFAX(☎022-717-7989)する。
- ② FAX送付後に、当科医師と電話 (☎022-717-7768)で
入院や対応方法について相談、対応を決定する
- ③ 電話での対応・方針決定後に、「診療情報提供書」および
「看護連絡票」をFAXする (☎022-717-7989)

(西17階病棟(緩和ケア病棟): 022-717-7986)

- ① 平日日中に緊急緩和ケア病床利用申込書を緩和医療科外来にFAXする。
- ② FAX送付後に、当科医師と電話で入院や対応方法について相談、対応を決定する
- ③ 電話での対応決定後に、「診療情報提供書」および「看護連絡票」をFAXする



緩和医療ケア病棟の運営：入院期間・紹介時期について

がん治療中から当科外来に通院していた場合は、
緩和医療科担当医の判断で臨時入棟面談も可能
がん治療中やACP目的の新患は入棟面談日以外でも予約可

ACP:
アドバンスケア
プランニング

緩和外来初診

早期のMSW介入開始(その後も積極的な地域連携)

お看取り

がん治療(薬物療法など)

短期入院

在宅医療介入中

在宅医療/施設入所

他院での医療提供中

緩和病棟療養
(1-2ヶ月)

他院へ再転院

緩和病棟療養

緩和医療科外来初診の
タイミングは様々!!

在宅療養中の当院緩和ケア病棟入院歴が有る患者、
入棟面談済みの患者は、緊急入院対応も行います

緩和ケア病棟入院後は、1～2週間全身状態を観察して療養先を
検討します(約1～2か月で在宅療養復帰、地元の病院に転院)

ご清聴ありがとうございました！



11月25日（土）15時～

緩和医療学分野 入局説明会

を開催します！

興味がある方はぜひご参加下さい！

（もちろん懇親会付き！！）

東北大学病院緩和医療科の仲間になりませんか！？
～入局希望、短期の臨床研修も随時受付中！

3か月以上であれば有給です～

Face Book ページもはじめました！！

東北大 緩和医療科FBページ：「[sendai.tohoku.university.palliativecare/](https://www.facebook.com/sendai.tohoku.university.palliativecare/)」で検索！

東北大学大学院 緩和医療学分野HP：<http://www.kanwa.med.tohoku.ac.jp/index.html>