

- ・ 緩和ケア病棟のご紹介
- ・ アドバンス・ケア・プランニング



東北大学病院 緩和医療科
武田 郁央

院内勉強会

<緩和ケア病棟のご紹介>

➡ 現在、医師11名、看護師20名、看護助手1名、薬剤師2名、臨床宗教師1名、ボランティア27名にて運営。

➡ 平均在院日数は12～14日
7割が看取り、3割が転院・退院。

・短期間しか関われない方が多い
はじめまして・・・さようなら
・転院・退院調整では心が折れる

➡ 病棟スタッフによる日々のケアに加え、
音楽による癒しの時間の提供
ボランティアによるティータイムの提供(平日午後)、
季節ごとの病棟の飾りつけ、花や鉢植えのお世話、などなど
臨床宗教師によるスピリチュアルケア



ハートフルケア



…患者・家族への意思決定支援…

「アドバンス・ケア・プランニング」

本日のキーワード

キーワード①
”もしばな”

キーワード②
”サプライズクエスチョン”

キーワード③
”不確実性”

キーワード④
”価値観”

キーワード⑤
”多様性”

キーワード⑥
”ディスセンサス”

キーワード⑦
”非自発的同意”

最期の時の話をしておかないと

周りの関係者が困ってしまう。

選択肢がなければ困らないのですが…。

医療技術の進歩により、やれることが多くなったのも悩みの種。

やること、やらないことの決定が困難。

★代理意思決定者の悩み

「本当はやって欲しいことがあったのではないか？」

「何もして欲しくなかったのではないか？」

「本当にこの選択でよかったのか？」

⇒後悔、不安、疑心暗鬼



縁起でもない話、もしもの時の話(もしばな)

縁起でもない話や、もしもの時の話を事前にしておく事で、いざとなったときに、困らずに対処できるかもしれませんね。

本日のキーワード①
”もしばな”



“もしばな”が必要なタイミングは、人生の最期が近づいたと本人が自覚しているときはもちろん、本人が自覚していないときにも大切です。後程述べますが、まず、医療者がそのタイミングであることを知ることが大切です。

本日お伝えしたいこと

- 最善を話し合うアドバンス・ケア・プランニング(ACP)という考え方について
- アドバンス・ケア・プランニング(ACP)を行う時期
- ACPの場での意思決定支援者としてのあり方について
 - ・ 協働的意思決定(SDM)という考え方について
 - ・ 医療者自身の価値観やバイアスを自覚する(コンセンサス・ディスセンサスという考え方)
 - ・ 非自発的同意について考える

最善を考えるために皆でテーブルに

<ACP(アドバンス・ケア・プランニング)という考え方>

➡ 終末期においては、約70%の患者さんで意思決定が不可能。

⇒あらかじめ意思を確認しておけばよいのでは？

Silveira MJ, NELM 2011

➡ 将来の意思決定能力の低下に備えて、今後の治療・療養について
患者さん・ご家族とあらかじめ話しあうプロセス。

話合う内容

- ・現在の気がかり
- ・患者の価値観や目標
- ・現在の病状や今後の見通し
- ・治療や療養に関する選択肢
- ・患者さんが意思決定できなくなった時の代理意思決定者の選定も含む

尊厳
(自尊心)

死生観

※ プロセス(話し合うこと)が大事。状況が変われば、何度でも行う。
自分の意思が尊重されることを望む患者さんばかりではない。

アドバンス・ケア・プランニング(ACP)



患者・家族とそれを支援する
医療・福祉介護チームとの
共同作業

本人の意見を尊重しつつ
家族・医療スタッフの意見も
聞いていく作業

意思決定支援を行うスタッフは、仲介役。

<ACP(アドバンス・ケア・プランニング)>

➡ ACPのメリット

- ・ 話し合いのプロセスを通して、家族や医療者が患者の**価値観**を理解でき、意思表示が難しい状態になっても患者の意向を尊重しやすい。
- ・ 患者の**自己コントロール感**が高まる。
- ・ 代理意思決定者－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、結果、**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。**
※ADだけを聴取しても、満足度の変化は得られない。

DNARも含まれるが、DNARをとる作業ではない！！

➡ ACPのデメリット

- ・ ACPを行うことが、患者・家族にとって**つらい体験**になる。

ちなみに

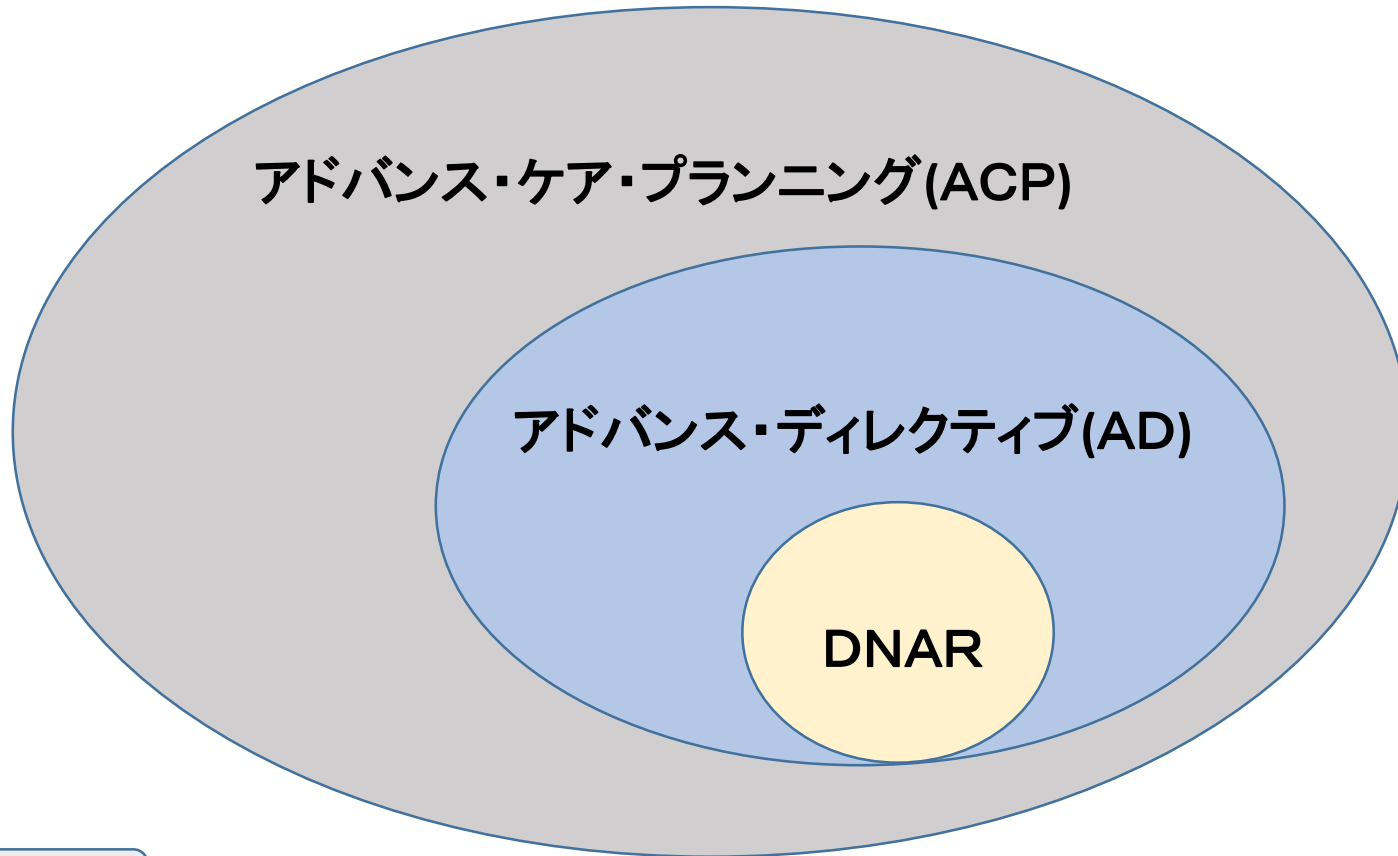
アドバンス・ディレクティブ(AD)とは？

- ・ 将来の意思決定能力の低下に備えて、自分に行われる医療行為への意向について書類や口頭で事前に意思表示すること。リビング・ウィル。
- ・ 書面か口頭で示す。
- ・ わが国での法定文書はまだ存在しない。
- ・ 蘇生処置に関する意向も含まれるが、DNARの同意を取ることが全てではない。

ADの限界：

患者1人で行えるため、家族にはなぜその選択をしたのかが分からない。
実際の状況がADの想定と異なる場合、医療やケアに活かさない。

<ACP(アドバンス・ケア・プランニング)>



ちなみに

DNARとは、Do Not Attempt Resuscitateの略。

急変時、または末期状態で心停止・呼吸停止の際に蘇生処置をして欲しくないという患者の意向

<まとめ①>

アドバンス・ケア・プランニング(ACP)

話合う内容



- ・現在の気がかり
- ・患者の価値観や目標
- ・現在の病状や今後の見通し
- ・治療や療養に関する選択肢
- ・患者さんが意思決定できなくなった時の代理意思決定者の選定も含む

本人の意見を尊重しつつ
家族・医療スタッフの意見も
聞いていく作業

患者・家族とそれを支援する
医療・福祉介護チームとの
共同作業

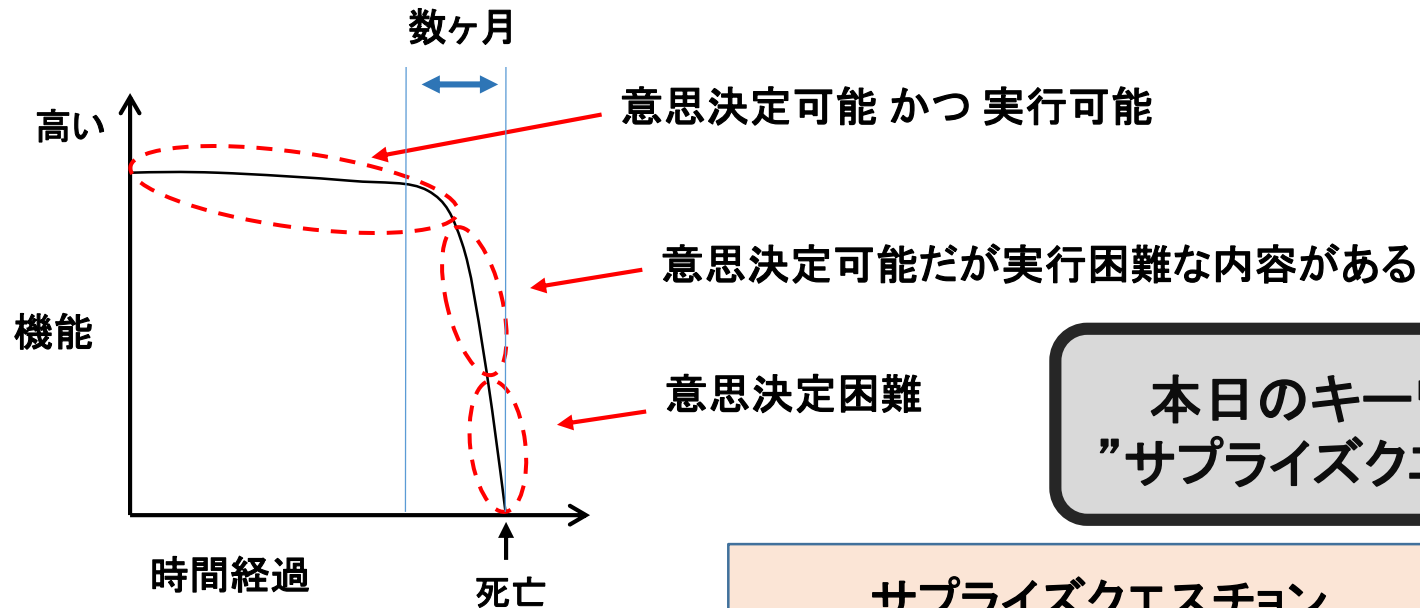
意思決定支援を行うスタッフは、仲介役。

本日お伝えしたいこと

- 最善を話し合うアドバンス・ケア・プランニング(ACP)という考え方について
- **アドバンス・ケア・プランニング(ACP)を行う時期**
- ACPの場での意思決定支援者としてのあり方について
 - ・ 協働的意思決定(SDM)という考え方について
 - ・ 医療者自身の価値観やバイアスを自覚する(コンセンサス・ディスセンサスという考え方)
 - ・ 非自発的同意について考える

＜疾患ごとの機能の推移＝意思決定能力の推移＞

がん等の悪性疾患



比較的長い期間機能は保たれる。
最期の数ヶ月で急速に機能が低下する。

本日のキーワード②
”サプライズクエスチョン”

サプライズクエスチョン

Q. もし、この患者さんが1年以内に亡くなったら驚きますか？

A. いいえ、驚きません

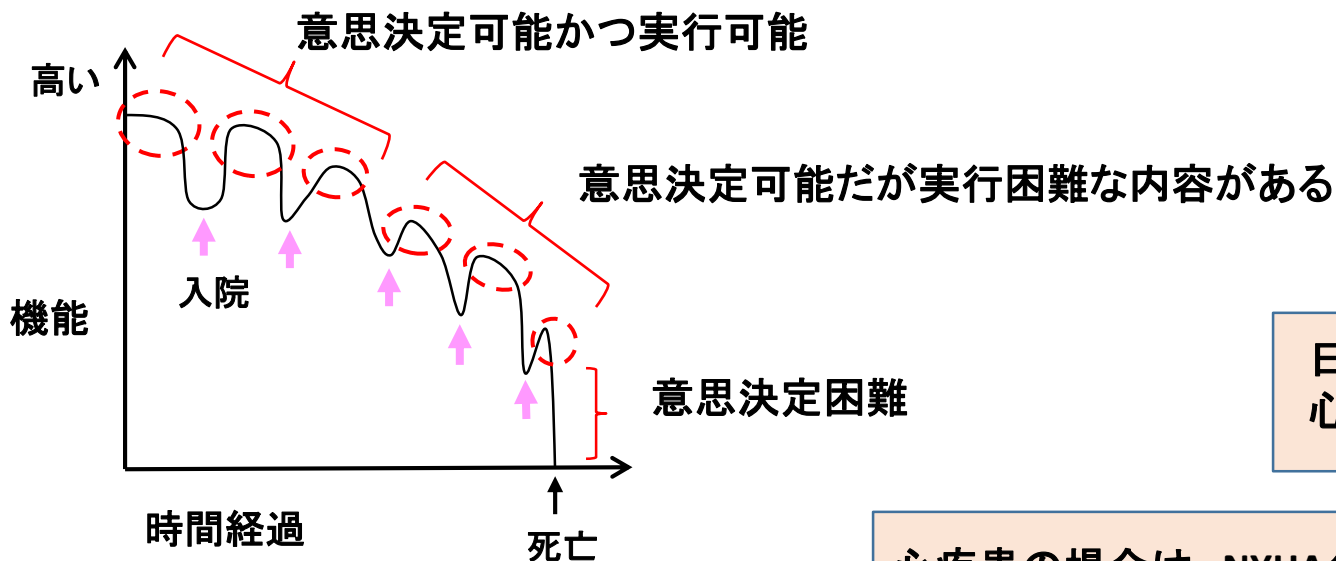
⇒ ACPを開始！

緩和ケアが介入していなければ介入を検討。



＜疾患ごとの機能の推移＝意思決定能力の推移＞

心疾患・肺疾患末期



急性増悪を繰り返しながら徐々に機能が低下する。
最期は比較的急に機能が低下する。

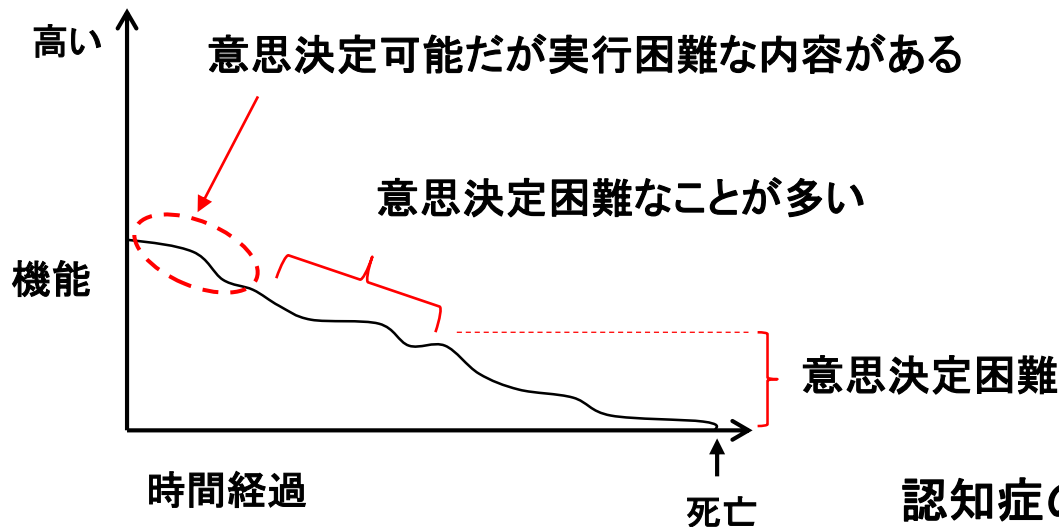
日本では癌について
心疾患での死亡が多い。

心疾患の場合は、NYHA分類のIV、
もしくはAHA/ACC 分類のstage Dと
なった場合
⇒1年死亡率は50～60%。
ACPを検討してよい時期。



<疾患ごとの機能の推移＝意思決定能力の推移>

認知症・老衰など

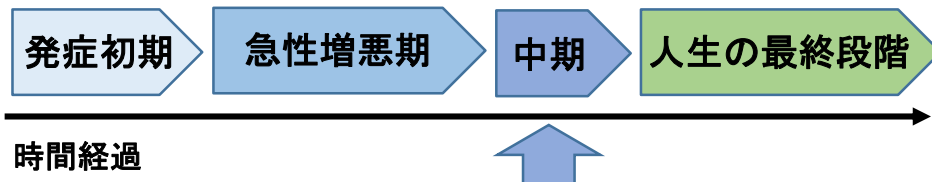


機能が低下した状態が長く続き、さらにゆっくりと機能が低下する。

この期間が長いから問題なんだね。
心不全、がん、脳卒中、腎不全など
高度な医療が必要な状態になった
場合にもどうするかを事前に決めて
おいた方がいいかもね。



認知症の時間経過



見当識障害、徘徊・妄想が増える
家事の手順がわからない
失語がある、日常生活に介助が必要となる
不潔行為がある(失禁など)

<まとめ②>

ACPを行う時期

- ➔ がん患者に限らず”サプライズクエスチョン“。
「目の前の患者さんが1年以内に亡くなったら驚くか」
⇒驚かなければACP開始を検討。
- ➔ 末期心不全・呼吸不全の患者さんならACP開始を検討。
移植の適応となっても、最善を期待しつつ、最悪に備えるというスタンスで話を始めてもよいのでは？
- ➔ 認知症の患者さんは中期になったらACP開始を検討。
- ➔ 高齢者は自分で動けなくなる前にACP開始を検討。
意思決定能力があるうちに！ 施設入所時など◎。
肺炎などでは、退院する際に。

本日お伝えしたいこと

- 最善を話し合うアドバンス・ケア・プランニング(ACP)という考え方について
- アドバンス・ケア・プランニング(ACP)を行う時期
- **ACPの場での意思決定支援者としてのあり方について**
 - ・ 協働的意思決定(SDM)という考え方について
 - ・ 医療者自身の価値観やバイアスを自覚する(コンセンサス・ディスセンサスという考え方)
 - ・ 非自発的同意について考える

本日お伝えしたいこと

- 最善の死を考えるための“尊厳”、“自尊心”、“死生観“について
- 最善を話し合うアドバンス・ケア・プランニング(ACP)という考え方について
- アドバンス・ケア・プランニング(ACP)を行う時期
- **ACPの場での意思決定支援者としてのあり方について**
 - ・ **協働的意思決定(SDM)という考え方について**
 - ・ 医療者自身の価値観やバイアスを自覚する
(コンセンサス・ディスセンサスという考え方)
 - ・ 非自発的同意について考える

Shared-Decision-Making (SDM)



**SDM: 患者自身、そして医療者自身もどうしたら
良いか、本当は分かっていない時に協力
して解決策を探す取り組み**

Shared-Decision-Making (SDM)

- ・協働的意思決定
- ・患者参加型医療
- ・共有意思決定

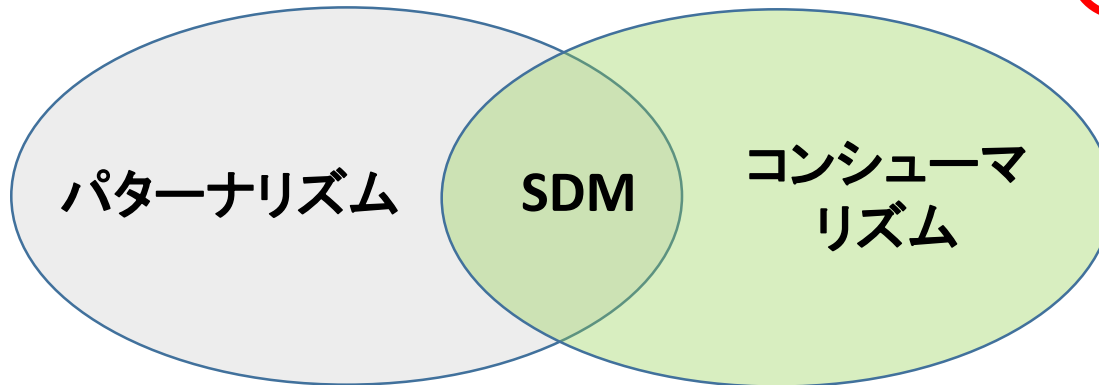
患者さんが医療における意思決定の分岐点で、利用可能な治療の選択肢を見渡し、専門家とのやり取りを通して、意思決定を行うプロセス

Shared-Decision-Making (SDM)

【治療方針の決定様式】

- ・パターナリズム(温情主義、父権主義)
- ・shared decision making
- ・コンシューマリズム(消費者主義)

協力してヘルスケアの
選択を行うために
患者と医療専門職の
間で交わす対話



Shared-Decision-Making (SDM)

【何を共有するのか】

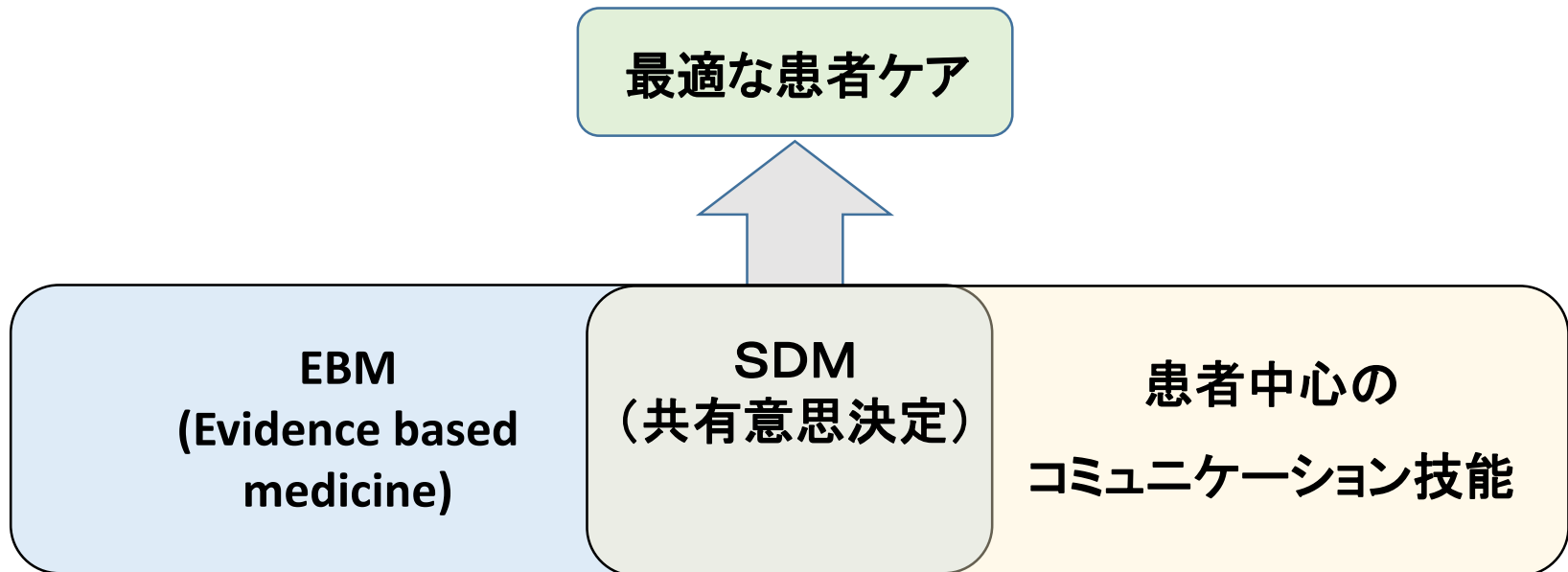
- ・情報
- ・目標
- ・責任



これらの共有を進める基本が
コミュニケーション

協力してヘルスケアの
選択を行うために
患者と医療専門職の
間で交わす対話

SDMのないEBMはエビデンスによる圧政に転ずる



Hoffmann TC, et al.JAMA 2014; 312(13):1295-6

意思決定を妨げる要素

「臨床の不確実性(選択肢が2つ以上あること)」と「価値観の多様性」

- ➡ 選択肢が複数あることは、日常生活では選ぶ側(消費者)には好ましい状況。
- ➡ 医療の現場においては、「最善の方法が分からない」という厳しい状況を意味する。
- ➡ 患者に意思決定を丸投げしたとしても、その決定の全責任を患者に負わせることはできない。
- ➡ 患者・医療者双方が意思決定に共に関わり、その責任を分かち合うことがSDMの本質

本日のキーワード③
”不確実性”

<まとめ③>

Shared-Decision-Making (SDM)

【共有】

- ・情報
- ・目標
- ・責任



コミュニケーション

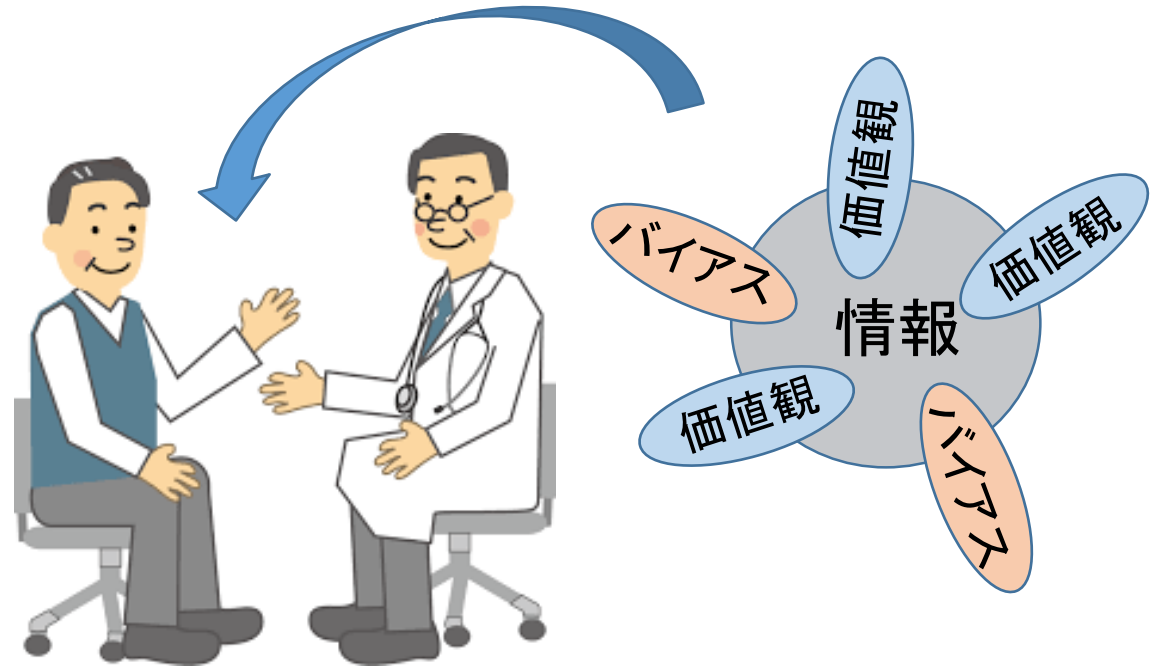
SDM: 患者自身、そして医療者自身もどうしたら
良いか、本当は分かっていない時に協力
して解決策を探す取り組み

本日お伝えしたいこと

- 最善を話し合うアドバンス・ケア・プランニング(ACP)という考え方について
- アドバンス・ケア・プランニング(ACP)を行う時期
- **ACPの場での意思決定支援者としてのあり方について**
 - ・ 協働的意思決定(SDM)という考え方について
 - ・ **医療者自身の価値観やバイアスを自覚する(コンセンサス・ディスセンサスという考え方)**
 - ・ 非自発的同意について考える

医療者の価値観やバイアスを自覚する

本日のキーワード④
”価値観”



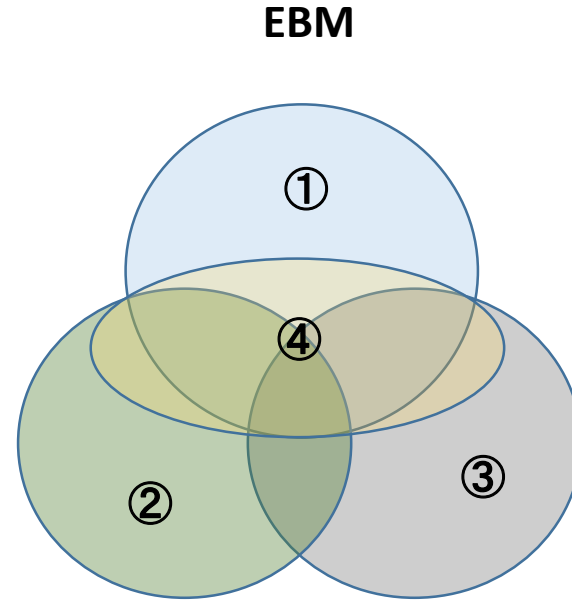
医療者には独自の価値観がある。
情報を患者さんに適応する場合にはそれを認識し、
コミュニケーションを進める。

コミュニケーションの際の注意点

- ①患者の病状と周囲を取り巻く環境
- ②患者の好みと行動
- ③エビデンス
- ④医療者の臨床経験(価値観、好み)

患者と協議によって意思決定を行う際には、医療者自身の価値観や好みを示すことも必要である。

Gordon Guyatt Users' Guides to the Medical Literature



Haynes RB, BMJ 2002; 324:1350

患者と医療者の価値の違いに対する相互の尊重

患者さんの価値観を受け取り、医療者の価値観を示す

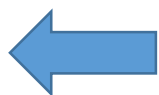
自分自身の
専門家



患者さんの価値観



医療のこと
医療者の価値観



医療の専門家



僕たち医療者は
これから本当に
多様な価値観を
受け止めることが
できるのかな？

情報の非対称性を認識
することが大事。
必ずしも理解し合える
ものではない。

多様性に対応するために（コンセンサスとディスセンサス）

”多様性を認める“ = ”様々な価値観を認める“

価値観は理解、共有できるもの（コンセンサス）もあれば、
できないものもある。

相手の価値観を理解できなくても、その存在を認めるこ
とはできる（ディスセンサス）。

本日のキーワード④
”価値観”

本日のキーワード⑤
”多様性”

多様性に対応するために（コンセンサスとディスセンサス）

コンセンサス

意見の一致。話し合いを通して命題を相互承認すること。

多数派の意見に収束するという意味合いも込められている。

上の立場の人、専門的知識を持つ人は注意が必要。



多様性に対応するために（コンセンサスとディスセンサス）

ディスセンサス

相互理解が得られないことについて分かり合う。

問題が複雑すぎる場合にはコンセンサスを得られないこともある。

無理にコンセンサスを得ても意味がない。

後々、有効な解決策が偶然見つかるチャンスが増える。



<まとめ④>

医療者の価値観を自覚し、患者の価値観を認める

- ➔ 医療者には独自の価値観があることを自覚する
- ➔ お互いの価値観を交換する。
- ➔ 必ずしも理解しあえるとは限らない。
(ディスセンス)

本日お伝えしたいこと

- 最善を話し合うアドバンス・ケア・プランニング(ACP)という考え方について
- アドバンス・ケア・プランニング(ACP)を行う時期
- **ACPの場での意思決定支援者としてのあり方について**
 - ・ 協働的意思決定(SDM)という考え方について
 - ・ 医療者自身の価値観やバイアスを自覚する(コンセンサス・ディスセンサスという考え方)
 - ・ 非自発的同意について考える

<まとめ⑤>

私たちの選択とはじつに曖昧なものであることを知る

- ➡ 強い意思、他からの強要、そうではない意思決定がある。
- ➡ 人の選択は、自分の状況が変わらなくても、時と場で変化するもの。
- ➡ 一時の決定は、絶対ではない。何度でも話し合う必要がある。

本日のキーワード⑦
”非自発的同意”