

# ACPについて

彦根市立病院 在宅診療科

花戸開

# 目次

- ▶ 自己紹介
  - ▶ 自己紹介
  - ▶ 病院での活動
- ▶ 当院に来てから感じたこと
- ▶ ACPとは
- ▶ 症例提示
- ▶ 今後考えていきたいこと
- ▶ まとめ
  - ▶ Take home message

# 自己紹介

# 緩和ケアチームカンファレンス

- ▶ 週1回の緩和ケアチームカンファレンスに参加



当院での経験

# 当院での経験①ちよこっとACP

患者 ID :

患者氏名 :

※年月日はO/O/Oで入力してください。

ちよこっと ACP		
年/月/日	言葉	記載者サイン

▶ 彦根市立病院 独自のもの

▶ 患者による重要な転機や

気になる言動があった際に記入していく

## 当院での経験②救急外来にて



急変時のことについて  
話し合ったことはありますか？

そんなこと初めてです



# 当院での経験③病棟にて

▶ 90歳 男性 誤嚥性肺炎

抗生剤加療で軽快するも「嚥下機能が廃絶し、ご飯が食べられません」



お食事が取れなくなった時のこと  
お話し合ったことがありますか？

ありません。

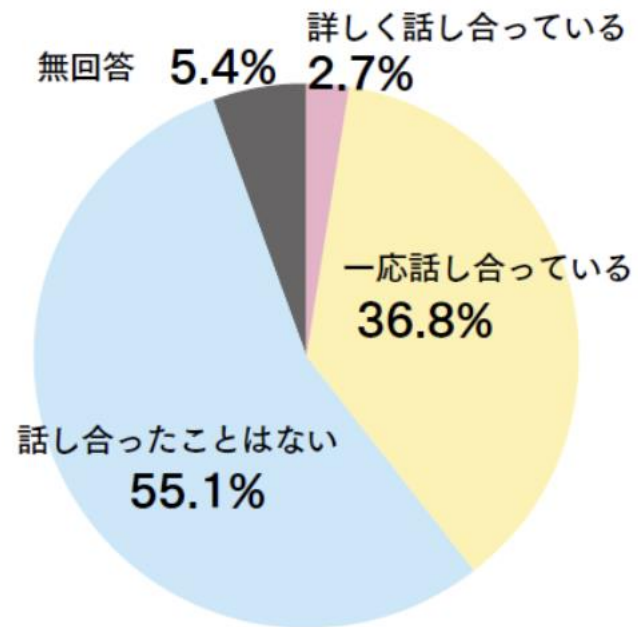
日常の診療において  
ACPをしておいて欲しかったと感じる場面が多い





# 一般的なACPの割合

あなたの死が近い場合に受けてみたい医療・療養や受けてたくない医療・療養について、ご家族等や医療介護関係者とどのくらい話し合ったことがありますか。



一般の方 n=971

<https://www.tokyo.med.or.jp/citizen/acp>

ACPとは？

# ACPの定義

- ▶ Sudore らの定義(Sudore RL, et al. JPSM. 2017;53:821-832.)

ACP は、年齢や病期を問わず、**成人患者が自身の価値観、生活の目標、今後の治療に対する意向を理解・共有すること**を支援するプロセスである。

ACP の**目的**は、重篤な病気や慢性疾患の中で、**人々が自身の価値観、目標、意向に沿った治療を受けられるように支援**することである。多くの人々にとって、このプロセスには本人が自分で意思決定ができなくなった場合に意思決定をしてくれる信頼できる人(等)を選ぶことが含まれる。

# ACP/Best Interest/ In the moment decision makingを区別する

- ▶ **狭義のACP**とは「今は意思決定能力のある患者」が将来、意思表示がなくなった時にどうするかを明確化することで希望を叶えるアプローチ
- ▶ 「既に意思決定能力が全くなくなっている患者」に対して、「〇〇をするべき/やめておくべき」という議論は最善の利益 (**Best interest**) と呼ばれる
- ▶ 今の時点でどのような治療/ケアを受けたいかという課題は「**In the moment decision making**」と呼ばれる

# 症例提示①

# 症例:60代 男性

- ▶ 疾患:〇〇癌 終末期
- ▶ 家族:妻(50代) と同居、長女(市内)、長男(県外)、次男(県外)

- ▶ 経過:

2年前:〇〇癌、同時に多発転移と診断

～化学療法～

X月:PD(進行)の判定、PS低下もあり化学療法継続困難

X月:当科紹介へ

# 症例:60代 男性



化学療法が続けられなくなりました  
家で過ごしたいと仰っています

あと1ヶ月くらいだと思います。  
しかし本人および奥さんには  
まだ伝えていません

- ▶ ACPについて引き継ぐことができなかった（されていなかった?）
- ▶ 患者が予後を把握できていない
- ▶ サービス未介入（介護保険未申請、訪問看護未介入）

# 症例:60代 男性 初回訪問時

- ▶ 癌による疼痛、倦怠感、呼吸困難感あり
- ▶ オピオイド（医療用麻薬）量もかなり多く、ややウトウトされている状態



「最期はどう考えておられますか？」  
「・・・」

「最期まで家で過ごしたいですか？」  
「そやな」

「ご飯が食べられなくなったら？」  
「・・・」



「意思決定あり」と言い切るには懐疑的



# 症例:60代 男性 初回訪問時



「最期はどのように考えていますか？」  
「できる限り家で看ようと思います」

「ご飯が食べられなくなったら？」  
「・・・」

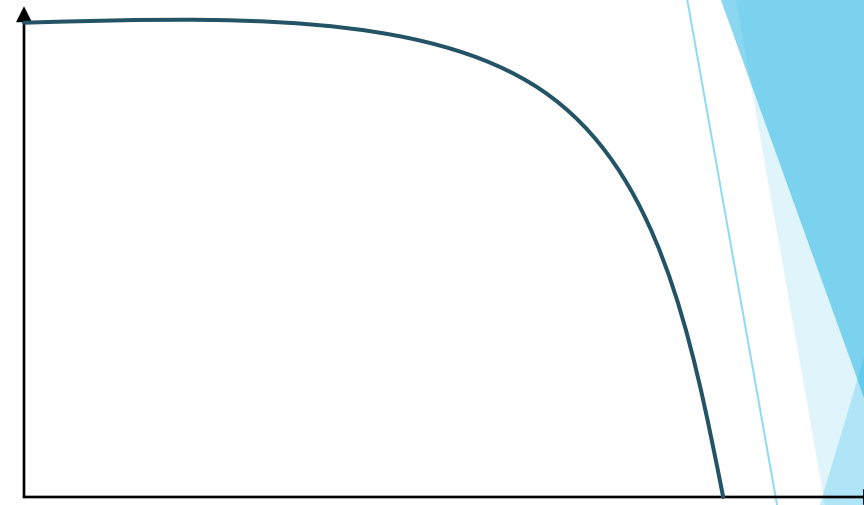


予後を知らされたばかり、かつ  
いきなり沢山の意思決定を迫られ議論は深まらず

# 症例:60代 男性

- ▶ 状態は徐々に悪化
  - ▶ 訪問診療時は鎮痛薬の調整、介護サービスの調整
  - ▶ この間、確認するも「最期はやはり自宅で」

機能



時間

トラジェクトリーカーブ

# 症例:60代 男性



呼吸困難感がコントロールできません  
不安感が強く家族は病院に行きたいと言っています

家で過ごせるよう、

家と病院ではできること  
(鎮静) 同じだけどな、

本人、家族の意向を再度伺い入院することに



# 症例:60代 男性

- ▶ 家族で十分お話しされた後、CSI（持続的皮下注射）および鎮静開始
- ▶ 一晩家族が付き添ってお看取り



## 症例:60代 男性 後日...



家族（妻）は症状が色々出てきて  
看きれなくなったら病院、と言っていました

# 本症例でのまとめ/反省点

- ▶ がん・多発転移と診断されてから約2年間ACPがなかった  
本人の意向に沿った最期であったか？
- ▶ 刻一刻と状況は変わる、それぞれで再確認することが重要であった  
(今回はBest interest課題に近いものであるが)
- ▶ ACP/現時点での治療希望を問う (聴取する) のが必ずしも医師ではない  
→チームでの連携が重要

# 症例提示②

# 症例:80代 女性

- ▶ 既往歴:Parkinson病 類似疾患
- ▶ 家族:夫(80代・認知症) および長男夫婦と同居、次男(県内)・三男(県内)
- ▶ サービス:デイサービス 4回/週、訪問看護 1/週
  
- ▶ 家族関係:本人夫婦と子(3人)関係性が非常に悪く、介護に全く関与拒否
- ▶ 主介護者:長男妻のみ(パート勤務・職場環境もあり休職・休暇が難しい)



# 症例:80代 女性

## ▶ 経過:

- ・ X年:Parkinson病 類似疾患の診断  
～疾病の進行、食事量徐々に減少～
- ・ X+1年:当科介入

## ▶ 介入時「ご本人のご意向は??」



ご飯が食べられなくなっても  
胃瘻とか点滴を入れてまで長生きしたくない

最後まで家にいたい

# 症例:80代 女性

- ▶ 2ヶ月後...発熱、喀痰増加あり



- ▶ 家族と相談の上、長女の介護疲れ/休職困難もあり、家で発熱中の介護を行うのは厳しく入院
- ▶ 誤嚥性肺炎は抗生剤投与でよくなった、が、、、  
嚥下評価→**ほぼ廃絶**

# 症例:80代 女性



義理

今後どうしますか？

よいか...

本人の希望通り最期まで家でみます

お義父さんと話して覚悟決めました



# 症例:80代 女性

- ▶ 状態としてはいつ亡くなってもおかしくない状態...

## ◎CMを通じてサービスの再調整

### ▶ デイサービス

- ▶ 状態を共有し、ご理解あり受け入れていただく方針に
- ▶ 最期は在宅で、との意思を共有し

もし急変にて心停止時も看取り出来るよう取り計らっていただいた

- ▶ 長男妻不在時のヘルパーによる訪問
- ▶ 訪問看護による頻回な状態報告

自宅看取り

# 本症例でのまとめ

- ✓ 元気なうちからの本人の意思が明確になっていた
- ✓ 本人および家族の意向を多職種で共有し、サービス等を利用しながら最期まで自宅で過ごすことができた
- ✓ 医療者が（勝手に）限界を決めない

まとめ

# 今私が感じていること；ACPを進める？

ざっくりしすぎている



なぜ今まで進んでいない？

言葉だけが先行している

# そもそも何のためにACPをするのか？

→もう一度定義を振り返ってみましょう。

▶ Sudore らの定義(Sudore RL, et al. JPSM. 2017;53:821-832.)

ACP は、年齢や病期を問わず、成人患者が自身の価値観、生活の目標、今後の治療に対する意向を理解・共有することを支援するプロセスである。

ACP の目的は、重篤な病気や慢性疾患の中で、人々が自身の価値観、目標、意向に沿った治療を受けられるように支援することである。多くの人々にとって、このプロセスには本人が自分で意思決定ができなくなった場合に意思決定をしてくれる信頼できる人(等)を選ぶことが含まれる。



# そもそも何のためにACPをするのか？

→もう一度定義を振り返ってみましょう。

▶ Sudore らの定義(Sudore RL, et al. JPSM. 2017;53:821-832.)

ACP は、年齢や病期を問わず、成人患者が自身の価値観、生活の目標、今後の治療に対する意向を理解・共有することを支援するプロセスである。

ACP の**目的**は、重篤な病気や慢性疾患の中で、**人々が自身の価値観、目標、意向に沿った治療を受けられるように支援**することである。多くの人々にとって、このプロセスには本人が自分で意思決定ができなくなった場合に意思決定をしてくれる信頼できる人(等)を選ぶことが含まれる。

ざっくり言えば、、、その人らしく生きる、を実現するための手段

どうやって行えば良いのか??

# SUPPORT研究

- ▶ 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(AD)を導入とした（クラスターランダム化）比較試験
- ▶ 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.

単なる書面によるADのみでは有効ではない

- ✓ 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
- ✓ 具体的な価値観を理解することで柔軟に対応できる、と解釈

# いつ行えば良いのか？

- ▶ 早すぎると
  - ▶ 不明確、不正確なものになってしまう
  
- ▶ 遅すぎると
  - ▶ 行われたい
  - ▶ 本症例のように議論が進まず終わってしまう

Billings JA, JAMA Intern Med. 2014

# 一般的に推奨されるタイミング

▶ 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ACPを開始したほうがよい

Small N. Palliat Med 2010;24:740-741

▶ SPIC-T-JP等のスコアリングシステム

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

SPIC-T-JP Sep 2016 based on SPIC-TTM April 2015

あくまで目安

**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(中下)かつ、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%以上の時間を臥床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、苦痛となる症状が現れている	
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**

<b>がん疾患</b>	<b>呼吸器疾患</b>
進行性の転移性がんによる生活・身体機能の低下がある	重症慢性呼吸器疾患が、かつ、急性増悪でないときに定期的に繰り返す呼吸器症状を生じる
体力低下のためがん治療 (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がん治療を受けていない	在宅酸素療法を含む長期的酸素療法を必要とする
<b>認知症/フレイル (虚弱)</b>	呼吸不全のために人工呼吸器管理が必要になることがある、または現在も必要としている
介助なしには着替え、歩行や食事ができない	人工呼吸器管理が予後およびQOLを改善しないため適応が不十分
経口摂取量の低下、嚥下困難がある	
尿失禁や便秘がある	<b>腎疾患</b>
発熱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	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
大腸骨骨折や複数の転倒を繰り返している	腎不全によって、他の予後決定疾患や治療が複雑になっている
反応する発熱のエピソードや感染症 (菌性肺炎など) がある	透析を中止した、または中止が検討されている
<b>神経疾患</b>	<b>肝疾患</b>
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	進行性肝臓病があり、以下の一つ以上を1年以内に併発している
発熱の問題に新しいコミュニケーションが困難になっている、あるいは、進行性の嚥下困難がある	利尿薬に反応しない腹水
反応する感染性肺炎、自切、呼吸困難または呼吸不全がある	肝性脳症
<b>心疾患・血管疾患</b>	肝性腹膜炎
NYHA Class III/IVの心不全、または広範囲にわたる治療不可能な冠動脈疾患があり、安静時もしくは軽度の労作で呼吸困難や胸痛が生じる	反復する静脈瘤出血
重症で手術不能な末梢血管疾患がある	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計画を見直す

症状またはニーズが明確でメンタルケアが困難な場合には専門家の紹介を検討する

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

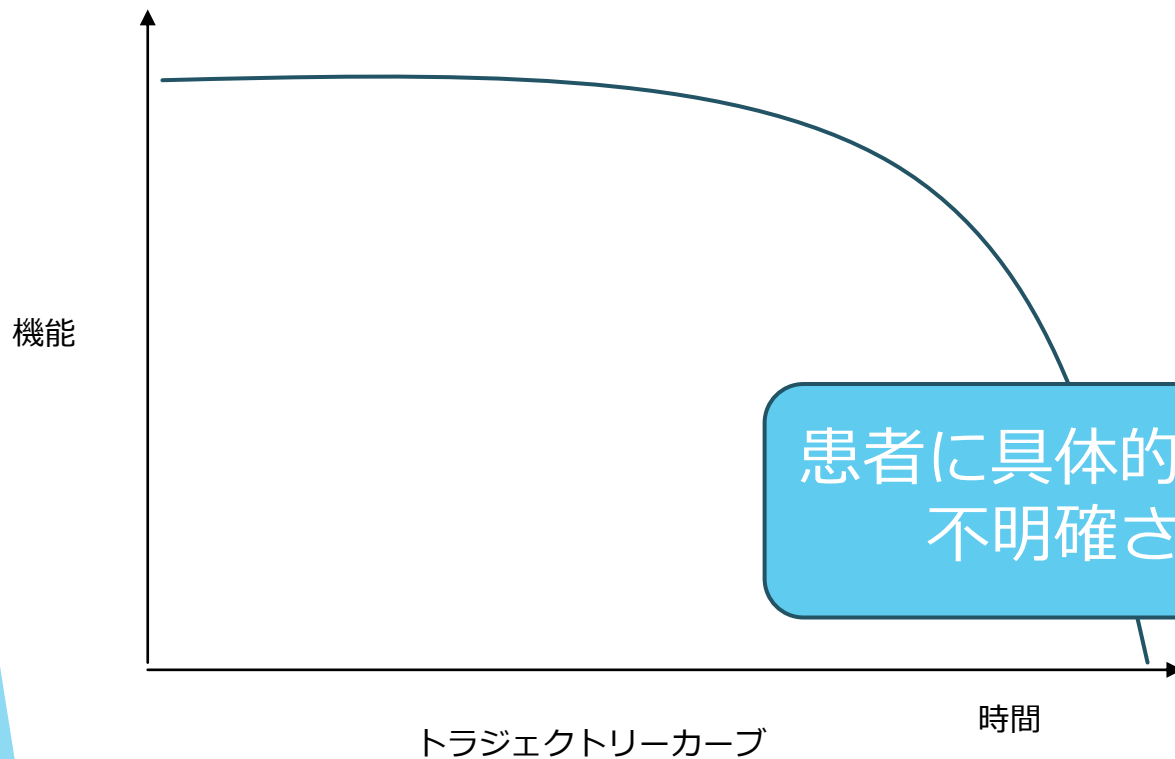
患者が意思決定能力を喪失するリスクがある場合には、前もって計画するようにする

プランを記録し、共有し、ケアをコーディネートする

SPIC-T-JP Sep 2016 based on SPIC-TTM April 2015

# ACPの不明確さ

- ▶ 不明確さの要因として、今後の見通しが立っていないこと



臨床的な予後の予測	1~2週	8.5
	3~4週	6.0
	5~6週	4.5
	7~10週	2.5
	11~12週	2.5
	13週以上	0
Karnofsky Performance Scale	10~20	2.5
	30以上	0
食欲不振	あり	1.5
	なし	0
	あり	1.0
	なし	0
	>11000	1.5
	8501~11000	0.5
	≦8500	0
	0~11.9	2.5
	12~19.9	1.0
	≧20	0

PaPスコア (Palliative Prognosis Score)

# ACPは変わる

## Source

### Older adults

Barrio-Cantalejo et al,<sup>12</sup> 2013

Carmel and Mutran,<sup>24</sup> 1999

Danis et al,<sup>32</sup> 1994

Weighted average

### Outpatients

Janssen et al,<sup>13</sup> 2012

McKim et al,<sup>14</sup> 2012

Pruchno et al,<sup>16</sup> 2008

Golin et al,<sup>20</sup> 2000

Dales et al,<sup>23</sup> 1999

Weissman et al,<sup>22</sup> 1999

Weighted average

### Inpatients

Eggar et al,<sup>19</sup> 2002

Krumholz et al,<sup>25</sup> 1998

Watson et al,<sup>26</sup> 1997

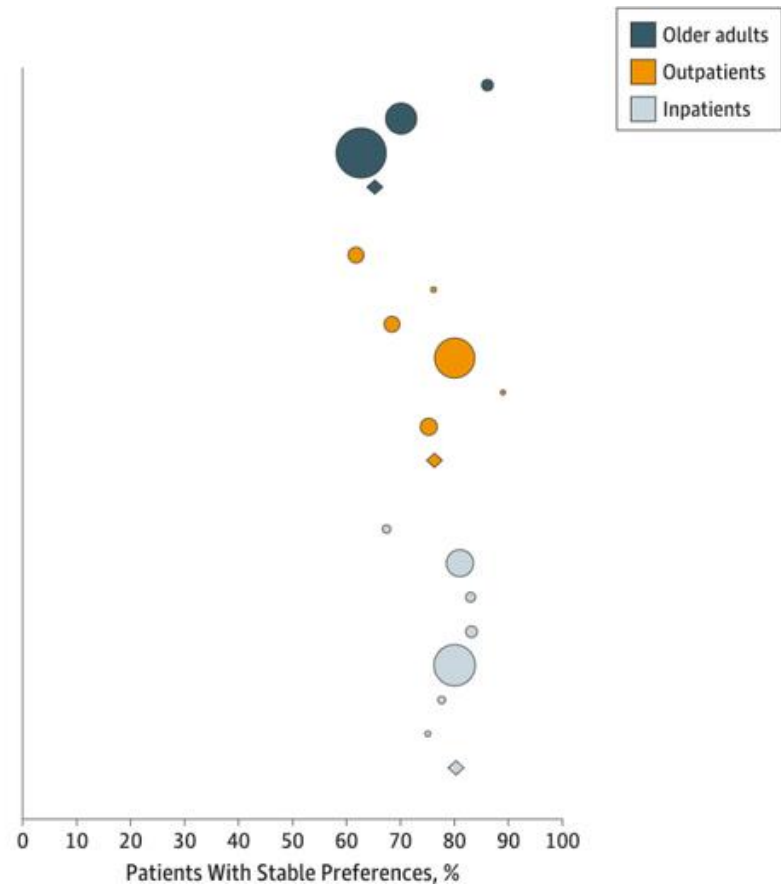
Bruce-Jones et al,<sup>28</sup> 1996

Rosenfeld et al,<sup>29</sup> 1996

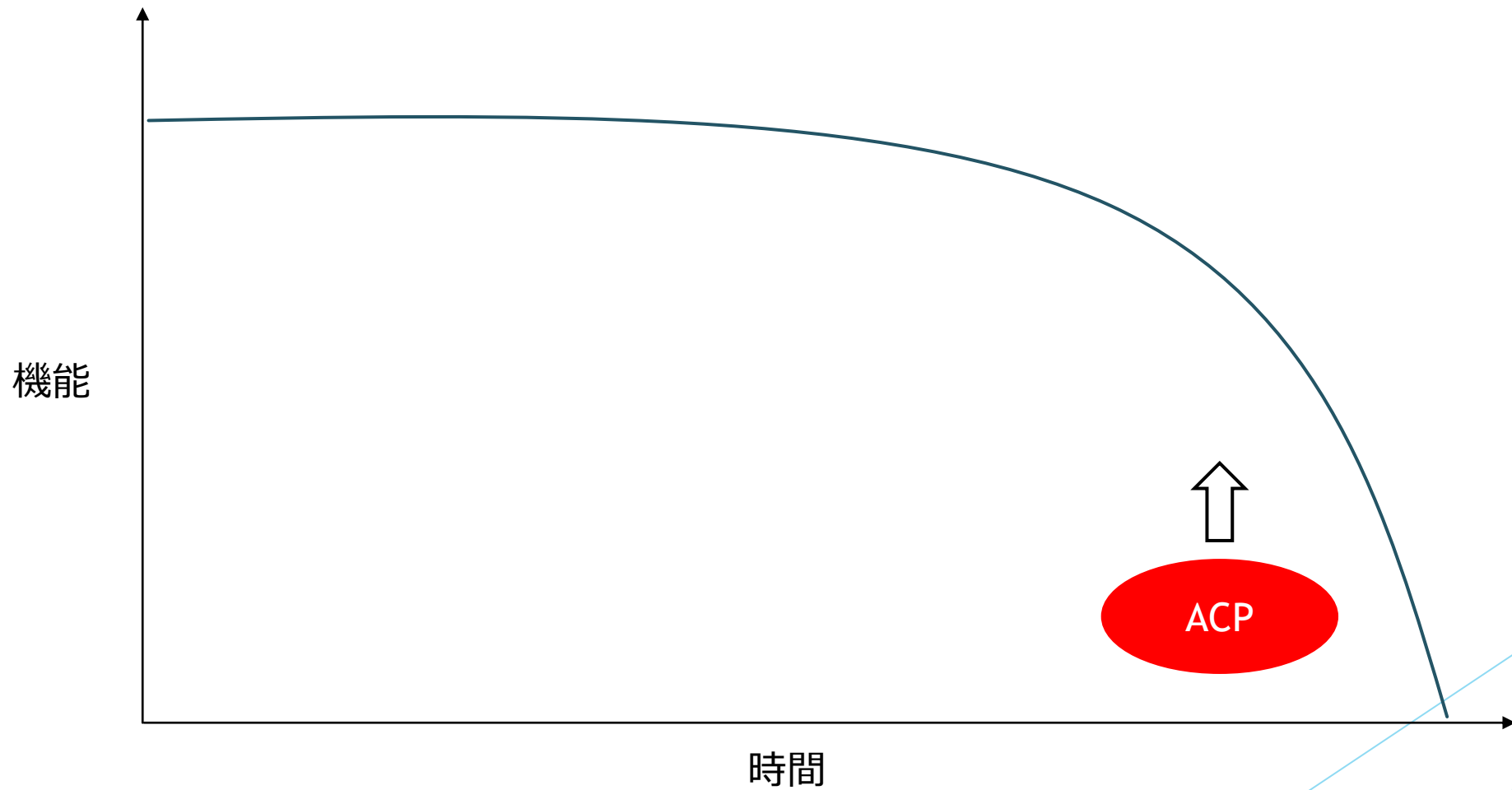
Ganzini et al,<sup>31</sup> 1994

Everhart and Pearlman,<sup>33</sup> 1990

Weighted average

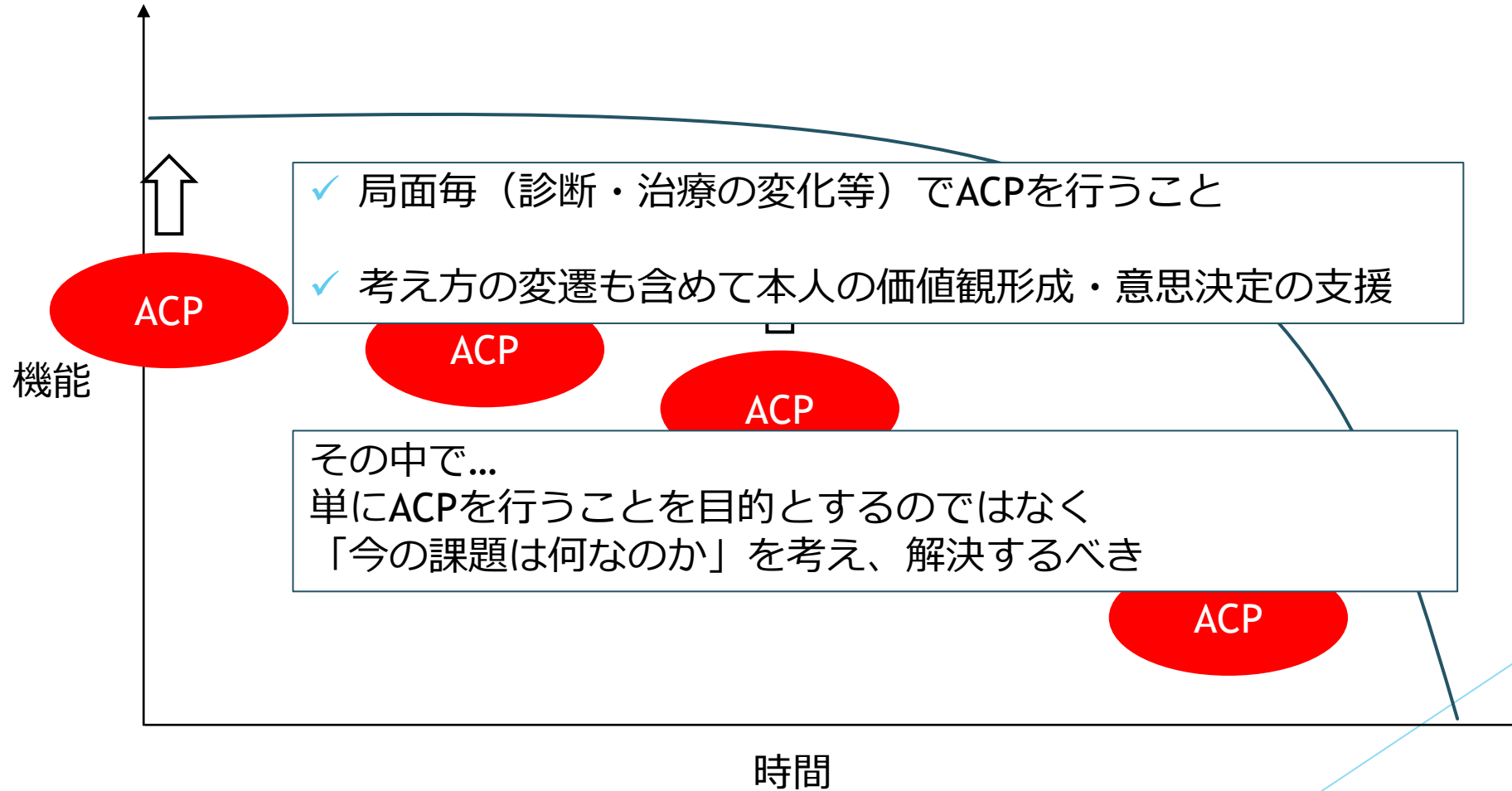


# がんのトラジェクトリーカーブの中で





# トラジェクトリーカーブの中で



# Take Home Message/今後の課題

- ▶ まだまだ「ACPをしておけばよかった/おいて欲しかった」と思う症例が多い  
→地域としての意識づけにより早期から適切にACPを
- ▶ ACPは目的ではなく手段である
- ▶ 多職種で患者の課題を抽出し、解決するべくACPを行う  
ACPについて共有を行い、その人らしく終末期を生きれるようにサポート

まさに「チームケア」

住み慣れた場所で最期まで自分らしく暮らせる地域にしたい

そのために今後、微力ながら関わらせていただければ幸いです

ご清聴ありがとうございました