

## 領域 8 在宅医療の倫理的側面

### 臨床倫理の4分割チェックシート

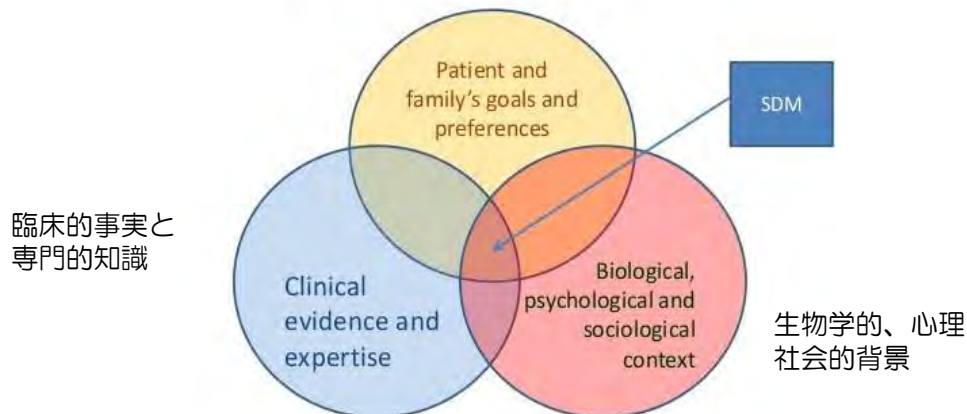
<p style="text-align: center;"><b>医学的適応</b></p> <p>(チェックポイント)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 診断と予後</li> <li>2. 治療目標の確認</li> <li>3. 医学の効用とリスク</li> <li>4. 無益性 (Futility)</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>患者の意向</b></p> <p>(チェックポイント)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 患者の判断能力</li> <li>2. インフォームドコンセント (コミュニケーションと信頼関係)</li> <li>3. 治療の拒否</li> <li>4. 事前の意思表示 (Living Will)</li> <li>5. 代理決定 (代行判断、最善利益)</li> </ol>
<p style="text-align: center;"><b>QOL</b></p> <p>(チェックポイント)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. QOLの定義と評価 (身体、心理、社会、スピリチュアル)</li> <li>2. 誰がどのように決定するのか             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 偏見の危険</li> <li>・ 何が患者にとって最善か</li> </ul> </li> <li>3. QOLに影響を及ぼす因子</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>周囲の状況</b></p> <p>(チェックポイント)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 家族や利害関係者</li> <li>2. 守秘義務</li> <li>3. 経済的側面、公共の利益</li> <li>4. 施設方針、診療形態、研究教育</li> <li>5. 法律、慣習</li> <li>6. 宗教</li> <li>7. その他</li> </ol>

故 白浜雅司 佐賀市立国民健康保険三瀬診療所所長

### 共有意思決定・協働的意思決定 (SDM : Shared Decision Making)

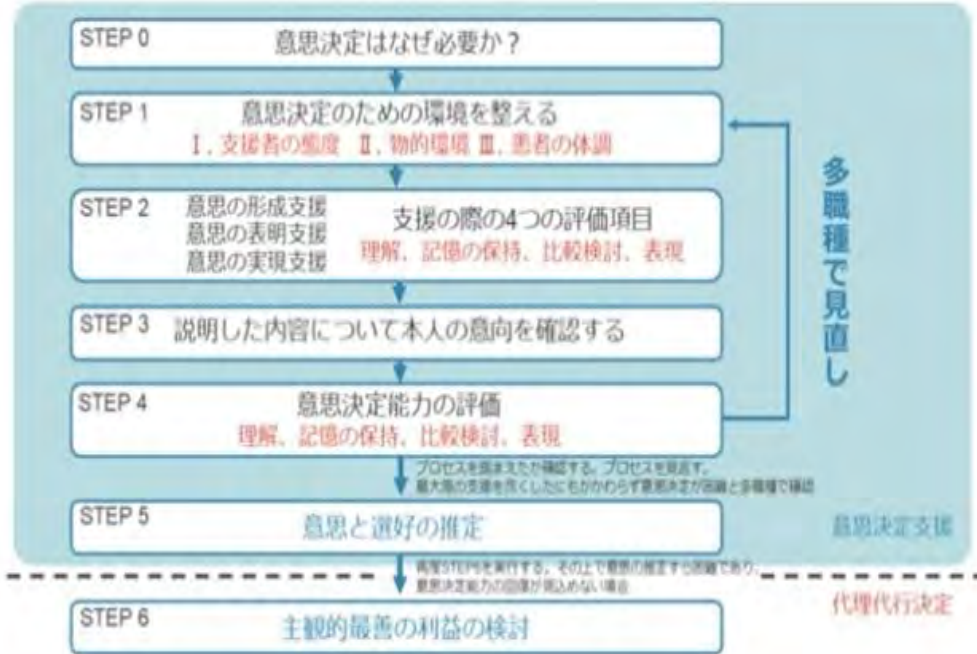
#### Decision-making process

患者家族の目標と意向



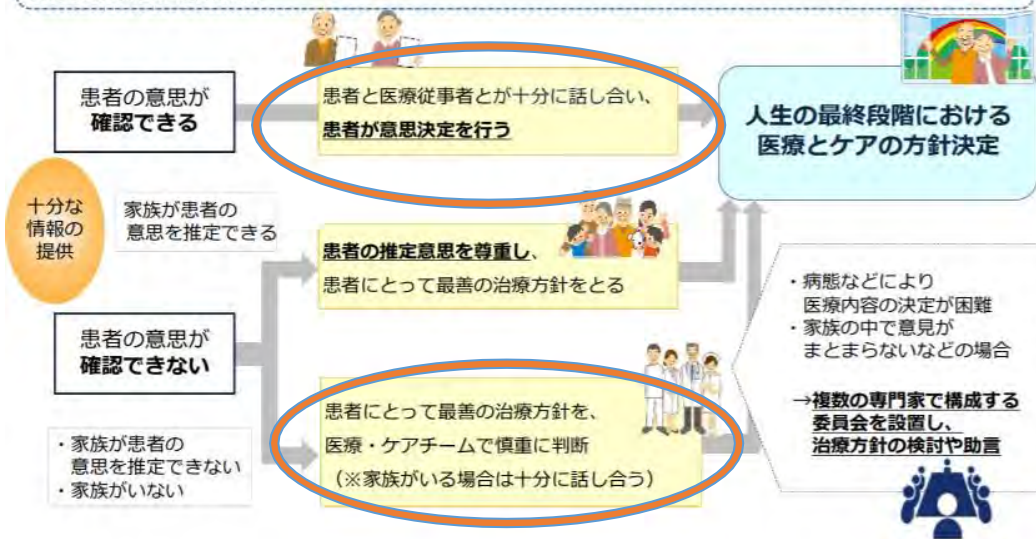
<http://www.cincinnatichildrens.org/>

# 意思決定支援のフローチャート



## 厚生省「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」における意思決定支援や方針決定の流れ

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



# 事前指示に関するSUPPORT研究の詳細 (AD: 事前指示書を介入としたクラスターランダム化試験)

Original Contributions JAMA. 1995 Nov 22-29;274(20):1591-8.

## A Controlled Trial to Improve Care for Seriously Ill Hospitalized Patients

The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT)

The SUPPORT Principal Investigators

**Objectives.**—To improve end-of-life decision making and reduce the frequency of a mechanically supported, painful, and prolonged process of dying.

**Design.**—A 2-year prospective observational study (phase I) with 4301 patients, followed by a 2-year controlled clinical trial (phase II) with 4804 patients and their proxies, randomized by specialty group to the intervention group (n=2322) or control group (n=2482).

**Settings.**—Five teaching hospitals in the United States.

**Patients.**—A total of 9125 adults hospitalized with one or more of nine life-threatening diagnoses; an overall 6-month mortality rate of 43%.

**Interventions.**—Physicians in the intervention group received summaries of the likelihood of 6-month survival for every day up to 6 months, outcomes of cardiopulmonary resuscitation (CPR), and functional disability at 2 months. A specially trained nurse had multiple contacts with the patient, family, physician, and hospital staff to elicit preferences, improve understanding of outcomes, encourage attention to pain control, and facilitate advance care planning and patient-physician communication.

**Results.**—The phase I observation documented shortcomings in communication, frequency of aggressive treatment, and the characteristics of hospital death: only 47% of physicians knew when their patients preferred to avoid CPR; 48% of do-not-resuscitate (DNR) orders were written within 2 days of death; 38% of patients who died spent at least 10 days in an intensive care unit (ICU); and for 50% of cardiac patients who died in the hospital, family members reported moderate to severe pain at least half the time. During the phase II intervention, patients experienced no improvement in patient-physician communication (eg, 37% of control patients and 40% of intervention patients discussed CPR preferences) or in the lagged outcomes, ie, incidence or timing of written DNR orders (adjusted odds, 1.02; 95% confidence interval [CI], 0.90 to 1.15), physicians' knowledge of their patients' preferences not to be resuscitated (adjusted odds, 1.02; 95% CI, 0.89 to 1.16), number of days spent in an ICU receiving mechanical ventilation, or coma before death (adjusted odds, 1.07; 95% CI, 0.87 to 1.32), or level of reported pain (adjusted odds, 1.15; 95% CI, 1.00 to 1.33). The intervention also did not reduce use of hospital resources (adjusted odds, 1.02; 95% CI, 0.99 to 1.07).

**Conclusions.**—The phase I observation of SUPPORT confirmed substantial shortcomings in care for seriously ill hospitalized adults. The phase II intervention failed to improve care or patient outcomes. Enhancing opportunities for more patient-physician communication, although advocated as the major method for improving patient outcomes, may be inadequate to change established practices. To improve the experience of seriously ill and dying patients, greater individual and societal commitment and more proactive and formal measures may be needed.

JAMA. 1995;274:1591-8.

PUBLIC HEALTH and ethical well-being during the century have given Americans the opportunity to live longer and more productive lives, despite progressive illness. For some patients, however, this progress has resulted in prolonged dying, accompanied by substantial emotional and financial expense.<sup>1</sup> Many Americans worry that they will lose control over their lives if they become critically ill and their dying will be prolonged and expensive.<sup>2</sup> This has led to an increasingly visible rights-to-die movement. Two years after voters in California and Washington State narrowly defeated referenda on physician-assisted euthanasia, Oregon voters approved physician prescription of lethal medication for persons with a terminal disease.<sup>3,4</sup> Physicians and ethicists have debated when to use cardiac resuscitation and other aggressive treatments for patients with advanced illness.<sup>5,6</sup> Many worry about the economic and human cost of providing life-sustaining treatment near the end of life.<sup>7</sup>

For editorial comment see p 1634.

In response, professional organizations, the judiciary, consumer organizations, and a president's commission have all advocated more emphasis on realistically forecasting outcomes of life-sustaining treatment and on improved communication between physician and patient.<sup>8-12</sup> Studies comparing different consent and communication, like the Patient Self-Determination Act,<sup>13</sup> have been passed. Advance care planning and effective ongoing communication among clinicians, patients, and families are essential to advance these goals. Proactive studies indicate, however, that communication is often absent or occurs only during a crisis.<sup>14</sup> Physicians' understanding of their patients' preferences may be the best possible ongoing prognostication.

アメリカでは1990年代には連邦法にてADが整備されるようになった。ADは最期を迎えるに欠かせない書類であり、これさえ残しておけばみな困ることなく最期を送ることができると思われたがADの作成、利用人口は増えなかった。そのためアメリカ政府は治療の結果とリスクにおける予測と選考に関する調査

(Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcome and Risks of Treatments: SUPPORT)

というADを行うことによる全国規模の介入試験を行った。



A complete list of the SUPPORT principal investigators and addresses appears at the end of this article. The authors and their contacts are listed at the end of the article and are not necessarily representative. Reprints: Requests to ICU Research Unit, Box 3531, University of Washington Medical Center, 1959 North East Pacific Street, Seattle, WA 98195 (phone: 206/616-7000). JAMA, November 22/29, 1995—Vol 274, No 22. Case for Seriously Ill Hospitalized Patients—SUPPORT Investigators 1591 Downloaded From: http://archgenent.com/ by a Minnesota Address on 08/28/2013

## アドバンス・ケア・プランニングの初出

Advance Care Planning Priorities for ethical and Empirical Research  
Teno, JM, Nelson, HL, Lynn J. Hastings Center Report S32S36, 1994

ACPのゴール

全体のゴール：患者が意思決定に参加できなくなった時に臨床的なケアが確実に患者の意向に従い形成されること

個別ゴール

1. 意思決定のプロセスを改善する

- 1) 患者の予後、選好に基づき、患者、医療提供者、代理決定者の間の共有意思決定 (Shared Decision Making) を促進すること
- 2) 強制されることなく、治療決定を委任できるようにすること
- 3) 変化する臨床状況に対応して、柔軟性と特異性のバランスをとる
- 4) 看取りについて及び判断能力低下を伴う疾患に罹患した際に生じる問題について、適切な個人及び公的教育を奨励する。

2. 患者のアウトカムを改善する

- 1) 患者の幸福 (well-being) を改善する。
  - a. 過剰及び過小治療の頻度及び規模を縮小する
  - b. 患者が自分のヘルスケアをコントロールできるようにする
- 2) 家族や大切な人々に負担をかけてしまうという個人の概念を軽減する



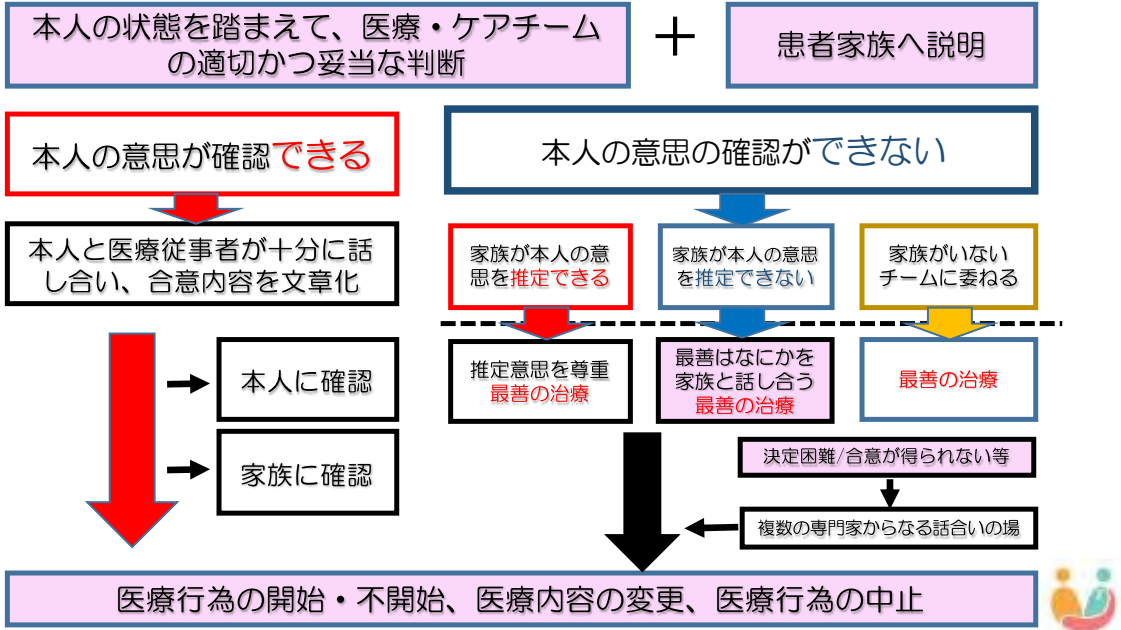
## 健康状態・病気のステージに応じた ACP の類型

ACPの類型	主観的健康度	病状のステージ	対象年齢 健康状態 課題	相談員
第一段階	健康である	Healthy (No Frailty)  自律的な社会生活	小学～大学生、若い母親・父親・壮年期  より豊かに生きる・ライフイベントを発達課題として対処する	市町村の行政職員 保健師 教育者 養護教諭 職場の役職者・管理者、産業保健の医師・保健師
第二段階	まあまあ健康である	Frailty  慢性疾患を1つないしは複数有し、治療初期から中期の者	壮年期・高齢期 治療継続 生活機能はほぼ自立（要介護2）  生活機能維持のため予防的な健康支援を必要とする	保健所・保健センター、地域包括ケア支援センター、退院支援部門、病院外来、診療所・訪問看護ステーション等の医師・看護師、保健師、ケアマネージャー、MSWなど
第三段階	あまり健康でない	症状悪化 身体機能低下・障害（要介護） 入院加療中 施設入所中	急性期など病状が深刻な患者  治療の選択、開始や変更、中止、差し控えなどの決断が必要となる	病院 救命救急、緩和ケア、特別養護老人施設の医師・看護師・MSWなど



ALP: Advance Life Planning ACP : Advance Care Planning

## 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスアルゴリズム





# 認知症の人の日常生活・社会生活の意思決定支援 ガイドラインの概念図

本人の意思の尊重、意思決定能力への配慮、チームによる早期からの継続的支援

