

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

2015年度(後期) 一般公募「在宅医療研究への助成」完了報告書

## 在宅診療を受ける高齢者と家族の急変時治療の 選択を支える『治療選択サポートビデオ』の開発

申請者: 湯浅美鈴

所属機関:

三重大学大学院医学系研究科 博士課程 生命医科学専攻

地域医療学講座

提出年月日: 2017年3月27日

## 【テーマ】

### 在宅診療を受ける高齢者と家族の急変時治療の選択を支える『治療選択サポートビデオ』の開発

## 【背景】

日本で在宅診療を受けている患者のほとんどは高齢者である。(平成 26 年時点で 65 歳以上は 96%、75 歳以上は 89%)<sup>1)</sup> 高齢者はいくつもの慢性疾患を抱えていることが多く、その上で複雑な医療的決断に迫られることとなる。<sup>2,3)</sup> 近年、本人の意志を尊重した高齢者医療を提供するために、アドバンス・ケア・プランニングの重要性が指摘されている。しかし高齢者の殆どは事前意志を示していない<sup>4,5)</sup>。今後の医療方針を指示していない場合、治療や搬送が遅れたり、過剰な医療を引き起こしたりする恐れがある。また、介護者にも時間的および心理的負担となる<sup>6,7,8)</sup>。

また癌患者に比べて、慢性疾患を持つ患者の終末期は予後予測が困難である場合が多く、どの時点から終末期と判断するのも難しい。<sup>9,10)</sup> そして終末期と思われるときには、約 70%の人が意思決定出来ない。<sup>11)</sup> よって本人が意思疎通を出来る時から、話し合いを始めることが大切と考える。

様々な疾患を抱えた高齢者が家族や医療者と話し合う内容の 1 つとして、心肺蘇生を含めた治療方針が挙げられる。多くの医師は、口頭でそれらの内容を説明してきた。しかし、そのような高齢者が、口頭での説明だけで理解することは困難である。そこで海外の研究では、口頭での説明にビデオでの説明を加えることによって患者の理解が深まり、治療選択に対する迷いが減少したと報告されている。

<sup>12,13,14,15,16,17)</sup> 本邦では尊厳死協会のビデオやパンフレット、講義を用いて、事前意思指示書の効果をあきらかにした研究は存在するが、対象者は健常者であり、在宅医療を受ける高齢者を対象としていない。<sup>18)</sup> 現時点で我々が知る限り、在宅診療を受ける患者を対象としたビデオを用いた意思決定支援に関する研究は存在しない。

今回の事業は、日本で在宅医療を受ける高齢者が急変した際に意思決定をサポートするビデオを作製することである。その後、そのビデオを用いて、ビデオが意思決定に与える影響を検証する予定である。

## 【目的】

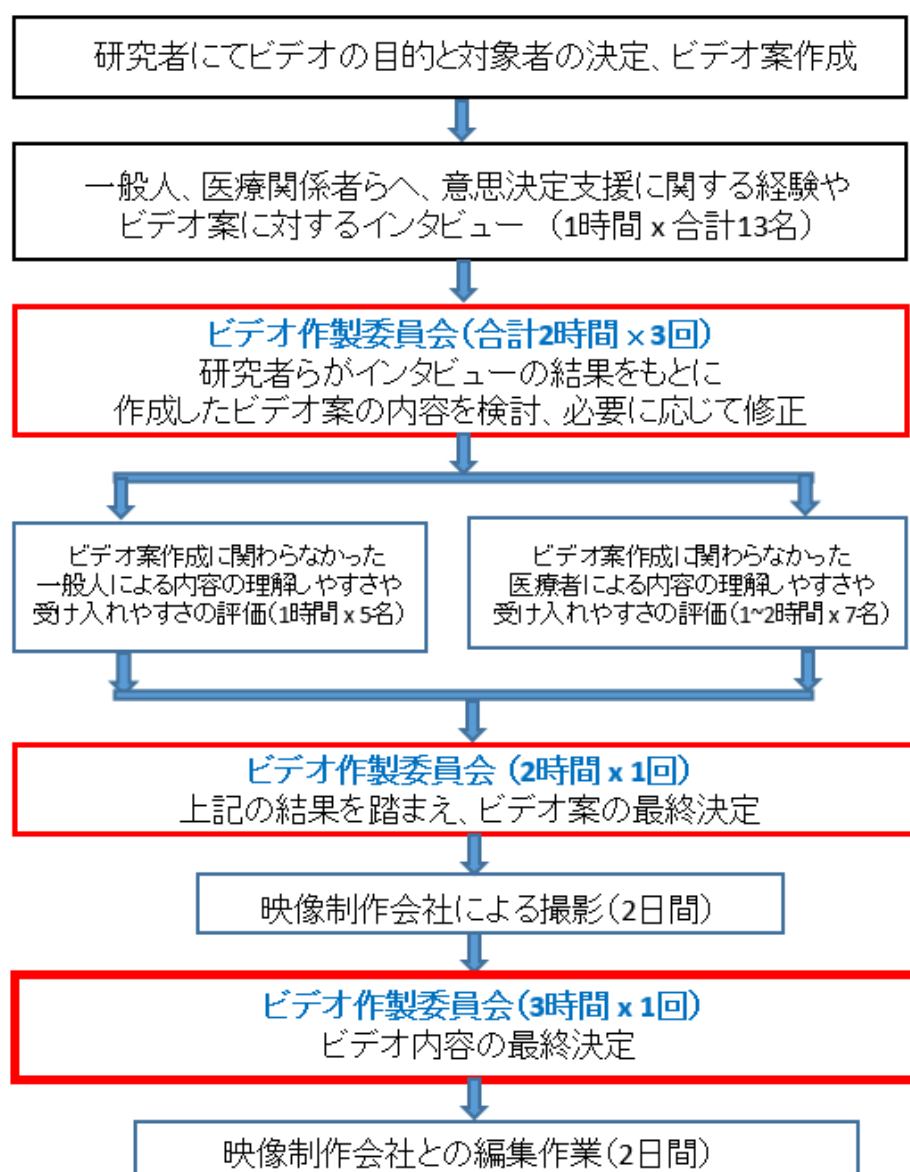
在宅あるいは施設で訪問診療を受ける高齢者が急変した際に、患者の病院への搬送の有無や病院あるいは在宅および施設でどのような治療(延命・一般内科治療・緩和医療)を受けたいかの決定を支援するための『急変時の治療の選択を支える“治療選択サポートビデオ”』(以下、ビデオ)を作製する。ビデオの作製にあたり、訪問診療に興味がある患者、家族や一般人、そして訪問診療に従事する医療関係者で構成されるビデオ作製委員会で、サポートビデオの目的やニーズ、理解し易さ、受け入

れやすさを検討する。

### 【ビデオ作製過程】

ビデオ作製の過程は、国際患者意思決定サポートツールのスタンダード IPDAS (International Patient Decision Aid Standards: <http://ipdas.org/>) の推奨するモデルを参考にビデオ作製を行った。(下記図 1 参照)

図1: 今回の治療選択サポートビデオ(以下、ビデオと略す)の開発プロセス (IPDAS モデルより改変)



『一般人、医療関係者らへ、意思決定支援に対する経験やビデオ案に対するインタビュー』では、研究者で考えたビデオ案(①導入として、患者が急変したシーン、②心肺蘇生、③集中治療室、一般病棟、自宅の治療の違い)を写真入りで示し、それに対する意見を伺い、適宜ビデオ案を改定した。一般人よりも、医療者で介護経験のある人から、ビデオ案に対する具体的な意見が多く収集出来た。インタビューでは、『最初の導入シーンは視聴者がすぐ理解できるように出来るだけシンプルな方がいい』『心肺蘇生の内容の説明はあった方がいい』『特に在宅や施設の治療内容を説明する際は、在宅や施設にどんな医療スタッフが来て、どんなことが出来るのか少し詳しく入れた方がいい』などという意見が聞かれた。またそのビデオを見た後で、将来の治療内容に関して話し合いが行われるには、ビデオの中に『どんなことを家族や医療者と話し合っておくか』という話し合う内容も含ませると理解しやすいという意見だった。

『ビデオ作製委員会』は多職種で訪問診療の経験のある医療関係者(医師2名、看護師1名、ケアマネジャー兼訪問栄養士1名、ケアマネジャー1名、薬剤師1名)と一般人4名から構成された。上記で出来たビデオ案に関して、1回2時間、合計3回の話し合いをしながら、さらに一般人がわかりやすい内容にビデオを改定した。

ほぼビデオ案がまとまったところで、ビデオ作製に参加しなかった在宅診療に関わる医師や、一般人にもビデオ内容に関する意見を聞き、さらに改定した。

4回目のビデオ作製委員会の集まりの後、ビデオ最終案を決定。映像制作会社による2日間の撮影が行われ、ビデオの試作品が作られた。5回目のビデオ作製委員会で、内容を検討。治療方針の考え方をより一般人にわかりやすい言葉にし、心肺蘇生の表現方法が一般人に対する侵襲性が高いと思われる映像は極力除き、最終的なビデオが作られた。

#### 【ビデオの内容】

今回のビデオで伝えたいメッセージは、以下の2つ。

- (1)話し合いを始めることが大切
- (2)話し合う内容は、①治療の方針 ②心肺蘇生を望むか ③あなたが話せなくなった場合、誰に治療方針を決めてほしいか

題名 “もしもの時のことを話しましょう” (約 13 分)



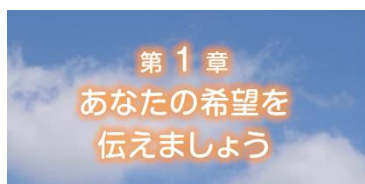
### 街頭インタビューシーン

10 年～20 年後のことについて考えたことはありますか？  
急に具合が悪くなった時のことを話し合ったことがありますか？



### 第 1 章 家族・身近な人や医師に話しておかなくてはいけないこと

: 訪問診療を受けている高齢者が、具合が悪くなった時、本人がどうしたいか話せなくて、家族や医療者が困ったという話

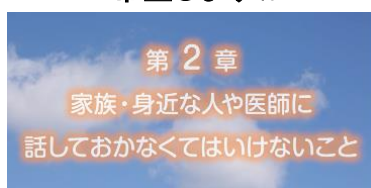


### 第 2 章 家族・身近な人や医療者に話しておかなくてはいけないこと

: 3 つの大きな考え方

- ① 体に負担がかかったとしても、出来る限りの治療を受ける
- ② 体に負担が少ない治療を受ける
- ③ 痛みや苦しさを和らげる治療を受けながら、自然に任せる

: もし心臓が止まったり、息が出来なくなったりしたら、心肺蘇生を希望しますか？



### まとめ: どんなことを話し合っておくの？

- 3 つの大きな考え方
- 心肺蘇生を希望しますか
- どんな治療を受けたいか決まらなかったら  
→ “誰にあなたのことを決めてほしいかという事”を  
決めておきましょう
- まず話し合いを始めることが大切です！

## 【考察】

今回のビデオ作製において特に3つのことを述べたい。

### (1) ビデオ作製委員会によるビデオの内容の決定

今回の我々のビデオ作製の過程で最も特徴的なことだと言える。ビデオ作製委員会の医療関係者のメンバーはすべて訪問診療を経験したことのある人をお願いした。また一般人に関しては、65歳以上で、このテーマに興味があり、自分の思いを言語化しやすい人(模擬患者や、がん支援相談センター相談員ら)を選んだ。ビデオで使用する言葉や内容に関しては、ビデオ作製委員会のメンバー内での議論を繰り返すことによって、医療者と一般人の間にあるGapを丁寧にうめていった。また出来るだけ侵襲性の少ない言葉や映像を選ぶようにした。最終的に、今回のビデオでは意思決定支援を個人の問題としてとらえるのではなく、家族全体の問題として捉え、そこから意思表示をすることの重要性を示す方法をとった。

### (2) 患者への選択肢に関して

3回のビデオ作製委員会では、患者の選択肢として、『治療の場所(家あるいは施設、病院)』をあげたが、ビデオ案作成に関わらなかった医療者の多くから、治療の場所の選択は本人の希望だけでなく、家族や社会的な要因によることもあるため、場所よりも、『どんな治療を受けたいかという大きな3つの考え方』の選択肢の方が、より臨床場面に相応しいということで、最終的には後者の意見にまとまった。

### (3) ビデオ制作会社との共同作業

以前より、医療関係のビデオ作製に実績のあった映像制作会社を選んだ。ビデオ作製委員会でだいたいのビデオ案がまとまった頃より、ビデオのプロデューサーらと映像による効果的な表現方法やビデオ案の実現可能性に関して、定期的にコンタクトを取り、作業をすすめていった。撮影前には、撮影に必要な人、場所(病院、診療所、施設、公民館など)、小道具(介護ベッドなど)など細かい打ち合わせをすることで、よりビデオ案に近い形の映像を作製することが出来た。

## 【今後の展開】

65歳以上の慢性疾患で訪問診療を受けている患者に、このビデオを観て頂き、その有効性の検証を行う方針である。(その後にはビデオを一般に公開する予定)

## 【参考文献】

- 1) 第1回 全国在宅医療会議 平成28年7月6日参考資料2. 在宅医療の現状 在宅医療を受ける患者の動向 <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000129546.pdf>

- 2) Emanuel LL, Barry MJ, Stoekle JD, Ettelson LM, Emanuel EJ. Advanced directives for medical care—a case for greater use, *NEJM* 1991;324:889–95
- 3) Hoffman JC, Wenger NS, Davis RB, Teno J, Connors Jr AF, Desbiens N, et al. Patient preferences for communication with physicians about end-of-life decisions. SUPPORT investigators. Study to understand Prognosis and Preference for Outcomes and Risks of Treatment, *Ann Intern Med*, 1997;127:1–12
- 4) 近藤克則. 全国訪問看護ステーション調査の枠組みと主な知見. 宮田和明、近藤克則、樋口京子(編) 在宅高齢者の終末期ケア—全国訪問看護ステーション調査に学ぶ。pp.8–17、2004 東京:中央法規出版
- 5) 平川仁尚、益田雄一郎、植村和正:高齢者の在宅終末期に関する前向き研究。ホスピスと在宅ケア 13:220–224, 2005
- 6) Hawkins NA, Ditto PH, Danks JH, et al: Micromanaging death: Process preferences, values, and goals in end-of-life medical decision making. *Gerontologist* 45:107–117, 2005
- 7) Fagerlin A, Schneider CE. Enough: The failure of the living will. *Hastings Center Report*.2004;34:30–42
- 8) Emmanuel EJ, Emmanuel LL. The economics of dying. The illusion of cost savings at the end of life. *NEJM*, 1994; 330:540–544
- 9) Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, Lipson S, Guralnik JM. Patterns of functional decline at the end of life. *JAMA* 2003 May14;289(18):2387–92
- 10) Murray SA, Firth A, Schneider N, Van den Eynden B, Gomez–Batiste X, Brogaard T, Villanueva T, Abela J, Eychmuller S, Mitchell G, Downing J, Sallnow L, van Rijswijk E, Barnard A, Lynch M, Fogen F, Moine S. Promoting palliative care in the community: production of the primary palliative care toolkit by the European Association of Palliative Care Taskforce in primary palliative care. *Palliat Med*. 2015 Feb;29(2):101–11
- 11) Silveira MJ, Kim SYH, Langa KM, Advance Directives and Outcomes of Surrogate Decision Making before Death. *NEJM* 2010 Apr 1; 362(13): 1211–8
- 12) Volandes AE, Lehmann LS, Cook EF, Shaykevich S, Abbo ED, Gillick MR. Using video images of dementia in advance care planning. *Arch Intern Med*. 2007 Apr 23;167(8):828–33
- 13) Volandes AE, Paasche–Orlow MK, Barry MJ, Gillick MR, Minaker KL, Chang Y, Cook EF, Abbo ED, El–Jawahri A, Mitchell SL. Video decision support tool for advance care planning in dementia: randomised controlled trial. *BMJ*. 2009 May 28;338:b2159

- 14) El-Jawahri A, Podgurski LM, Eichler AF, Plotkin SR, Temel JS, Mitchell SL, Chang Y, Barry MJ, Volandes AE. Use of video to facilitate end-of-life discussions with patients with cancer: a randomized controlled trial. J Clin Oncol. 2010 Jan 10;28(2):305-10
- 15) Volandes AE, Paasche-Orlow MK, Mitchell SL, El-Jawahri A, Davis AD, Barry MJ, Hartshorn KL, Jackson VA, Gillick MR, Walker-Corkery ES, Chang Y, López L, Kemeny M, Bulone L, Mann E, Misra S, Peachey M, Abbo ED, Eichler AF, Epstein AS, Noy A, Levin TT, Temel JS. Randomized controlled trial of a video decision support tool for cardiopulmonary resuscitation decision making in advanced cancer. J Clin Oncol. 2013 Jan 20;31(3):380-6
- 16) El-Jawahri A, Mitchell SL, Paasche-Orlow MK, Temel JS, Jackson VA, Rutledge RR, Parikh M, Davis AD, Gillick MR, Barry MJ, Lopez L, Walker-Corkery ES, Chang Y, Finn K, Coley C, Volandes AE. A Randomized Controlled Trial of a CPR and Intubation Video Decision Support Tool for Hospitalized Patients. J Gen Intern Med. 2015 Aug;30(8):1071-80
- 17) El-Jawahri A, Paasche-Orlow MK, Matlock D, Stevenson LW, Lewis EF, Stewart G, Semigran M, Chang Y, Parks K, Walker-Corkery ES, Temel JS, Bohossian H, Ooi H, Mann E, Volandes AE. Randomized, Controlled Trial of an Advance Care Planning Video Decision Support Tool for Patients With Advanced Heart Failure. Circulation. 2016 Jul 5;134(1):52-60
- 18) Matsui M: Effectiveness of end-of-life education among community-dwelling older adults. Nurs Ethics 2010; 17:363-372

なお、本研究は公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成により行われた。

### 【感想】

今回のビデオ作製では、多くのことを学ばせていただいた。

1つめは、このビデオ作製の過程で一番の特徴は、“ビデオ作製員会によりビデオ案を練り上げたこと”である。今までビデオ作製を自分が中心となって行ったことはなかったし、このようにビデオ作製委員会を運営していくのも初めての試みであった。最初の委員会で、各自の自己紹介だけで1時間半要した際は、“一体、この先、どうなるであろう”という不安がよぎったが、2回目以降にビデオ案が建設的に議論されていくのを経験して、自分があたかも映画監督になったかのような気持ちにさえなった。



ビデオで用いる内容や言葉に関しては、一般人の方々の率直な意見を出していただき、よりわかりやすい内容になったと思う。いかに医療者である我々が日頃、一般人が理解しづらい言葉を使っているかを実感させられた。会を重ねるにつれて、委員会メンバーの団結力もまし、より積極的な意見交換がなされた。この委員会でビデオ案を作製したことで、より医療者だけの独りよがりでない、患者さんの視点にたったビデオになったと思う。

2つ目は、動画の素晴らしさと、大変さである。素晴らしさは、“百聞は一見に如かず” それまで理解しづらかった内容も動画にするとずっと内容がつかめる箇所もあった。また専門の映像制作会社に依頼したおかげで、自分たちが考えもつかなかった表現や構成を学ぶことが出来た。大変さは、資金の調達、撮影に至るまでの準備（日時、場所、役者の手配、みなスケジュール調整、撮影に必要なものの手配など）、そして画像の編集である。撮影には多くの人々が関わるし、限られた資金で行うため、スケジュールの変更や追加の撮影は非常に困難であった。

3つ目は、本当に多くの方々の助けがあり、このビデオが完成したこと。一番そばで一緒にビデオ案を作り上げた研究協力者の先生方、インタビューに協力して下さった一般人、医療者の方々、遅くまでかかっても文句も言わずに付き合ってくださったビデオ作製委員会のメンバーの方々、そしてビデオ案に対して診療の合間にお時間を取ってくださった診療所や病院の先生方、撮影に協力してくださった劇団員の方々、医師、病院、施設の方々、ビデオが撮影されてからも何度も編集に付き合ってくださった映像制作会社の方々。どなたが欠けてもこのビデオは出来なかった。心から感謝いたします。

最後にこのような機会を与えてくださった勇美記念財団の方々、特に助成金をいただいた当初から何度も細かい質問に辛抱強く答えくださり、ここまで支えてくださった磯崎さまと菅野様に感謝いたします。

協力してくださった皆様、本当にありがとうございました。