

Three-Stage Protocol

COVID-19 Pandemicにおける救急外来からの早期緩和ケア
救急医向けのケアのゴールの話し方

日本緩和医療学会COVID-19関連特別WG

麻生飯塚病院 連携医療・緩和ケア科 石上 雄一郎

Columbia University Irving Medical Center Shunichi Nakagawa



用語の説明



Life Sustain Treatment(LST)	生命維持治療(挿管・CPRなど)
Medical orders for LST(MOLST) (POLSTと同義)	生命維持治療に関する医師による指示書
Goal of care (GOC)	患者のケアのゴール
Do Not Resuscitation(DNR)	心停止時、蘇生行為をしない
Do Not Intubation (DNI)	急変時、気管挿管まではしない
Comfort Directed Care (Comfort Measure Only)	症状緩和に焦点をあてた医療のみ提供する。生命維持治療など緩和ケアにならない治療を控える。

June 5, 2020

Early Intervention of Palliative Care in the Emergency Department During the COVID-19 Pandemic

Jihae Lee, MD¹; Liliya Abrukin, MD, MPH²; Stefan Flores, MD²; et al

救急医にとって患者のケアのゴールを十分な時間をかけて行うことは困難である。

→ERから緩和ケアチームが介入して話をしてみたという研究

Life Sustain Treatment(LST) 生命維持治療をどこまで行うか Goal
of care (GOC) 患者のケアのゴール

この2つがずれていることはよくあるが、一致したケアを行うことが望ましい。

患者のケアのゴールがわからないと患者が望まない治療・苦痛・コミュニケーションエラー・不適切な医療資源の投入が増える。

救急外来でGOCと予測される予後が一致しないときにCOVID-19緩和ケアチームが短時間でケアのゴールを話し合いを行ったという研究

COVID-19 Pandemicにおける救急外来からの早期緩和ケア



Table 1. Demographic and Clinical Characteristics in 110 Patients

Characteristic	No. (%)
Age, median (range), y	81.5 (46-101)
<65	9 (8.2)
65-74	15 (13.6)
75-84	46 (41.8)
85-94	32 (29.0)
95-104	8 (7.3)
Sex	
Female	61 (55.4)
Male	49 (44.5)
Ethnicity/race	
White	13 (11.8)
African American	25 (22.7)
Hispanic/Latino	57 (51.8)
Asian	2 (1.8)
Other	1 (0.1)
Unknown or declined to answer	12 (10.9)
SARS-CoV-2 PCR result	
Positive	89 (79.1)
Negative, but high clinical suspicion for COVID-19	7 (6.4)
Unknown, not tested but presumed/suspected COVID-19	6 (5.5)
Negative, treated for a medical condition other than COVID-19	8 (7.3)
Comorbidities	
Hypertension	84 (76.4)
Cardiovascular disease	72 (65.5)
Diabetes mellitus	56 (50.9)
Chronic kidney disease	36 (32.7)
Documented history of dementia	36 (32.7)
Obesity (BMI ≥ 30) ^a	24 (21.8)
Chronic lung condition	20 (18.2)
Neurologic disease and/or history of neurosurgery	14 (12.7)
End-stage renal failure on hemodialysis	8 (7.3)
Immunosuppression	4 (3.6)
Active cancer	3 (2.7)
Liver disease	2 (1.8)

Table 1. Demographic and Clinical Characteristics in 110 Patients (continued)

Characteristic	No. (%)
No. of comorbidities	
≥ 2	106 (96.4)
<2	4 (3.6)
Living situation prior to admission	
Home	73 (66.4)
Long-term care facility	36 (32.7)
Hospice	1 (0.9)
Review of advance directive or MOLST	
No documentation of AD or MOLST	97 (88.2)
Full code on AD or MOLST	7 (6.4)
DNR/DNI on AD or MOLST	6 (5.5)
Decision making capacity on presentation to the ED	
With decision-making capacity	15 (16.3)
Without decision-making capacity	95 (83.6)
If no decision-making capacity, relationship of health care proxy/surrogate	
Total No.	95
Spouse/domestic partner	13 (14.1)
Adult child ≥ 18 y	59 (64.1)
Parent	1 (1.0)
Adult sibling ≥ 18 y	7 (7.6)
Extended relative ^b	10 (9.1)
Close friend	1 (1.0)
Unknown/unavailable	4 (3.6)

Abbreviations: AD, advance directive; COVID-19, coronavirus disease 2019; BMI, body mass index; DNR/DNI, Do-not-resuscitate/Do-not-intubate; ED, emergency department; MOLST, medical orders for life sustaining treatment; PCR, polymerase chain reaction; SARS-CoV-2, severe acute respiratory syndrome coronavirus 2.

^a Body mass index calculated as weight in kilograms divided by height in meters squared.

^b Extended relative (grandchild, niece, nephew, cousin, uncle, aunt).

場所: NYCの救命センターのER

期間: 2020/4/10-2020/5/9

人数: 110人

年齢中央値は81.5歳

2つ以上の基礎疾患を持つMultimorbidityの患者が96%

MOLSTや事前指示書を持ってない人が88%

意思決定能力がない人が84%

COVID-19 Pandemicにおける救急外来からの早期緩和ケア



Table 2. Outcomes

Outcome of GOC discussion	Patients, No. (%)		
	GOC prior to palliative care intervention in ED (n = 110)	GOC after first palliative care encounter (n = 110)	GOC on death or discharge (n = 104) ^a
Full code	91 (82.7)	20 (18.2)	9 (8.7)
DNR only	1 (0.9)	11 (10.0)	14 (13.5)
DNR/DNI, continue medical treatment	15 (13.6)	47 (42.7)	27 (26.0)
Comfort-directed care	3 (2.7)	32 (29.0)	54 (51.9)

Abbreviations: DNR/DNI, do-not-resuscitate/do-not-intubate; GOC, goals of care.

ERでの緩和ケア介入後

Full code **82%** → **18%** に減少

DNRI **13%** → **42%** に増加

退院時・死亡時は

緩和ケアのみが **2%** → **51%** に増加

病院滞在期間は4日

68%の患者が死亡した。

緩和ケアチームによるケアのゴールの話し合いは
予後不良の患者にとって好ましくない生命維持治療を避ける
ことができるかもしれない



A “Three-Stage Protocol” for Serious Illness Conversations: Reframing Communication in Real Time

Emily Lu, MD, and Shunichi Nakagawa, MD

短時間でケアのゴールを話し合うために簡略化した3つのステップのフレームワーク

Time-Critical Goals of Care in the Emergency Department during COVID-19

Stage 1: Sharing knowledge

Estimate the prognosis with an emphasis on functional status

- "Once he gets a breathing tube and goes on a breathing machine, it is less likely he could ever come home."

Share the prognosis using a clear and simple headline

- "If the COVID infection gets worse, it would almost certainly take his life."



Stage 2: Clarifying goals of care

Ask open ended questions

- "What is most important?, What makes his/her life meaningful?, What are you most worried about?"

Ask concrete questions

- "What does he enjoy?, What makes him happy?"
- "What would he think of this if he could be talking with us?"

Pivot from personal goals and values to align those with goals of care

- "Based on what I'm hearing, staying independent and being with family at home are most important"



Stage 3: Negotiating treatment options

Ask for permission

- "Would it be ok to make a recommendation? Based on what we just discussed,"

Make a recommendation based on the agreed-upon goals

- "We would recommend continuing treatment of pneumonia, but we would not recommend a breathing machine if he gets worse."

Informed assent

- "We will not use a breathing machine or chest compressions. Does that make sense? What questions do you have?"

This article is protected by copyright. All rights reserved.

Stage 1: Sharing knowledge

- Estimate the prognosis with an emphasis on functional status

- “Once he gets a breathing tube and goes on a breathing machine, it is less likely he could ever come home.”

- Share the prognosis using a clear and simple headline

- “If the COVID infection gets worse, it would almost certainly take his life.”

・ADLを重視した予後の推定をする(生存データのみではない)

“一旦、呼吸器をつければ、家に帰れる可能性は低くなる”

・簡潔かつ明快な説明で予後を伝える

“コロナの感染が悪化すればほぼ確実に命を落とす”

2 min Rule 医学情報は**2**分で要約して伝える

50% Rule 会話の**50**%以上喋らない(傾聴を意識)

Stage2 患者のケアのゴールを明確にする(省略されがち)

Stage 2: Clarifying goals of care

Ask open ended questions

- "What is most important? , What makes his/her life meaningful?, What are you most worried about?"

Ask concrete questions

- "What does he enjoy?, What makes him happy?"
- "What would he think of this if he could be talking with us?"

Pivot from personal goals and values to align those with goals of care

- "Based on what I'm hearing, staying independent and being with family at home are most important"

・オープンクエスチョンをする

"何が一番大切ですか？本人にとって生きがいとなっているのはなんですか？
一番気がかりなことは何ですか？"

・具体的な質問をする (家族が生か死かだけでなくQOLに焦点を当てれる)

"本人は何か趣味や楽しみがありますか？"
"本人が今、話ができたとしたらどう思うでしょうか？"

・個人的な目標や価値観から、ケアの目標を推定する

"本人にとっては、自立していることや家族と一緒に自宅で生活できることが最も大切なんだろう、と今話を伺っていて思いました"

Stage 3: Negotiating treatment options

Ask for permission

- "Would it be ok to make a recommendation? Based on what we just discussed,"

Make a recommendation based on the agreed-upon goals

- "We would recommend continuing treatment of pneumonia, but we would not recommend a breathing machine if he gets worse."

Informed assent

This article is protected by copyright. All rights reserved.

- "We will not use a breathing machine or chest compressions. Does that make sense? What questions do you have?"

・おすすめする上で許可を求める

“今まで話し合ったことに基づいて治療の方法をおすすめしたいと思いますがいいですか？”

・おすすめを提示する

“肺炎の治療を継続することをお勧めしますが、悪くなり人工呼吸器が必要となった場合はおすすめしません”

・Informed Assent

“CPRや人工呼吸器の治療まで使わずに治療しましょう。いかがでしょうか？”

よくある医師の説明

・・・な状況です。

心臓マッサージをした方がいいでしょうか？

(気管切開した方が良いでしょうか？)

生命は助かりますが肋骨が折れるかもしれません。

(ずっと機械につながり声が出ないかもしれません)

急なことが起こるかもしれないのでできるだけ早く決めておきたいと思います。なかなか1人では決められないでしょうから家族皆さんで話し合っって・・・にまたお聞きしますのでそれまでに 決めておいてくださいね。

(医師側はしっかり説明した！あとは家族次第だ・・・と思ってる)

よくある医師の説明に対する家族側の反応

感情の嵐の中ではきちんと情報は伝わらない。

患者・家族は医学的な最善がわからないからどちらの選択がいいのかわからない。どちらを選びますか？と聞かれたら、やれるならやって欲しいと思うことが多い。
おすすぬめない選択肢を提示するとは思ってない。

家族で次回までに話し合ってくる時はきちんと医学情報が伝わってない中で決定することもある。

家族は後悔をしたくない・自分が最後に諦めたという感じを持ちたくないため、治療をお願いしていることもある。

Informed Assentとは

患者家族の意思決定の負担を減らすための話し方
-とるべき治療方針を提示して許可を得る-

日本緩和医療学会COVID-19関連特別WG

麻生飯塚病院 連携医療・緩和ケア科 石上 雄一郎

Columbia University Irving Medical Center Shunichi Nakagawa



Informed Assentの 直訳は説明と納得なのですが少しニュアンスがずれているかもしれないとのことで
ニュアンスや実際にどのような言葉を使うか中川先生と相談して補足しています。

The Importance of Addressing Advance Care Planning and Decisions About Do-Not-Resuscitate Orders During Novel Coronavirus 2019 (COVID-19)

COVID-19時代のACPとDNARの決定について

Informed Assentとは??

① 患者の価値観やゴールを評価する
 ・患者または指定された家族から、治療と結果に対する価値観や嗜好を聞き出し、全体的な治療目標を明確にする。
 お母様の生活の質がどうであれ、できるだけ長く生きることがお母様にとって重要なのでしょうか。それとも、介護施設に長期入院するなど、生命維持を受けたくない状況があるのでしょうか。

いいえ はい
 長く生きることが、生活の質も含めて、
 何よりも患者さんの第一の価値なのでしょうか？

インフォームド・アセントを
 すすめる

インフォームド・アセントは
 不適切

② 心肺蘇生法(CPR)について議論する
 ・どのように、いつ、どのような理由でCPRが行われるのかを簡潔に説明する。
 お母様のケアをしっかりとしたいので、CRPIについてお話をさせていただきます。

③ 心肺蘇生法の役割について要約する
 ・事前に評価された患者の目標を達成するために、CPRが適切でないことについて、個別の説明を行う。
 お母様とお母様の目標についてあなたが私に話してくれたことを考えると、心肺蘇生法はお母様の目標を達成するのに役立ちません。

④ 決定的な同意文の提示
 ・患者または患者の家族に、CPRが提供されないことを伝える。
 このような状況では、お母様の目標を達成するためにCPRは効果がありませんので、我々としては実施いたしません。

⑤ 理解度を評価し、意見を認める
 ・患者自身あるいは家族のインフォームド・アセント文言の理解度、決定事項、およびあらゆる意見について話し合う。
 理解して頂けたらとおもいますが、何かご質問はありますか？

3種類の意思決定

Informed Consent インフォームドコンセント

=医療者が患者に選択肢・情報を提示し、**患者が**自己責任で意思決定する。

パターナリズム

=過去の経験や最新の知見に基づき**医療者が**意思決定する。

Shared Decision Making(SDM) 共同意思決定

医療者からの情報と共に患者からの情報を含めて患者のニーズに基づき話し合いを重ねて**医療者と患者が**協働で意思決定する。

Informed Consent(同意)

=Information(情報・説明)を与えられた上でのConsent(同意承諾)

ICは自立尊重の原則にのっとり倫理的行為 (倫理的意義)

ICを得ないで医療行為を行ったら、医療行為に過誤がなくても医療従事者は損害賠償責任が追求される可能性を考えてしまう(法的意義)

J. Randall Curtis. The Use of Informed Assent in Withholding Cardiopulmonary Resuscitation in the ICU. *AMA Journal of Ethics*. 2008;14(7):545-550. doi:10.1001/virtualmentor.2012.14.7.ecas3-1207.

Curtis JR, Burt RA. Point: The Ethics of Unilateral “Do Not Resuscitate” Orders. *Chest*. 2007;132(3):748-751. doi:10.1378/chest.07-0745

Informed Consent(同意)

一方で家族に対してかなりの苦痛を起こす可能性がある。

ICUに入室した重症患者の家族の間には不安(10-75%)・抑うつ

・PTSDが存在すると言われている。(PICS-F)

危険因子: 以下因子があると家族は苦痛を感じる

- ・意思決定への家族の関与
- ・意思決定への関与が少ないことを望む家族
- ・家族メンバー間の治療希望の不一致(コンフリクト)

Informed Assent(許可)の方が良い場合がある

Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med.* 2005;171(9):987-994.

Gries CJ, Engelberg RA, Kross EK, et al. Predictors of symptoms of posttraumatic stress and depression in family members after patient death in the ICU. *Chest.* 2010;137(2):280-287.

Virtual Mentor

American Medical Association Journal of Ethics
July 2012, Volume 14, Number 7: 545-550.

ETHICS CASE

The Use of Informed Assent in Withholding Cardiopulmonary Resuscitation in the ICU

Commentary by J. Randall Curtis, MD, MPH

心肺蘇生のように家族が一般的に期待してる治療の中には患者に利益をもたらす可能性が限りなく低い状況や患者がのぞむQOLに戻れない状況になってしまうものがある。

**CPRや人工呼吸器の治療まではせずに
治療をしましょう。(しようと思います。)
いかがでしょうか？**

**最後にいかがでしょうか？とつけることで
患者家族にも一緒に決める余地が残される。
完全に余地がなければパターンリスティックの危険性がある。**

※日本語でインフォームドアセントを調べると

治療を受ける小児患者に対して、治療について理解できるよう分かりやすく説明し、その内容について子ども本人の納得を得ることが中心にヒットする。説明して納得を得るところは同じ。

We would Recommend・・・

今までの〇〇さんの価値観などをを総合して
・・・な治療をおすすめしますが良いですか？

無益性が高い時かつ

患者側の価値観が”1分1秒でも長く生きたい”
でなければ Informed Assent(許可を得る)

= We will・・・

今までの〇〇さんの価値観などをを総合して
・・・な治療を行いましょう。いかがですか？

Informed Consent

「AとBのオプションがあってどちらがいいですか？」

「AとBのオプションのうち、Aをおすすめしますが、どうですか？」

**医療者側がニュートラルなオプション提示をする。
患者側が決断の作業の大部分を負担している。**

Informed Assent

「AとBのオプションのうち、Aでやろうと思います(やりましょう)。
いかがですか？」

**医療者側が決断の作業の大部分を負担している。
患者側はYesかNoか(基本「じゃあそれでいいよ」と言うだけ)**

Informed Assent(許可)

無益性が明らかに高いと思われる状況では
Informed Consentでは説明義務があるが同意を得る義務はない。
(医療法1条の4 "理解を得るように努めなければならない"
が同意の言及はない)

注意点:

医者が医者の価値観に基づいて無益であるとの判断を一方的に 押し
付けない。(パターンリスティックの危険性)
予後や可逆性が不確実な中では**Informed Assent**は使用しない。

COVID Toolkit: ED Goals of Care Discussions

