

家庭医が関わる アドバンス・ケア・プランニング



西 智弘 著 (川崎市立井田病院かわさき総合ケアセンター)

本コンテンツはハイブリッド版です。PDF だけでなくスマホ等でも読みやすい HTML 版も併せてご利用いただけます。

▶HTML 版のご利用に当たっては、PDF データダウンロード後に弊社よりメールにてお知らせするシリアルナンバーが必要です。

▶シリアルナンバー付きのメールはご購入から 3 営業日以内にお送り致します。

▶弊社サイトでの無料会員登録後、シリアルナンバーを入力することで HTML 版をご利用いただけます。登録手続きの詳細は <https://www.jmedj.co.jp/page/resistration01/> をご参照ください。

▶登録手続

1. ACP=人生会議とは?	p2
2. 緩和ケアとは	p3
3. 緩和ケアとして関わるべきタイミング	p5
4. ACPが生まれた背景	p7
5. ACPが開始されるべき時期	p9
6. ACP/EOLdの具体的な進め方	p10
7. ACP/EOLdにメリットはあるのか	p12
8. 民族特性:余命の告知を例として	p13
9. 誰がACP/EOLdを行っていくべきか:暮らしの保健室の活用	p16
10. まとめ	p19

▶HTML版を読む

日本医事新報社では、Webオリジナルコンテンツを制作・販売しています。

▶Webコンテンツ一覧

このコンテンツを読んでワカルこと・デキルこと

- ▶ アドバンス・ケア・プランニング (ACP) を行っていくにあたり、背景となる知識、その方法について理解デキル
- ▶ ACPが緩和ケアの中でどのように位置づけられているのか、また「早期からタイミングを見計らって行っていく」ことの意義がワカル
- ▶ 病院や診療所の中だけではなく、地域全体・生活の中でACPを行っていくということの意味がワカル

1. ACP = 人生会議とは？

アドバンス・ケア・プランニング (advance care planning : ACP) とは、以下のように定義される。

患者のこれまでの人生を家族と一緒に振り返り、その価値観や死生観、考え方などを探りながら、終末期に関するケア全体の目標や具体的な治療・療養場所などについて、早い時期から話し合いをしていくプロセス

厚生労働省を中心として、この概念を国民全員に広げていこうという取り組みがなされ、愛称として「人生会議」と呼ばれることもある。

ACPに取り組むことが診療報酬にも反映されるようになった中で、患者や家族にどういった恩恵があるのか、具体的にどのような実践をしていくべきなのかについては医療者の間でも不透明な部分も大きい。また、ACPの実践について様々な誤解が生じたり、誤解があるままで実践されることを通じて、患者や家族が傷つけられる、という事例も散見されている。

当コンテンツでは、ACPがそもそもどういった歴史的経緯で作られたのか、というところから明らかにしていきたい。面倒なようだが、その「背景」を理解するだけで、ACPの実践ががらっと変わるのではないだろうか。そして、具体的な実践方法や考え方など、よりACPの質を高めるための知識

をご紹介したい。

2. 緩和ケアとは

ACPについて学ぶ前に、まず「緩和ケアとは何か」ということをおさらいしておきたい。

世界保健機関 (World Health Organization : WHO) は緩和ケアを次のように定義している。

生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理・社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、quality of life (QOL) を改善するアプローチ

早期からの介入が必要かつ、患者本人のみならず、家族に対しても行われるべきケアということが明記されている。

わが国においては、がん対策基本法に基づき、がん領域における緩和ケアの均てん化が進められてきた歴史がある。その法律に基づいた、がん対策基本計画の中でも、現在では治療の初期段階から積極的な治療と並行しての緩和ケアが行われるべきとされている。ここで言う「緩和ケア」には、緩和ケア病棟で提供される専門的緩和ケアもあれば、家庭医が提供する基本的な緩和ケアまでが含まれる。

ここで重要なことは、がん治療と緩和ケアの関係性である。図1にあるように、10年ほど前までは、がん治療と緩和ケアが完全に分断されているのが普通であった。「抗がん剤がなくなったから、あとは緩和ケアくらいしかできることはありません」というものである。

しかし、今では治療の初期から緩和ケアが少しずつ介入していくことが当然とされ、治療の後期になるにつれて徐々に緩和ケアが担うことが増えていく、というのが理想とされている。

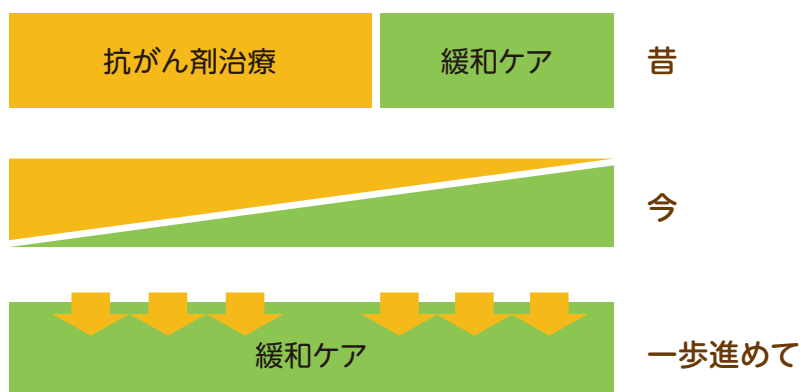


図1 緩和ケアとは

筆者は、さらに一歩進めて「進行・再発がん罹患した場合は緩和ケアがベースになる」という考え方を提唱する。まず緩和ケアがありきであり、その中で「あなたはこれまでどのように生きてきて、これから何を大切にしたいか」という話し合いをしていく。その対話の中で、患者の人生に抗がん剤が必要であれば行えばよいし、必要でないと判断されれば行わないという選択肢もあるだろう。その対話こそACPそのものである。

抗がん剤治療と緩和ケアは統合されるべき、という考え方が現在の世界的スタンダードであるが、背景にあるのは抗がん治療の進歩による患者の負担の軽減である。昔であれば、抗がん剤治療をすること自体が命がけであったり、壮絶な副作用でQOLを落としながらも耐える、というイメージがあったが、抗がん剤や支持療法の進歩により、performance statusが落ちるギリギリまで治療できる例が増えてきた。

従来なら「このくらいまでがんが進行したらもう無理」という患者に対しても、分子標的薬や免疫チェックポイント阻害薬によって「一発逆転」となるケースもみられており、予後の予測はどんどん難しくなっている（逆に言えば、本当に化学療法を終了せざるをえない判断をした場合、そこから死亡までの期間が短い）(表1)。

表1 免疫チェックポイント阻害薬・ゲノム医療時代の緩和ケア

- ・体への負担が減り、分子標的薬・nivolumab・pembrolizumabなどを繰り返し使用することで長期生存かつ performance status が落ちるギリギリまで治療可能な例が増えてきた
 - 「抗がん剤をすることで寿命が縮みますよ」は成り立たなくなっている
 - 緩和ケアの介入すべきタイミングが「終末期にシフトする」皮肉：早期から意識的に介入することの重要性
 - 化学療法と並行して診療する外来機能を各地域に整備しなければ緩和ケアへのアクセスがますます不良に

昔のように「抗がん剤か、緩和ケアか」という選択肢はそもそもなくなりつつあり、抗がん剤治療と並行して緩和ケアを提供していくことが当たり前となってきた。つまり、抗がん剤治療をがん専門病院で継続する一方で、地元の家庭医が緩和ケアとしてフォローをする重要性が増している。その場合、家庭医がすべきことのひとつがACPである(表2)¹⁾。

表2 腫瘍内科と緩和ケアの統合

- ・以前だったら「予後はこれくらい」という患者に、一発逆転という治療が出てきた
- ・結果的に予後の推定が不確実に
 - 緩和ケアの介入タイミングの不確実性
 - 不確実性に振り回される時代：耐えられるか？
- ・積極的治療を希望して生きる生き方に応えられる時代になった今、緩和ケアのあり方が問われている
 - ACPに関わるというのもひとつのあり方

(文献1より作成)

3. 緩和ケアとして関わるべきタイミング

治療の早期から緩和ケアとして関わることの重要性は世界的なコンセンサスが得られている。しかし、マンパワーやコストといった制限から、実際には全例に対して「進行・再発がんと診断された時点から」関わるというのは難しい。

そのため、一律に診断時から関わるのではなく、現実としてどの時期に