

5 アドバンス・ケア・プランニング

1 ACP とは

アドバンス・ケア・プランニング（advance care planning：ACP）とは、意思決定能力を有する個人が、自分の価値観を確認し、重篤な疾患の意味や転帰について十分に考え、今後の治療やケアについての目標や意向を明確にし、これらを家族や医療者と話し合うことができるようにすることである¹⁾。ACPにおいては、個人の身体・心理・社会・スピリチュアルな面を通じた気付きを話し合うことも重要になる。万が一自分で意思決定ができない時が来ても自身の意向が尊重されるためには、あらかじめ自分の代理人を決定し、意向を記載し、定期的に振り返ることが推奨される¹⁾。

厚生労働省の「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」の解説編では、ACPについて「人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス」と説明している。国内では「人生会議」という愛称やACPのロゴが作成され、啓発活動も行われている。

2 ACP のエビデンス

2018年以降、進行がん患者を対象にACPの複合的な介入の効果を検証したランダム化比較試験が相次いで発表された²⁻⁵⁾。ACPの相談員が1回～数回行う介入から、治療医がコミュニケーションのトレーニングを受け、経時的に患者と話し合いACPを支える院内のシステムを構築する介入までさまざまである。複合的なACPにより、進行がん患者の意向に一致したケアの提供やQOLの向上にはつながらないものの、医師・患者間の話し合いが増え、より早期から質の高い話し合いがなされ、患者の意向がより記載されるようになり、患者の不安や抑うつが軽減し、緩和ケアチームへの紹介が増えることが明らかになった。また進行肺がん・消化器がん患者を対象にした早期からの緩和ケア介入のランダム化比較試験の二次解析においても、ACPの介入が多かった患者ほど、ホスピスケアを活用していたことが報告された⁶⁾。

3 実臨床での ACP

ACPを始める時期や病期は患者・家族の状況によっても異なる。ACPの話の切り出すのが早すぎると現実感が伴わず、遅すぎると全身状態の低下により十分に本人の意向を尊重した治療・ケアが提供できなくなる⁷⁾。疾患の経過に伴い、患者・家族の意向も話し合うべき内容も変わる。したがって、個々の患者・家族の思いや状況により、

いつ・どのようにACPを進めていくかを多職種の医療チームで検討し、その都度話し合いを重ねるといったプロセスが求められる⁸⁾。

多くの進行がん患者とのACPの話し合いでは、医学的な内容として、根治不能であること、予後を含む今後の見通し、また抗がん治療を継続することが推奨できない患者に対しては抗がん治療を行わないことなどが含まれる。往々にして人生の最終段階についての話題を含みうるため、本ガイドラインの臨床疑問5~7の詳細な解説文にみられるように、患者・家族の感情に配慮したコミュニケーションをとることが肝要である。必ずしもかしこまった話し合いでなくてもよい。通常診療の一環で折に触れ話し合っている場合や、本人から聞かれる場合や看護師や医療ソーシャルワーカーなど多職種が橋渡しをする場合もあるだろう。まず患者に今後の治療・ケアについての話し合いをする心の準備があることを確認する^{2,3)}。本人が今後希望する治療やケアを提供することができるように、今後の見通しを共有し、本人にとって何が大切かを理解することが1つの目的であることを伝え、そのようなことを話し合ってもよいかを尋ねる。そのうえで、患者・家族の情報ニーズに合わせて今後の見通しを共有し、患者が大切にしていること、恐れや不安、本人の支えとなるもの、今後受けない・あるいは受けたくない治療・ケア、通院が困難になってきた時の療養場所（在宅や緩和ケア病棟など）、家族の認識などを確認する。一度にすべてを話し合うのではなく、理解度や気持ちに配慮しながら何度かに分けて確認する場合もあるだろう。以上より、本人の意向に沿った治療・ケアを提供するにはどのような方法があるかを本人・家族と一緒に検討する。このように、共感的なコミュニケーションはACPの必須の要素だといえる。

(森 雅紀)

■ 文 献

- 1) Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol* 2017; 18: e543-51
- 2) Bernacki R, Paladino J, Neville BA, et al. Effect of the Serious Illness Care Program in outpatient oncology: a cluster randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2019; 179: 751-9
- 3) Paladino J, Bernacki R, Neville BA, et al. Evaluating an intervention to improve communication between oncology clinicians and patients with life-limiting cancer: a cluster randomized clinical trial of the Serious Illness Care Program. *JAMA Oncol* 2019; 5: 801-9
- 4) Johnson SB, Butow PN, Bell ML, et al. A randomised controlled trial of an advance care planning intervention for patients with incurable cancer. *Br J Cancer* 2018; 119: 1182-90
- 5) Korffage IJ, Carreras G, Arnfeldt Christensen CM, et al. Advance care planning in patients with advanced cancer: a 6-country, cluster-randomised clinical trial. *PLoS Med* 2020; 17: e1003422
- 6) Hoerger M, Greer JA, Jackson VA, et al. Defining the elements of early palliative care that are associated with patient-reported outcomes and the delivery of end-of-life care. *J Clin Oncol* 2018; 36: 1096-102
- 7) Johnson S, Butow P, Kerridge I, et al. Advance care planning for cancer patients: a systematic review of perceptions and experiences of patients, families, and healthcare providers. *Psychooncology* 2016; 25: 362-86
- 8) Moody SY. "Advance" Care Planning Reenvisioned. *J Am Geriatr Soc* 2021; 69: 330-2