

論 説

非がん疾患のアドバンス・ケア・プランニング(ACP) におけるかかりつけ医の重要性 ～安定期からの継続的な関わりと多職種連携～

新潟県立がんセンター新潟病院 緩和ケア内科

本間 英之、中島 真人、岩渕 晴子

1. はじめに

アドバンス・ケア・プランニング(ACP)は、1990年代に米国において、従来の事前指示書(Advance Directives: AD)の限界を克服すべく発展した概念である。ADが生命の危機的状況における文書での事前指示に重点を置いていたのに対し、ACPは、本人と医療者・家族などが対話のプロセスを共有することで価値観や考えの背景を理解し、それにより複雑で変化する臨床状況にも柔軟に対応できるという認識のもとで注目された¹⁾。わが国では「人生会議」という愛称で普及に取り組んでいるが、国内外を問わずACPに関する研究や臨床実践はがん領域で先行した。

一方で、非がん疾患におけるACPの重要性は決して見過ごせない。疫学的に見てもその課題は明らかで、国内の認知症有病者は443万人に達し、軽度認知障害(MCI)を含めると1,002万人と、実に65歳以上人口の27.8%が影響を受けている²⁾。心不全の罹患者は72万人、年間死亡者は10万人に迫り³⁾、慢性閉塞性肺疾患(COPD)に至っては、推定有病者500万人以上に対し診断・治療を受けているのはわずか20万人前後(診断率10%未満)という「見えない疾患」である⁴⁾。これら非がん疾患は、がんと比較し長期の臨床経過をたどる傾向にあり、意思決定がより複雑な状況に陥りやすい。それにもかかわらず、海外の報告では、非がん疾患患者におけるACPの実施率はがん患者の3分の2程度にとどまっております⁵⁾、非がん疾患におけるACPの推進が喫緊の課題であることを示している。

こうした非がん疾患のACPを、各疾患の専門

医だけで推進するには限界がある。長期にわたって患者・家族と信頼関係を築き、日常の医療を通じてその人の人生観や価値観に触れる機会を持つかかりつけ医こそ、非がん疾患ACPの中核を担うべき存在と考えられる。本稿では、非がん疾患に特徴的な疾患軌跡とエビデンスに基づき、ACP実践の具体的な方法を論じる。

2. 疾患軌跡と予後予測の不確実性

非がん疾患におけるACPを考える上で理解すべきは、臨床経過が典型的ながんの軌跡とは本質的に異なるという点である。がんは、比較的長い安定した期間の後、終末期の数ヶ月で急速に身体機能が低下する「急降下型」の軌跡をたどることが一般的である。

これに対し、主要な非がん疾患は、それぞれ特有の軌跡を描く⁶⁾。心不全は急性増悪による入院を繰り返しながら、段階的に心機能が低下していく「波状型」、COPDは肺炎などを契機とした急性増悪のたびに、呼吸機能が不可逆的に低下する「階段状型」、認知症や老衰は数年から十数年という極めて長い時間をかけて、認知機能や身体機能が緩やかに低下していく「緩徐低下型」を呈する(図)。

このような疾患軌跡の違いは、「いつからが終末期か」という明確な線引きを困難にし、ACPの必要性を高める一方で、その開始時期や内容の決定を複雑にする根源的な要因となっている。

心不全は、予後予測が特に難しい疾患の代表格である。報告では医師による予後予測の精度は肺がん患者では74%であったのに対し、心不全患

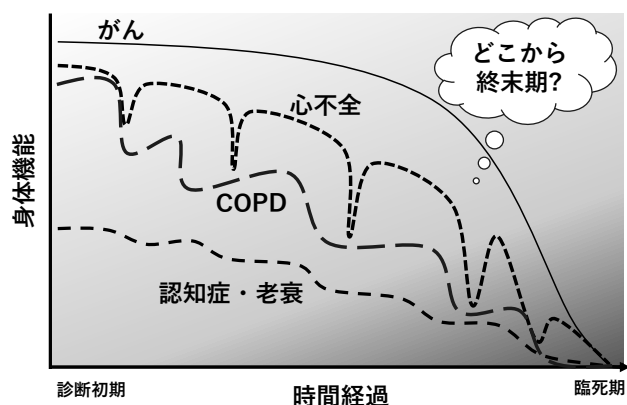


図 疾患による臨床経過の軌跡（概念図）

がんの軌跡は比較的予測しやすいが、非がん疾患は多様で終末期の判断が難しい。心不全や COPD では急性増悪を繰り返して段階的に、認知症や老衰では長期間かけ緩やかに機能が低下する。

このような予後の不確実性こそが、早期からの ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の必要性を示唆している。（文献6より改変）

者では48%に留まったとされている⁷⁾。さらに重要なことは、医師は一貫してリスクを過大評価する傾向があることである。COPDでは、急性増悪が予後を大きく左右し、急性増悪後30日間の心血管イベントのハザード比は3.8 (95%CI: 2.7-5.5)に達し、影響は1年後まで持続するとされている⁸⁾。認知症では原因疾患や併存疾患、誤嚥性肺炎などの合併症、さらに介護環境といった多様な要因が予後に影響を与えるため、個別の正確な予測はほぼ不可能である。

「サプライズクエスチョン」（この患者が1年以内に亡くなっても驚かないか？）は、シンプルながら実践的な価値を持つが⁹⁾、重要なのは完全な予後予測は今後も不可能であり、むしろ予後がわからない不確実性こそが、ACPを必要とする最大の理由という単純な事実である。患者の生活背景や価値観を深く理解し、長期にわたって伴走できるかかりつけ医の役割は極めて重要である。

3. エビデンスが示すかかりつけ医の優位性

非がん疾患の ACP において、かかりつけ医が主たる役割を担うべき根拠は以下に集約される。

1) エビデンスの集積

非がん疾患の ACP に関する有効性は、徐々にエビデンスが集積されつつある。認知症患者を対

象とした介入比較試験では、患者と家族の終末期における医療行為の選好一致度が有意に向上し、患者本人の自己効力感も向上した¹⁰⁾。心不全では緩和ケアと心不全ケアの統合により、患者の QOL が改善し、再入院率を42%低下させた¹¹⁾。これらの効果には、かかりつけ医が提供する全人的アプローチが基礎となる。

2) 継続性の効果

かかりつけ医の最大の強みは、患者との長期的な関係性にある。認知症では、軽度認知症段階（MCI）や初期段階で ACP を開始することが最も効果的とされるが、疾患の性質上、医療に関する判断能力は経時的に低下する。特に感情や思考などの人格の基本を成す能力が維持されているにもかかわらず、本人の意向をケアに反映できない「手遅れ」問題を回避できるのは、認知機能低下の初期段階から患者を診ているかかりつけ医だけである。「孫の結婚式まで生きたい」「最期は自宅で」といった個別的希望は、長年の診療を通じて初めて把握できる。このような情報は、医療選択において極めて重要な判断基準となる。

3) 包括的視点

かかりつけ医は、特定の臓器や疾患だけでなく生活全体を診る立場にある。非がん疾患患者の多くは複数の慢性疾患を抱えており、一例として慢性心不全と慢性腎障害の合併は報告により差はあるが、およそ33～45%と推測されている¹²⁾。このような複雑な病態において、疾患横断的な視点で ACP を進められるのは、かかりつけ医の大きな利点である。

4. 疾患別 ACP の実践（表）

1) 心不全

心不全の再入院率は30日以内13.2%、1年以内35.7%と高率であり、この「脆弱期間」への介入が極めて重要である¹³⁾。2022年AHA/ACC/HFSA心不全ガイドラインでは、緩和ケアは全ての病期の患者に早期から統合されるべきと位置づけられており、質の高いコミュニケーション、予後の告知や不確実性への対応、合理的かつ患者の価値観に沿った治療選択肢に関する共同意思決定などの要素から構成されるとしている。実践では日常診療中から、「もし今回のような息切れが

表 主要な非がん疾患における ACP 実践のポイント

疾患名	心不全	COPD	認知症
疾患軌跡の特徴	急性増悪による入退院を繰り返しながら段階的に機能が低下する「波状型」	急性増悪のたびに呼吸機能が不可逆的に低下していく「階段状型」	数年から十数年かけて認知・身体機能が緩やかに低下する「緩徐低下型」
ACP 開始の主なタイミング	- 全ての病期で早期から緩和ケアを統合することが推奨される - 特に急性増悪による入院・退院後の「脆弱期間」が重要	- 入院の反復など、病状の進行を実感・共有できる急性期エピソードの発生時点 - 在宅酸素療法の導入時	意思決定能力が比較的保持されている MCI・軽度認知症の段階で早期に開始することが最も効果的
実践のポイント	- 安定期から「もし今回のような息切れがまた起こったら、どのような治療を希望されますか」といった具体的な問いかけを繰り返す - 共同意思決定を重視する	- 在宅酸素導入時に「酸素を使うことで、どのような生活を送りたいですか」と前向きな問いかけから始める - 将来の話題へと徐々に話を広げる工夫	- MCI・軽度期：将来への希望や価値観の明確化と定期的な確認・文書化を行う - 中等度期以降：支援付き意思決定により本人の既存の意向を確認する
配慮すべき点	- 医師による予後予測の精度が低く、不確実性が高い - 再入院率が極めて高い	「自己責任による疾患」という認識がもたらす社会的な孤立に注意する - 急性増悪が予後を大きく左右する	- 意思決定能力（特に理解力）が経時的に低下するため、「手遅れ」にならないタイミングと調整が重要 - 個別の正確な予後予測はほぼ不可能

また起こったら、どのような治療を希望されますか」といった具体的な問いかけを安定期から繰り返し行うことが重要である。

2) COPD

COPD は階段状の機能低下を特徴とし、各増悪は不可逆的な肺機能低下をもたらす。また「(喫煙など) 自己責任による疾患」という認識が、社会的な孤立を招く可能性に注意を要する¹⁴⁾。

ACP の開始には何らかの移行点、つまり入院治療の反復など急性期エピソードの発生時点など、病態の進行・重症化を患者・家族だけではなく医療者も実感し共有できるタイミングが重要となる。在宅酸素療法導入は、ACP を深める重要な契機で「酸素を使うことで、どのような生活を送りたいですか」という前向きな問いかけから、徐々に将来への話題を広げていくなどの工夫が必要である。

3) 認知症

認知症患者の意思決定能力を評価する基準は、理解・認識・論理的思考・選択の表明の4要素から構成される¹⁵⁾。理解能力は認知症の進行とともに低下しやすいが、認識、選択表明、論理的思考は比較的保持される。従って認知症の ACP では進行性疾患という特性を踏まえ、「タイミングと調整」が重要とされる¹⁶⁾。

MCI・軽度期においては、認知症への進行リス

クを考慮し、将来への希望確認と価値観の明確化に重点を置く。この段階では意思決定能力が比較的保持されているため、定期的な価値観の確認と文書化が推奨される。中等度期以降では、支援付き意思決定による既存意向の確認が重要となる。

5. 実践を阻む障壁とその解決策

非がん疾患における緩和ケアや ACP の障壁として、医療者の63%が予後の予測困難性を挙げている¹⁷⁾。加えて「いつ ACP を始めるべきか」というタイミング判断の困難さは、非がん疾患の不確実な病状軌跡と長い治療関係が大きく影響していると推測される。また、医療専門職の時間・人数不足を原因とする指摘もあり¹⁷⁾、県内の医療者不足や医療経済的問題からも、診療報酬上の評価がないことも障壁となっていると推測される。

解決策の例として、多職種チームによる心不全管理が全原因入院・全原因死亡率・心不全入院を有意に減少させた報告や¹⁸⁾、日本人高齢者を対象にしたパイロット研究で、医師以外の職種がファシリテーターとなること、自宅での ACP 実施の重要性などの報告が挙げられる¹⁹⁾。

6. おわりに

本稿では、非がん疾患の ACP におけるかかり

つけ医の重要性について、エビデンスに基づき論じてきた。心不全、COPD、認知症は異なる軌跡をたどり予後予測も困難だが、この不確実性こそが、患者の生活に最も近い立場にあるかかりつけ医による継続的な対話の重要性を示している。

「もしもの時」を見据えた対話を始めることは特別な技術を要さない。日常診療の延長線上で患者の価値観に耳を傾け、不確実な将来について共に考える積み重ねが、患者の尊厳ある生を支え、家族の後悔を減らし、ひいては地域全体の医療の質を高めることにつながる。一見、凡庸なことのようにも見えるが、これは「かかりつけ医」にしかできない高い専門性と役割ではないだろうか。読者諸兄の日々の臨床実践に、深い敬意を表して稿を終える。

文献

- 1) 大濱庸介, 福井小紀子: 国内外のアドバンスケアプランニングに関する文献検討とそれに対する一考察. 日本緩和医療学会誌 2019 ; 14 : 269-279.
- 2) 九州大学大学院医学研究院 衛生・公衆衛生学分野. “認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究報告書”. <<https://www.eph.med.kyushu-u.ac.jp/jpsc/uploads/resmaterials/0000000111.pdf>>. (閲覧2025年9月18日)
- 3) 厚生労働省. “令和4年(2022)人口動態統計月報年計(概数)の概況”. <<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai22/index.html>>. (閲覧2025年9月18日)
- 4) 日本呼吸器学会. “COPD(慢性閉塞性肺疾患)診断と治療のためのガイドライン2022〔第6版〕”. <https://www.jrs.or.jp/publication/jrs_guidelines/20220512084311.html>. (閲覧2025年9月18日)
- 5) 厚生労働科学研究成果データベース. “人生の最終段階における医療のあり方に関する調査の手法開発及び分析に関する研究”. <<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/27370>>. (閲覧2025年9月18日)
- 6) Murray SA, Kendall M, Boyd K, et al : Illness trajectories and palliative care. BMJ 2005 ; 330 : 1007-1011.
- 7) Allen LA, Yager JE, Funk MJ, et al : Discordance between patient-predicted and model-predicted life expectancy among ambulatory patients with heart failure. JAMA 2008 ; 299 : 2533-2542.
- 8) Kunisaki KM, Dransfield MT, Anderson JA, et al : Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Cardiac Events. A Post Hoc Cohort Analysis from the SUMMIT Randomized Clinical Trial. Am J Respir Crit Care Med 2018 ; 198 : 51-57.
- 9) Downar J, Goldman R, Pinto R, et al : The "surprise question" for predicting death in seriously ill patients : a systematic review and meta-analysis. CMAJ 2017 ; 189 : E484-E93.
- 10) Yeung CC, Ho KH, Chan HY : A dyadic advance care planning intervention for people with early-stage dementia and their family caregivers in a community care setting : a feasibility trial. BMC Geriatr 2023 ; 23 : 115.
- 11) Diop MS, Rudolph JL, Zimmerman KM, et al : Palliative Care Interventions for Patients with Heart Failure : A Systematic Review and Meta-Analysis. J Palliat Med 2017 ; 20 : 84-92.
- 12) Ahmed A, Campbell RC : Epidemiology of chronic kidney disease in heart failure. Heart Fail Clin 2008 ; 4 : 387-399.
- 13) Foroutan F, Rayner DG, Ross HJ, et al : Global Comparison of Readmission Rates for Patients With Heart Failure. J Am Coll Cardiol 2023 ; 82 : 430-444.
- 14) Woo S, Zhou W, Larson JL : Stigma Experiences in People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease : An Integrative Review. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2021 ; 16 : 1647-1659.
- 15) The Stanford Encyclopedia of Philosophy. "The Stanford Encyclopedia of Philosophy". <<https://plato.stanford.edu/>>. (閲覧2025年8月10日).
- 16) Wendrich-van Dael A, Bunn F, Lynch J, et al : Advance care planning for people living with dementia : An umbrella review of effectiveness and experiences. Int J Nurs Stud 2020 ; 107 : 103576.
- 17) Sørensen AR, Marsaa K, Prior TS, et al : Attitude and Barriers in Palliative Care and Advance Care Planning in Nonmalignant Chronic Lung Disease : Results From a Danish National Survey. J Palliat Care 2020 ; 35 : 232-235.
- 18) Holland R, Battersby J, Harvey I, et al : Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. Heart 2005 ; 91 : 899-906.
- 19) Mochizuki T, Yamashita D, Miura C, et al : Feasibility and acceptability of advance care planning facilitated by nonphysician clinicians in Japanese primary care : Implementation pilot study. J Gen Fam Med 2023 ; 24 : 30-37.