

外科

アドバンス・ケア・プランニング (ACP)

外科医長 梅田 修洋
(乳腺担当) Umeda Shuyou

近年、乳癌は日本人女性の罹患する癌の第一位となり、当科でも昨年（2016年）だけで172名の原発乳癌の患者さんが手術を受けておられます。

乳癌は罹患者数が多い、大多数の患者さんは全身状態が保たれている、治療効果の評価が容易、等の諸条件を備えた癌です。そのため、部分切除術（他臓器であれば機能温存縮小手術）、術前全身療法（抗癌剤、内分泌療法等）、センチネルリンパ節生検、分子標的薬（ハーセプチン等）などはじめとして数々の治療や診断のモダリティが他の癌腫に先駆けて臨床応用され成果を上げ、対癌のモデルケースとなってきました。ここ数年の学会、研究会では、遺伝性乳癌と遺伝子診断、予防的手術などが耳目を集めています。

一方乳癌は早期に標準治療を受けることで天寿を全うできる率が高い反面、遠隔転移が生じたときは残念ながら現代医学では治癒することは不可能な癌でもあります。また再発してからも治療が奏功すれば長期延命が期待できるため、近年の学会ではアドバンス・ケア・プランニング (ACP) という決定プロセスを主題としたセッションが急増しました。まだ耳慣れない言葉かもしれませんが決して複雑なものではありません。当初は認知症のケアに導入された概念で、原疾患の進行によりご本人の意思決定能力が低下することを、「見越して（アドバンス）」、その人が納得できる先々のケアプランを立てることで、従来上記の理由で患者さんへ再発の事実を伝えるとき、本邦の国民性や情緒からか治癒

の見込みがないことを量してお話しすることも多々ありました。その姿勢と袂を分かち、治癒は困難であることを知り、与えられた時間を何のために費やすか、何を大切にしていくかを明らかにして、患者と医療者が話し合いながら決定していくというステップを踏むことにより、長期的には本人の納得が得られることで終末期までの怒りや不安をコントロールすることを目指します。国が推奨し始めた「診断がついた時からの緩和ケア」とも合致する考え方です。

とはいえ実践のためには医療者側の理解をはじめ、時間的、人的な莫大な資源の投入や社会の側の理解も必要であり、わが国の医療機関で遍く行われるのは当分先になりそうです。当科でも試行錯誤を重ねながら遅々としてでも進捗するように努力したいと考えています。

