

1-7-2LS 日本語

プライマリケア医のための緩和ケア ～病院編～

Primary Palliative Care in Hospitals

聖隷三方原病院 森 雅紀

Masanori Mori, Seirei Mikatahara General Hospital



対象者 医師・後期研修医（卒後3年目以上）・初期研修医（卒後1-2年目）・学生・その他

Target Doctor・Senior resident(3+years after graduation)・Resident(1-2 years after graduation)・Medical student・Other

緩和ケアは、疾患や病期を問わず、症状緩和や心理社会的ケア、意思決定支援等を通じて患者・家族の生活の質（QOL）を向上させる多職種チームアプローチである。ここ数十年で主にかん医療の領域で緩和ケアに関する知見が蓄積され、症状緩和だけではなくQOL、ケアの質、病状理解、患者/家族の満足、遺族アウトカム、医療費などに関して緩和ケアが有用であることが明らかになってきた。

進行期がんや他の重篤な疾患に罹患する患者は、複数の並存疾患（脳血管障害、COPD、心不全、慢性腎不全、肝硬変など）や内科的な合併症（感染症、電解質異常、臓器障害など）も有していることが多い。そうした中で原疾患が増悪すると、患者の症状は非常に重篤になり、終末期にかけてQOLの低下を招く。患者や家族の意向に合わせた意思決定支援を行い個別化した医療を提供するためには、医師は多くの要因について考慮する必要がある。これらには、患者/家族の要因（予後、全身状態、合併症、病状の理解や受容の程度、終末期についての意向、意思決定の仕方、社会的要因、療養場所など）、疾患や治療の要因（治癒可能性、疾患の進行具合、現行の治療への反応など）、医師の要因（緩和ケアに関するトレーニング、経験、死について話をするつらさ、「望ましい死」に対する考え方、緩和ケアチームを含む院内外の医療資源）などが含まれる。

このセッションでは、プライマリケア医が緩和ケアを提供する上でどのようなスキルが必須か、最新のエビデンスに基づいて検討したい。具体的には症状緩和、予後予測、多職種チームアプローチ、適切な時期での終末期についての話し合い、Comfort care などについて考えてみたい。

Palliative care is an interdisciplinary team approach aiming at improving quality of life (QOL) of patients with serious illnesses and their families, with an expertise in symptom management, psychosocial care and facilitation of decision making throughout the disease trajectory. Over the past decades, there has been a growing body of evidence to support the role of palliative care in improving symptom control, QOL, quality of care, illness understanding, patient/family satisfaction, bereavement process, and cost of care, especially in the field of cancer care.

Hospitalized patients with advanced cancer or other serious illnesses often have multiple comorbid diagnoses (e.g., cerebrovascular disease, chronic obstructive pulmonary disease, heart failure, chronic kidney disease, liver cirrhosis) and medical complications (infection, electrolyte abnormalities, organ failure). Progression of underlying diseases coupled with these conditions can contribute to significant physical and psychosocial symptom distress resulting in a decreased QOL toward the end of life (EOL). To provide individualized care when faced with these challenges, physicians need to tailor decisions to the individual patient/family based on multiple factors. These may include patient/family factors (e.g., prognosis, performance status, comorbidities, disease understanding/acceptance, EOL preferences, decision making style, social factors, logistics, and family/social support), disease/treatment factors (e.g., curability, aggressiveness of disease, response to current treatment), and clinician factors (e.g., the level of training, personal experience, discomfort talking about death, perception about "good death", inpatient/local health care resources including palliative care specialist).

In this session, we will discuss the essential skillset for primary care physicians to provide optimal palliative care based on current evidence, including symptom management, prognostication, interdisciplinary team approach, timely EOL discussions, and comfort care.