トピック

注目される緩和ケア —ACPとチームビルディング—

Palliative care for heart failure patients : ACP and team building

北海道大学大学院医学研究院循環病態内科学教室
教授 安斉俊久 *Anzai Toshihisa*

KEY WORD
緩和ケア，終末期医療，心不全，アドバンス・ケア・プランニング，多職種チーム

はじめに

緩和ケアというと癌の終末期医療が一般的に想定されるが，最近では緩和ケアは癌だけでなく，生命を脅かすすべての疾患に対して考慮すべきものとされ，身体的のみならず，心理・社会的な苦痛などの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，クオリティ・オブ・ライフ(QOL)を改善することの必要性が世界保健機関(WHO)で提唱されている。

高齢社会の進行とともに心不全患者は急増し，入退院を繰り返す症例が年々増加している。心不全症状そのものは，急性期治療によって速やかに改善することから，患者および医療者はともに，悪化した際には再度入院すればよいと考えることが多く，本当の終末期に至った際に，患者とその家族が本来望まなかった侵襲的処置が施されてしまうことは，日常臨床で多く経験される。また，循環器治療のみで改善できない呼吸困難や倦怠感，不安や抑うつに対してどのように対応すべきか，治療の差し控えなどに関する倫理的問題をどう解決すべきかなど，多くの医師は悩んでいる。そのような状況のなかで，心不全患者に対する緩和ケアの重要性が着目され，最近改訂された「急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版)」[1]においても新たな項目として記載されるに至った。

ACPとは何か

アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とは，意思決定能力が低下する前に，患者の価値観，人生観，死生観を家族と医療従事者で共有しながら終末期に希望する医療に関して，意思決定支援を行うプロセス全体を指し，終末期に至った際に，納得した人生を送ってもらうことを目標とする。心不全は癌と同様あるいはそれ以上に不良な予後を有しながらも，一般的に良性疾患と認識されており，急性増悪による入退院を繰り返すことから終末期の判断が難しく，患者自身の心不全の予後に対する認識も乏しいことから，これまでACPはなかなか普及してこなかったという現状がある。

シアトル心不全モデルによって推測される余命と患者本人の認識を比較した検討によれば，患者が高齢であるほど，またNYHA心機能分類において重症であるほど，実際の余命よりも患者本人が考えている余命は長いことが報告されている[2]。医療者においても，

SAMPLE
Copyright(c) Medical Review Co.,Ltd.