

心不全とアドバンス・ケア・プランニング

皆さんはアドバンス・ケア・プランニング(ACP: Advance Care Planning)という言葉聞いたことがありますか？

ACP は一般的に「患者さん自身が今現在、そして近い将来にどのような治療・ケアを受けるか、に関して家族や医療者と話し合っ共有すること」と定義されています。皆様も一度はその名前を耳にしたことがあるかと思いますが、ACP に含まれる代表的なものとして「心肺停止時に蘇生を行うかどうか？」を予め意思表示するリビング・ウィルというものがあります。このように従来は終末期にどのような処置を実施するかに重点が置かれていましたが、近年はもっと早い段階から話し合うことの重要性が増しており、ACP という概念が提唱されるようになりました(表 1)。

心不全は一般的には良性疾患と認識されていますが、実際にはがんと同様、あるいはそれ以上に予後不良な疾患です。入院加療を要するような状態でも、急性期治療によって症状自体はすみやかに改善する症例も多いです。そのため、患者本人や御家族は病識に乏しいことが多く、客観的に推測される余命と患者本人が考えている余命が乖離していることが多いと過去に報告されています。

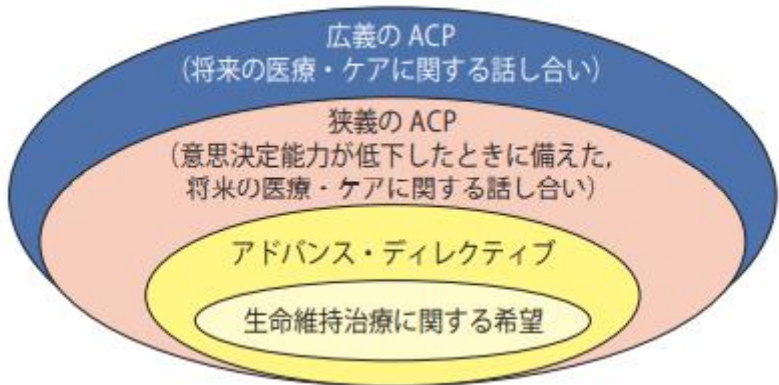
当院では心不全で入院された患者さんに対して、退院前に心不全手帳をお渡しして心不全指導を実施します。その際に心不全のステージ表を参照いただき(表 2)、患者さん自身が A-D のどのステージに該当するのかを説明しています。心不全にて入院した時点で 2 番目に悪いステージ C に該当することを知ると大半の方は驚かれます。心不全のステージが改善することはないため、ステージ C の患者さんにおいては、できる限り再入院しないように過ごして現状を維持することが重要になります。しかし、ステージ C の状態を維持できずにステージ D に進展してしまい、心不全増悪で入退院を繰り返してしまう方もすくなくありません。

さて、心不全が増悪しないように管理することはもちろんのこと、ステージ D になったときになったときにどのように過ごしたいか考えておくことも同じく重要であり、それが ACP だと思います。ACP を考えるにあたっては、ご家族などの周囲の方々の協力や訪問看護・介護などの社会サービスの活用もかんがえなければなりません。あらかじめ相談しておくことによって、上記のようなサポートをできる限り早く導入し、よりご自身の希望に沿った生活を送ることが可能になります。

最後になりますが、個人的には最初から ACP に対して身構える必要はないと思います。患者さん本人であれば「最後はこういう風に過ごしたいかなあ。」、患者さんの家族であれば「最後はどんな感じで過ごしたい?」といった漠然とした内容から始めてみるだけでも大きな価値があると思います。また、「この前はああいう風にいったけど、今はこっちの方がいいかなあ」などというように、方針が変化することも全く問題ありません。話してみるこ

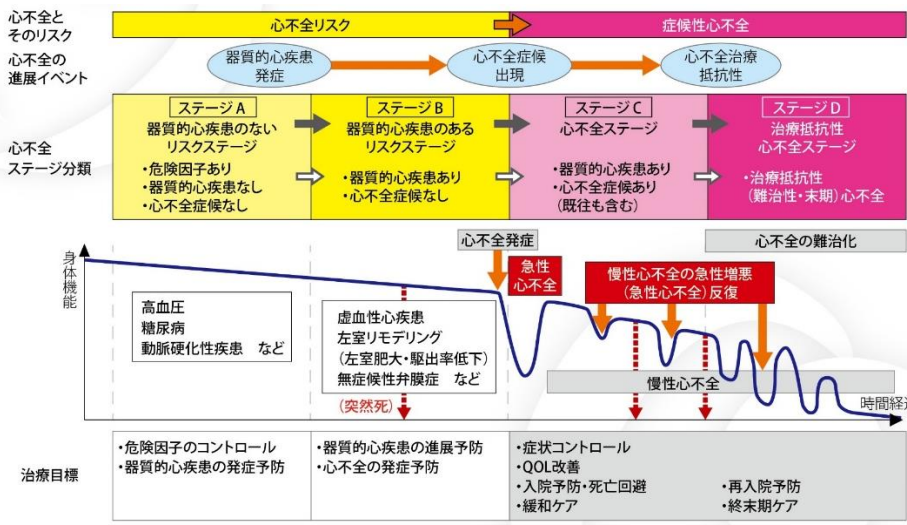
とによって「(本人もしくはご家族が) 実はこんな風に考えていたのか！」などといった新しい発見に出会えるかもしれません。

表 1



循環器疾患における緩和ケアについての提言（日本循環器学会）より引用

表 2



急性・慢性心不全診療ガイドライン（日本循環器学会）より引用

文責：高橋 伸弥（高崎総合医療センター心臓血管内科）