

循環器疾患の緩和ケアを考える

国立循環器病研究センター
心臓血管内科部長
安齊 俊久

緩和ケアというがんの終末期医療という認識が一般的であり、患者側も緩和ケアを提示されると、自分はもう助からないのではないかと思いがちである。しかし、最近では緩和ケアの考え方も変わり、がんやエイズだけでなく、循環器疾患や呼吸器疾患など生命を脅かす全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。

国立循環器病研究センターには、心臓移植や補助人工心臓などの高度医療を必要とする多くの症例が全国より紹介される一方で、年齢や合併症などの問題からこうした高度医療の適応とならず、心不全急性増悪による入退院を繰り返す高齢患者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、患者にとっても医療者にとっても、悪化した際には再度入院すれば良いと考えられる傾向にあり、終末期を含めた将来の状態の変化に備えるためのアドバンス・ケア・プランニング（advance care planning: ACP）といわれるプロセスがほとんど普及していない。そのため、本当の終末期に至った際に、患者・家族も本来望まなかった侵襲的治療が施され、患者本人ばかりでなく、残された家族にとっても不幸な結果となり、懸命な治療を行なった医療者に対しても精神的な負担を強いることになってしまう。

循環器病の征圧を目指してきた国立循環器病研究センターとしては、最期まであきらめないのが基本のスタンスであり、患者に対して蘇生のための処置を試みない（Do Not Attempt Resuscitation:

DNAR）という判断を下すには、病院幹部と医療安全管理者などから構成される重症例検討チームによる承認を得るのが病院内の規則となっている。一方で、現場の医師にアンケートを行うと、9割以上の医師が循環器領域においても緩和ケアが必要と感じており、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、また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多くの医師が悩んでいる現状が明らかになった。

そこで、2013年9月より循環器疾患に特化した多職種協働の緩和ケアチームを立ち上げることとした。主治医チームからの様々なコンサルテーションに対応するとともに、緩和ケアやACPの普及・啓発のための院内講習会や患者向けの配布資料作成、オピオイドの使用に対する説明同意書の整備に加え、地域医師会などと連携した院外講演会の開催などを行っている。超高齢化社会を迎え、心不全患者は年々増加しており、今後は病院に収容困難になる可能性も指摘されている。また、たとえ入院加療により症状の改善が得られても、退院後に生活管理を含めた十分なサポートがなければ、早晚入院を繰り返すことになってしまう。今や、病院完結型の医療だけで対応することは困難であり、地域全体で患者を支える地域完結型医療への転換が必要な時代となっている。多職種協働緩和ケアチームは、こうした地域医療において重要な役割を果たすことが可能と考えられ、がんの領域だけでなく、循環器疾患や呼吸器疾患など高齢者が抱える様々な疾患に対して、可能な限り在宅で患者とその家族のQOL改善を図ることが、今後の医療において重要な課題と考えている。