

慢性心不全患者のアドバンス・ケア・プランニング(ACP) の現状と未来予想図

-患者と歩調を合わせて対話を重ねるACPを目指して-

河野由枝[†]第73回国立病院総合医学会
(2019年11月8日 於 名古屋)

IRYO Vol. 75 No. 2 (154-156) 2021

要旨

超高齢化社会に突入し、2030年には日本の心不全患者は130万人に達すると推計されており、増加する心不全患者への対応として在宅医療・訪問診療の機能強化が促進されている。

本来であれば、初回発症後の回復期・維持期から患者・家族の意向について話し合うアドバンス・ケア・プランニング(Advanced Care Planning: ACP)が実施され、その内容を地域全体で連携しながら情報を共有・更新し、長期的に一貫した治療やケアが受けられることが理想である。しかしながら、ACPでの患者の意向は地域間で十分に連携できていない現状にある。よって、国立循環器病研究センター(当院)は慢性心不全患者のACPの地域全体での実現を目指し、そのモデルを構築し発信する役割があると考えられる。

当院では2018年より、緩和ケアチームを中心にACPの実施推進に取り組んだ。その結果、ACP実施に関する課題が明らかとなった。1. 末期や急変時にACPを実施しても患者のQOLは向上しない、2. 患者と家族だけでは具体的な話し合いがなされない、3. 医療者の対話のスキル不足や患者のレディネスを考慮しないACPは患者に大きな精神的侵襲を与える、この3点がわかってきた。これらより、質の高いACPの実施には、ACPのタイミング、患者と家族のレディネス(心理的準備性)、医療者のコミュニケーションスキルが必要であると考えられた。それはつまり、末期に至る前の段階から患者と歩調を合わせ、対話を重ねていく姿勢がACPの重要な要素となる。

慢性心不全患者の質の高いACPの実現のため、医療者へのACPのタイミングやコミュニケーションに関する教育、看護師による外来ACPの開設、地域医療機関や訪問看護ステーションなどとの連携を深めるための課題や対策を話し合う場の創設などが課題となる。今後、急性期医療機関であり政策医療を担う当院から、患者の希望の実現を目指して積極的な行動を図っていききたい。

キーワード アドバンス・ケア・プランニング(Advanced Care Planning: ACP),
慢性心不全患者, 超高齢化社会

国立循環器病研究センター 看護部

著者連絡先: 河野由枝 国立循環器病研究センター 看護部 副看護師長 〒564-8565 大阪府吹田市岸部新町6-1

e-mail: yukino@ncvc.go.jp

(2020年3月19日受付, 2020年12月11日受理)

Advanced Care Planning for Patients with Heart Failure: Current Status and Perspectives

Yukie Kawano, National Cerebral and Cardiovascular Center

(Received Mar. 19, 2020, Accepted Dec. 11, 2020)

Key Words: Advance Care Planning (ACP), patients with chronic heart failure, super-aging society

はじめに

超高齢化社会に突入し、2030年には日本の心不全患者は130万人に達すると推計されている（日本心臓財団 <http://www.jhf.or.jp/check/heart-failure/01/>）。このような背景から近年、急増する心不全患者の診療の担い手として、在宅医療・訪問診療の機能が強化・促進されてきた。終末期を病院で迎えていた心不全患者が、訪問診療と家族サポートによって強心剤の持続点滴を行いながら最期のときを自宅で過ごすことが可能となっている。このように、患者が希望する生活の実現のためには、人生の最終段階において希望する治療やケア、療養の場所について患者・家族・医療者で話し合うアドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning：ACP）がなされていることが望ましい。特定疾患や難病など政策医療を担う国立循環器病研究センター（当院）は、急性期病院でありながらかかりつけ病院となっている現状があり、ACPを担う役割が大きい。当院で取り組んでいるACPの現状と課題について述べたい。

ACPの現状

本来ACPは、健康な時から生命が重篤な状態になり回復の見込みが難しい場合の治療やケア、代理意思決定者の選定について家族間で話し合いが行われ、病気になった時に疾患のたどる経過と疾患の特性に応じたACPへと更新し、その内容を急性期病院、回復期病院、療養型病院、在宅医療など地域全体で連携しながら情報を共有・更新し、長期的に一貫した治療やケアが安心して受けられることが理想の形である。しかし、長年ACPを自然に行っている在宅医療と急性期病院との連携は十分とはいえないだろう。したがって、かかりつけ病院でもある当院から、心不全患者のACPを地域全体で実現していくためのモデルを構築し発信していく必要があると考える。

当院における慢性心不全患者のACPの取り組みからみえてきたこと

当院では2016年人生の最終段階における整備事業に参加した。その経験をふまえて2018年より緩和ケアチームを中心に忙しい医師たちの手助けとなるようACPの支援ツールの開発に取り組んだ。4ステッ

ブアプローチを用いてask-tell-ask技法や具体的な会話の例を提示し、医療者のスキルアップを支援しACPに取り組んだ。その結果、次のようなACP実施に関する課題がみえてきた。1. 末期や急変時にACPを実施しても患者の生活の質（Quality of Life：QOL）は向上しないこと（事前指示の確認のみが実施され患者の大切にしたいことや価値観は確認されない）、2. 患者と家族だけでは具体的な話し合いがなされないこと、3. 医療者の対話のスキル不足や患者のレディネス（心理的準備性）を考慮しないACPは患者に大きな精神的侵襲を与えること、この3点がわかってきた。これらより、質の高いACPの実施には、ACPのタイミング、患者と家族のレディネス、医療者のコミュニケーションスキルが必要不可欠であると考えられた。課題の克服のためには、末期に至る前の段階から患者・家族と対話を重ねながらACPに対する準備性を高めていき、タイミングを逃がさないことが必要となる。つまり、患者と歩調を合わせて対話を重ねていく姿勢がACPの重要な要素と考える。

慢性心不全患者に対する質の高いACPの実現を目指して

慢性心不全患者は、最後は急速に身体機能が低下することがわかっているが、末期に至るまでは比較的日常生活動作は保たれているため、介護申請がなされていない患者が多い。そのため、末期になって在宅療養を希望してもその準備に約1カ月を要するため、在宅で過ごす時間が短くなってしまいうケースも少なくない。現在、当院では心不全の末期に至る前心不全のステージ分類stageCの時期からACPの話し合いを始めている。疾患の早期から対話を重ね信頼関係を築き、患者・家族の準備性を高めていくことでACPにともなう心理的侵襲を小さくし、状況に応じたACPが可能となっていると感じる。さらに、話し合いの中で、患者の意向を整理したり、代弁することで家族関係の修復や絆が深まるきっかけとなっており、ACPはその人らしいQOLの実現を支援することに繋がっている。

増加する心不全患者に対応するためには、限られた医療資源や医療財源をより効果的に分配し、かつ効率的に運用する必要がある。その対策はすでに喫緊の課題となっている。患者や家族のQOL向上に加え、医療制度や社会保障全体の視点からも、対話

を重ねながら患者の望む治療やケア，療養の場所を話し合っただけで生命の質をも向上していかなければならない。心不全患者の質の高いACPの実現のため、医療者へのACPのタイミングやコミュニケーションに関する教育の機会をもつ、かかりつけ医・急性期医療機関の窓口として看護師による外来ACPの開設，地域医療機関や訪問看護ステーションなどとの連携を深めるための課題や対策を話し合う場の創設などが課題となる。今後，急性期医療機関であり政策医療を担う当院から，患者の希望の実現を目指して積極的な行動を図っていききたい。

〈本論文は第73回国立病院総合医学会シンポジウム「患者の意思決定を支える ～人生会議（ACP）の基本的な考え方と看護職への期待～」において「心不全患者のアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の現状と未来予想図－患者さんと歩調を合わせて対話を重ねるACPを目指して－」として発表した内容に加筆したものである。〉

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。