論文

高齢慢性心不全患者の ACP および意思決定支援
-セルフマネジメントと医療連携の鍵となる治療情報の共有-

Advance Care Planning and Decision -Making Support for Elderly Chronic Heart Failure Patients
－Sharing treatment information as a key to self-management and medical cooperation－

山本　真弓[1)]

Mayumi Yamamoto

キーワード：慢性心不全、高齢者、ACP、セルフマネジメント、意思決定支援
Key word：heart failure, elderly, advance care planning, self-management, decision-making support

要旨：慢性心不全は高血圧、虚血性心疾患、心筋症などの器質的心疾患の終末像であり、その多くは入退院を繰り返す高齢者である。本邦では心不全は死因別死亡数全体の14.8%を占め、アドバンス・ケア・プラーニング（Advance Care Planning　：ACP）の推奨と治療ガイドラインが見直された。生活を支援する看護師らが、各種指針・ガイドラインに基づき、どの時期から ACP 実施を検討すると生命や生活の質につながるのかを心不全事例を用い検討した。HAH/ACC 分類 Stage C または D の心不全治療抵抗性の時期に共同意思決定による治療法の選択と ACP を作成し、随時書き変え意思を確認する方策が望ましいと考えられる。心不全患者は、救命のため緊急搬送され、かかりつけ医以外の医療機関で診療を受けることも想定される。多疾患を併発する病の成り行きからも高齢患者に限らず、セルフマネジメントおよび医療者と家族（重要他者）との治療情報の共有が意思決定支援の鍵となる。既に岡山県では岡山県保健福祉部医療推進課、急性心筋梗塞等医療連携体制検討会議、岡山心臓リハビリテーション研究会監修により「安心ハート手帳（急性心筋梗塞医療連携パス）」などの情報媒体を作成、県内医療機関で 2013 年 4 月から運用が開始されている。かかりつけ医と急性期病院との連携において、看護師をはじめ多職種医療チームは、入院中から「安心ハート手帳」を教育媒体としたセルフマネジメント支援を開始しその効果を検証中である。

1) 山陽学園大学看護学部看護学科

Ⅰ．緒言

慢性心不全は高血圧、虚血性心疾患、心筋症などの器質的心疾患の終末像であり、その多くは入退院を繰り返す高齢者である。加齢とともに慢性心不全の有病率は上昇し、欧米の疫学研究では 65 歳以上の 5～6%を占めると報告されている [1)]。現在、日本における心疾患総患者数は 305 万 5,000 人、7 年間で約 130 万人の増加（厚生労働省令和 4 年「人口動態統計の概況」）。性別、男性 176 万 3,000 人、女性 129 万 2,000 人、男性が 81 万 6,000 人、女性が 50 万 6,000 人増加。令和 4 年 1 年間の死因別死亡総数のうち、心疾患は 23 万 2，879 人、死因別死亡数全体の 14.8%を占めており、悪性新生物（がん）に次ぎ 2 番目に多い（厚生労働省令和 4 年「人口動態統計の概況」，令和 2 年「患者調査」）[2)]。

2008 年当初、2030 年に 130 万人に達すると推計されていたが大幅増である。2025 年問題を抱えている日本ではますます慢性心不全患者は増加すると予測される。過去に行われた大規模登録観察研究（Japan Preventive Association of Life-style related Disease：CHART 研究 2004－2011）によると、基礎疾患は虚血性心疾患が最も多く、次いで弁膜症、高血圧症が占めていた。合併症の有病率は、高血圧、糖尿病、慢性腎不全（Chronic Kidney Disease：以下 CKD）、心房細動が高く、多くの患者は複数の合併症を有する多疾患有病者である。心不全患者の治療、管理においては、基礎心疾患の治療とともに、合併症の管理が重要となる [3)]。心不全患者の 1 年死亡率は 7.3%、心不全増悪による再入院率は退院後 6 か月以内で 27%、1 年後は 35%であり高い再入院率である。CKD と貧血は予後を左右する。CKD では死亡や再入院のリスクが 2.57 倍上昇、貧血は、Hb13.7g/dl 以上の患者に比べ 10.1g/dl 未満の患者の死亡率、再入院率は 1.83 倍上昇した。心不全、CKD および貧血が危険因子として相互に関連しかしながら悪循環を繰り返す病態は cardio-renal anemia syndrome と定義され、心不全の治療において、合併するリスクファクターを包括的に管理することが求められている [4)]。

既に岡山県では岡山県保健福祉部医療推進課、急性心筋梗塞等医療連携体制検討会議、岡山心臓リハビリテーション研究会監修により「安心ハート手帳（急性心筋梗塞　医療連携パス）第 5 版」「安心ハート手帳（心不全　医療連携パス）第 2 版」「冠動脈疾患　上手に付き合うために第 6 版」[5)]などの情報媒体を作成、県内医療機関で 2013 年 4 月から運用が開始されている。かかりつけ医と急性期病院との連携において、看護師をはじめ多職種医療チームは、入院中から「安心ハート手帳」を教育媒体としたセルフマネジメを支援しその効果を検証中である。

本学の看護基礎教育において、2021 年度から「安心ハート手帳」などの医療連携パスを慢性期看護学および成人看護学実習の教材として取り入れており、岡山市内実習病院での臨床活用状況も 2023 年にはルーティン化してきている。

アドバンス・ケア・プランニング（ Advance Care Planning ：以下 ACP ）は患者の価値観、人生観、死生観を家族と医療従事者で共有することを本来目的するものである。現在、がん患者に限らず最善の医療及びケアを検討する方略として、各学会ガイドラインでは ACP を推奨している [6)]。心不全患者は救命のため緊急搬送され、かかりつけ医以外の医療機関で診療を受けることも想定される。多疾患を併発する病の成り行きからも高齢患者に限らず、セルフマネジメントおよび医療者と家族（重要他者）との治療情報の共有が意思決定支援の鍵となるものと考える。

Ⅱ．目的

生命倫理の観点からどの時期に ACP を検討することが生命と生活の質につながるかを考察したので報告する。

Ⅲ．研究方法

１．探索的文献研究（質的記述的研究）

２．慢性心不全事例の分析

心不全学会ガイドラインや指針に基づき、教育用に作成した慢性心不全架空事例の最善の方策を検討、文献により ACP を検討する時期を考察する。また患者や家族が経験しているジレンマと医療従事者個々が経験するであろう困難について検討し、意味づけている内容を生命倫理と看護倫理に照らし、多職種連携、地域連携における看護実践的な課題を明確にする。

Ⅳ．結果

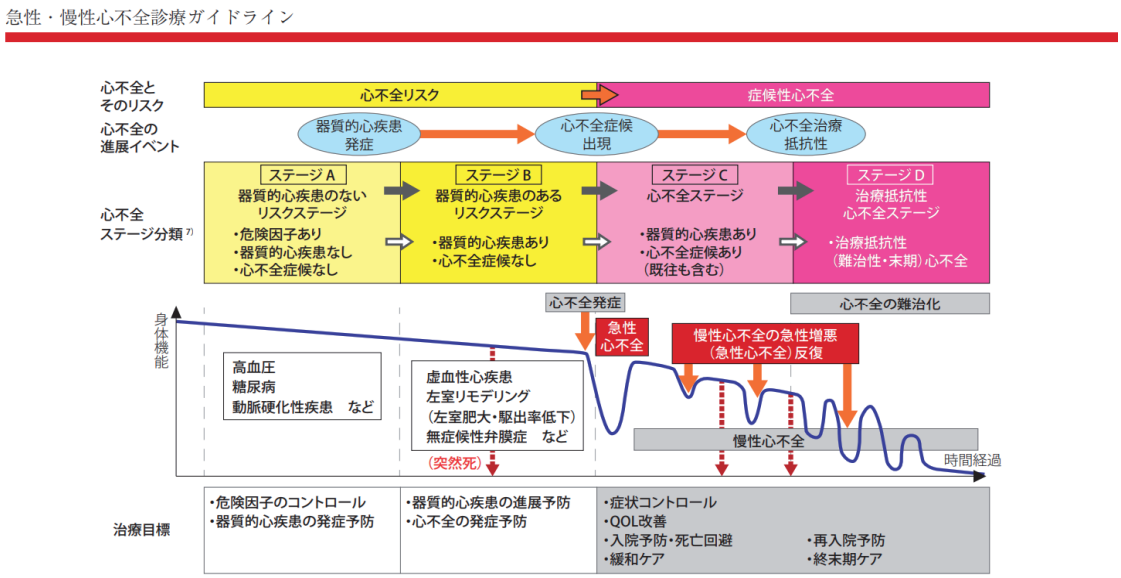

図１　心不全とそのリスクの進展ステージ

＜架空事例 A 氏：90 歳男性＞

慢性心不全（HAH/ACC 分類 Stage B から C へ重症化）図 1[7] 参照。基礎疾患は弁膜症（大動脈弁閉鎖不全：AR、僧房弁閉鎖不全：MR）であり、薬物療法により症状コントロールされていた（HAH/ACC 分類 Stage B）。易疲労感があり、黄疸、食欲不振、脱水（Forester 重症度分類Ⅲ）脳梗塞発症、Stage C 重症化の転帰をたどる。妻と二人暮らし、妻は２年前より脊柱管狭窄症で術後、リハビリ中である。娘夫婦と孫は近隣に暮らし、娘が生活をサポートしている。実は、２年前より主治医にそろそろ弁の手術を検討した方がいいと患者本人には告げられていた。脳梗塞発症という病みの軌跡クライシス期から併発した脳梗塞後遺症、嚥下困難および構音障害に伴うコミュニケーション障害が起こり、下降期を経験、基幹病院からリハビリテーション専門病院に生活の拠点を移り、立ち直り期への足掛かりを探

っている状態である。患者は弁置換が必要な時期になっていることを重症化するまで娘には伝えられていなかった。近年超高齢者は経カテーテル的大動脈弁置換術が可能であるが超高齢者であり 2 か所の弁置換を必要とする状況である。欧米では治療箇所の制限はないが、本邦は健康保険による診療、高齢者の場合、弁置換は 1 か所のみと治療が限定されている。家族は最善の治療を受けさせたいと考えている。

1．学会ガイドライン

日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン 急性・慢性心不全治療ガイドライン（2017 年改訂版）Ⅷ章緩和ケアの中で、学会は 2014 年 WHO の報告によると、緩和ケアを必要とする疾患に循環器疾患が 40%近くを占めているにもかかわらず、我が国では認知されているとは言い難いとして、ACP を推奨している [7]。実施を考慮すべき時期は 1 年毎との定期外来、入院後の臨床経過において再評価を促す節目となる出来事があった場合の退院前が推奨されるとしている。しかし、患者および家族には、ACP は実施されていない。

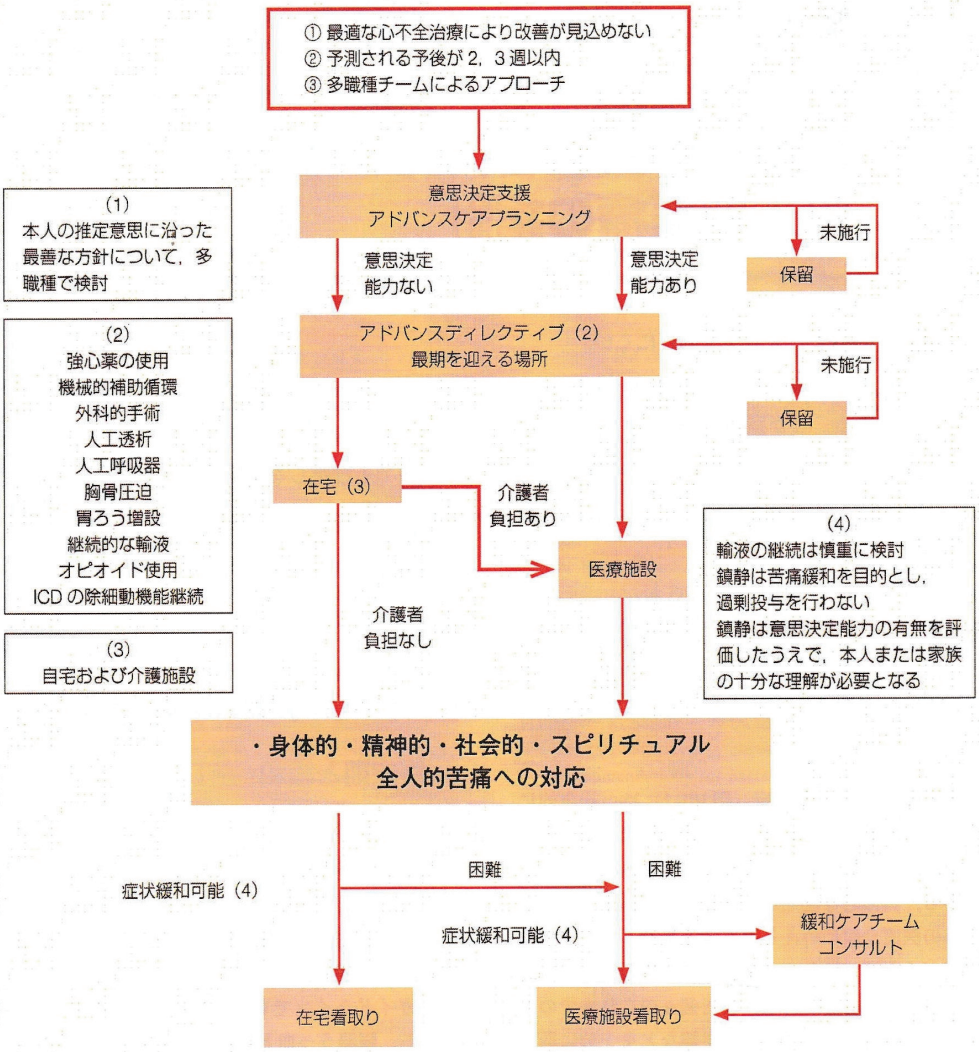

図 2　高齢者心不全の終末期医療

日本心不全学会（2016 年 10 月）が発表している 75 歳以上高齢心不全患者の治療ステートメントには、「ありふれた疾患であるが根治が望めない進行性かつ致死性の悪性疾患であり、また予後の予測は困難である。」としている。また、終末期においては、苦痛を与える医療処置を行うのではなく、苦痛を緩和する医療処置を行うことを念頭に置き、多職種カンファレンスと ACP の重要性（図 2）が示されている [8)]。

超高齢者社会を迎え、医療の現場では各ガイドラインに ACP の推奨がうたわれ、生命倫理を重視し高齢者が「最善の医療およびケア」を受ける権利を持っていることを忘れてはならないとの治療に関するステートメントが公開されている。一方、患者や周辺の家族は幾度となく意思決定を求められているが、最善の医療やケアはどこでどのように受けられるのか情報のない中、大海に放り出され帰港する場所をもとめ漂流し無力感にさいなまれることになる。急性期の基幹病院では療養の世話をする一方で次なる療養先を探し、第 2 の回復期療養病院でも病状の説明はあるものの、今、何が最善の治療法であるかに関する高齢患者への積極的提案は皆無に等しく、希望先があればどこでも紹介する旨に留まっている。英国では ACP を表明した患者を地域でケアしていくための「North West End of Life Care Model」[9)]余命 1 年から死後 1 年までの対応 Gold. Standards Framework(GSF)が作成されている（図 3）。

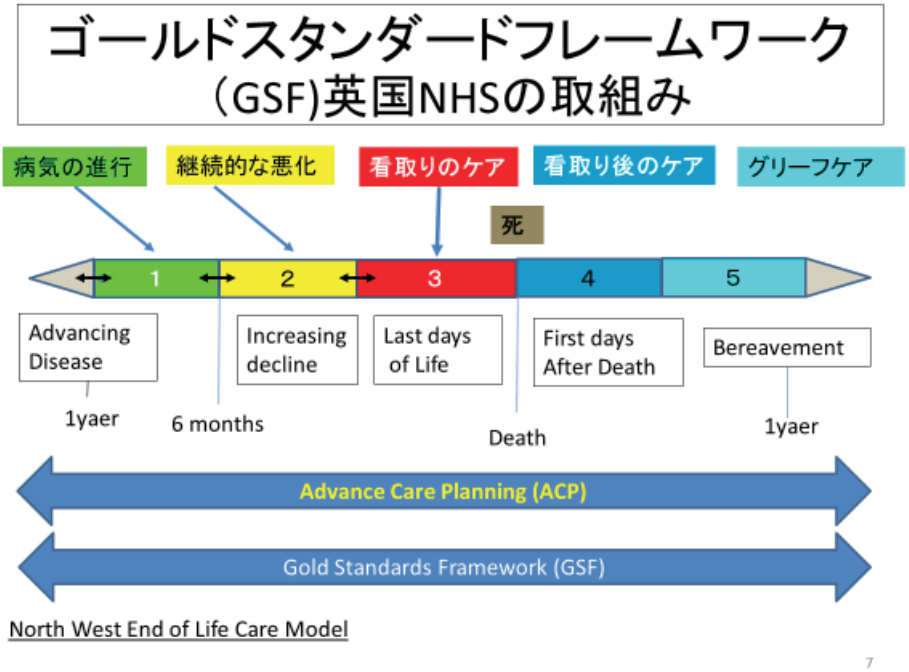

図 3　ゴールドスタンダードフレームワーク（GSF）

ACP のエビデンスとしては、希望が反映される頻度が高まり、うつや不安が減り満足度が高まるとされている。ACP は、患者の価値観、人生観、死生観を家族と医療従事者で共有することが本来的の目的であるが、学会は ACP の一つの側面として終末期における事前指示（advance directive）があるとし、Do Not Attempt Resuscitation; DNAR や植え込み型除細動器（ICD）、心臓再同期療法（CRT）、植え込み型左心補助装置（LVAD）の停止に関

して多職種チームにより意思決定するとしているが「人生の終焉段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン（厚労省 2007）」[10] 図 4 を見てみると、人生の最終段階における医療とケアの方針が決定される方法は、大きく 2 つに分かれる。

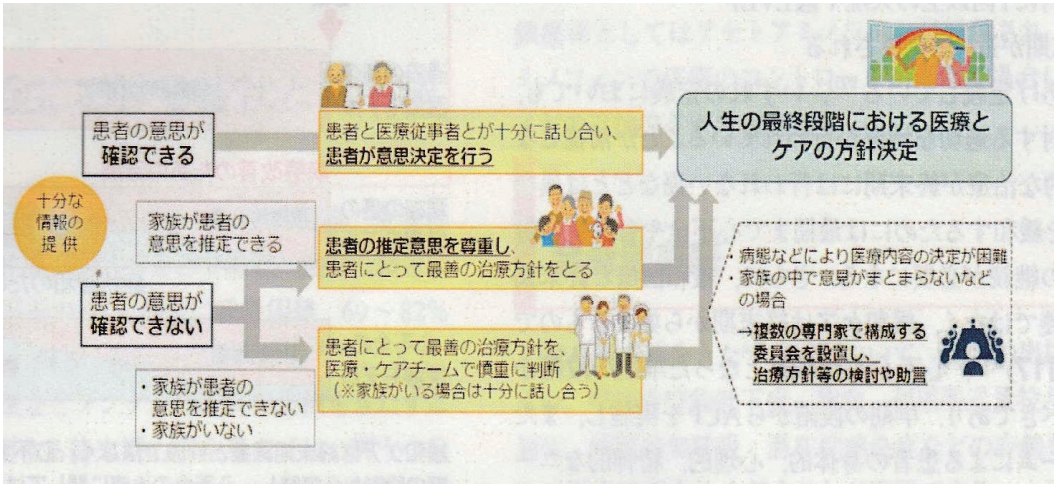

図 4　人生の終焉段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン（厚労省 2007）

患者の意思が確認できる場合とできない場合である。患者の意思が確認できる場合は、患者と医療従事者とが十分に話し合い、患者が意思決定を行う。患者の意思が確認できない場合には、家族が患者の意思を推定できる場合と家族が患者の意思を推定できない場合、または家族がいない場合がある。家族が患者の意思を推定できる場合は、患者の推定意思を尊重し患者にとって最善の治療方針をとる。一方、推定できない、または家族がいない場合は、患者にとって最善の治療方針を医療・ケアチームで慎重に判断、家族がいる場合は十分に話し合う。しかし、病態などにより医療内容の決定が困難、または家族の中で意見がまとまらないなどの場合は、複数の専門家で構成する委員会を設置し、治療方針等の検討や助言を行い、人生の最終段階における医療とケアの方針を決定する。

患者や家族が病の成り行き（図 1)、つまり病態がどのように重症化していくのかを十分に理解し、自己の病態と治療状況を把握していれば、最善の治療方針を選択することは容易となる。

Ⅴ．考察

1.　ACP を検討する時期

75 歳以上高齢心不全患者の治療に関するステートメントには「ありふれた疾患であるが根治が望めない進行性かつ致死性の悪性疾患であり、また予後の予測は困難である。」との記載がある。つまり単に医学的知識に基づく医療ではなく、生命倫理を重視した全人的医療を必要としており、すべての高齢者は「最善の医療およびケア」を受ける権利を持っていることを忘れてはならない。特に、これまで高齢者の場合、余命を考慮して、成人期であれば当然選択するのであろう治療は選択肢に含まれず、最善の治療は見送られてきた。しかし、ACP は本人・家族を含めて終末期を迎える以前の段階から開始することが望ましいとされている。

Q. 90 歳弁膜症の患者の積極的治療について、患者、家族、医療者は最善の医療を検討できるだろうか？そもそも 90 歳手術可能か？

A. 芦原京美による[11] と重症から中等 AS に対する手術適応は高齢者でもガイドラインに照らし考えるべきである。

カテーテルによる弁置換術は超高齢の場合、1 か所のみ手術が保険適用可能となっている。しかし、適切な情報提供がなされない限り、最新情報を患者、家族は知り得ない。

高齢者心不全の終末期医療フローチャートには、①最適な心不全治療により改善が見込めない、②予測される予後が 2，3 週間以内、③多職種チームにおけるアプローチの時点で意思決定支援、ACP を本人の推定意思に沿った最善な方針について多職種で検討するとの記載があり、本人と家族が参加できない内容となっている。[12] 本当に患者の意向は尊重できるのだろうか。ACP は本人・家族を含めて終末期を迎える以前の段階から開始することが望ましいといえる。

日本循環器学会/日本心不全学会は、2014 年 WHO の報告によると、緩和ケアを必要とする疾患に循環器疾患が 40%近くを占めているにもかかわらず、我が国では認知されているとは言い難いとして、ACP を推奨している。実施を考慮すべき時期は 1 年毎の定期外来および入院後の臨床経過において再評価を促す節目となる出来事があった場合の退院前が推奨されるとした。終末期においては、苦痛を与える医療処置を行うのではなく、苦痛を緩和する医療処置を行うことを念頭に置き、多職種カンファレンスと ACP の重要性（図 2）が示されている。

２．実践における課題と患者・家族のジレンマ

心不全患者の病みの軌跡（図 5）のクライシス期から併発した脳梗塞後遺症、嚥下困難および構音障害に伴うコミュニケーション障害で A 氏は下降期を経験、基幹病院からリハビリテーション専門病院に生活の拠点を移り、立ち直り期への足掛かりを探っている状態である。予てから弁置換が必要な時期になっていると指摘を受けていた。重要他者（娘）は家族員（母）の介護に注力する必要があり、A 氏には当初心不全の自覚症状がなく弁置換の相談が遅れ、外来受診行動は自立しているため医療者から家族への働きかけもなされていなかった。近年超高齢者を対象に経カテーテル的大動脈弁置換術が可能となっているが、その情報を本人は知らない。家族はただただ最善の治療を受けさせたいと考えている。

ACP では希望が反映される頻度が高まり、うつや不安が減り満足度が高まるという効果も確認されている。比較的に急速に終末期を迎える転帰をとる場合もある、ACP のタイミングを逃すと緩和の機会も逃す。しかし、早すぎる ACP は利益が少なく害となるので 1 年（12 か月）が目安である。緩和を話し合う際、最善の心不全治療を検討したかという視点を持つことも重要である。従って以下の検討が必要である[13]。

① 一般的には増悪寛解を繰り返して、最後は比較的急速に終末期を迎える。
どのような終末期を過ごしたいかについて話し合われることがないまま、気づけば緩和ケアを受けるタイミングを逃していることが多くある。

② 適切な治療を行うこと自体が症状緩和になり、最後まで治療は継続されうる。
緩和ケアと治療二者択一でなく、共存していくもの。緩和ケアを考えるときに、最善の心不全治療がなされているか、という視点を持つことも重要である。

③　全人的苦痛の緩和による QOL の向上と意思決定支援
患者 - 医療者間の濃厚なコミュニケーションと ACP を中心とした意思決定支援が重要となる。

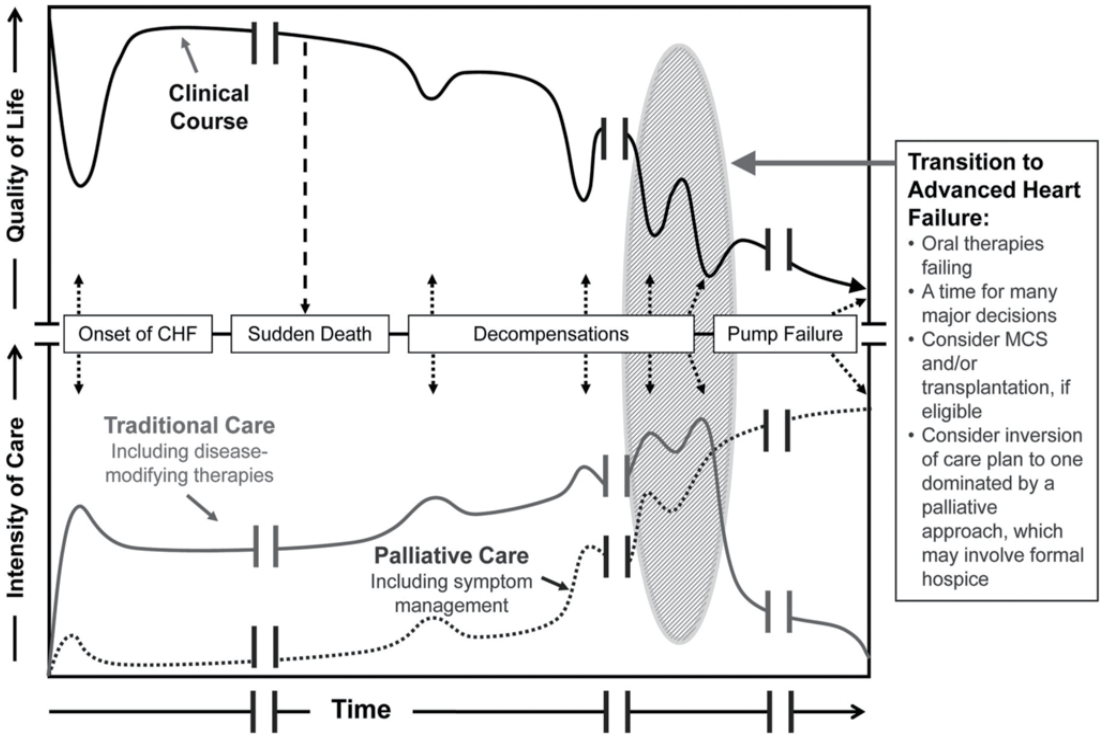

図 5 心不全患者の病みの軌跡
Larry A. et al. Decision Making in Advanced Heart Failure: A Scientific Statement From the formican Heart Association　http://circ.ahajournals.org/content/125/15/1928

Ⅵ. 結論

今回のような超高齢者で且つ慢性心不全のケースでは、GSF に習って HAH/ACC 分類 Stage C または D の心不全治療抵抗性の時期に共同意思決定による治療法の選択とともに ACP を作成し、何度も書き替え意思確認を行っていく方策が望ましいと考えられる。

事例 A 氏の場合、予てから弁置換が必要な時期になっていると指摘を受けていた 2 年前、ステージ C へ悪化が懸念される次期の外来において、家族を含め治療について患者の意思決定を支援する ACP を作成する。その際、外来看護師を含めた多職種チームで行うことが望ましい。

重症化の転帰においても、ACP を緩和ケアと心不全の最善の治療の両方の視点で検討することが、患者の生命と生活の質に繋がると考えられる。その際、病いの成り行き（病みの軌跡）の理解のためにシンプトン・マネジメント、サイン・マネジメント、ストレス・マネジメントを患者自身が行うセルフマネジメントが重要であり、「安心ハート手帳」のような媒体による治療情報の共有が鍵となると思われる。各地で医療連携診療計画書が作成されているが、今後は効果を検証し、健康診査の在り方を含め更に有効なシステムの構築と診療情報の共有が課題となる。

文献

1）看護テキスト Nice 成人看護学　慢性期看護（改訂第 3 版），p.271,南江堂 2019.

2）国民衛生の動向・厚生の指標　増刊, P53-55,p390 第 14 表，　Vol.70 No.9, 通巻 No.1096,2023/2024, 一般財団法人厚生労働統計協会.

3）Japan Preventive Association of Life-style related Disease. www.seikatsusyukanbyo.com/statistics/2016/009091.php,2018/4/20 閲覧.

4）慢性心不全の疫学 － 社会における問題を識る －. 眞茅みゆき，筒井裕之 北里大学看護学部看護システム学，九州大学大学院医学研究院循環器内科学. Heart View 20(8): 716 -722 2016. www.chugaiigaku.jp/upfile/browse/browse492.pdf,2018/4/20 閲覧.

5）岡山県安心ハート手帳・地域連携診療計画書 https://www.pref.okayama.jp/page/342673.html,2024/1/22 閲覧.

6）木澤義之，アドバンス・ケア・プランニングいのちの終わりについて話し合いを始める https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku- Soumuka/0000173561.pdf,2018/4/20 閲覧.

7）日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン 急性・慢性心不全治療ガイドライン（2017 年改訂版）http://www.j-circ.or.jp/cms/wp- content/uploads/2017/06/JCS2017_tsutsui_h.pdf,2018/4/20 閲覧.

8）日本心不全学会ガイドライン委員会編集，高齢者心不全患者の治療に関するステートメント，2016 年 10 月 7 日発行, 一般社団法人日本心不全学会.

9）　ルイス智子講演, 終末期医療の改善, オンコロジーナース, Vol.10, No.3,p33-37, 日総研.

10）人生の終焉段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン、厚労省 2007.

11）芦原京美，私の考える高齢者大動脈弁狭窄症の手術適応―何歳まで手術するのか―，J Cardiol Jpn Ed 2011; 6:137-142.

12）　山本真弓,高齢者の ACP および選択的意思決定,日本生命倫理学会第 30 回年次大会予稿集,P183,　2018 年 12 月 8・9 日,京都.

13）Larry A.et al. Decision Making in Advanced Heart Failure: A Scientific Statement from the American Heart Association. http://circ.ahajoumals.org/content/125/15/1928.

14）佐藤幸人，高齢者に対する心不全チーム医療の考え方，健康長寿ネット，公益財団法人長寿科学振興財団.

15）岩倉克臣，心不全研究のオピニオンリーダー，超高齢者における心不全入院の特徴：臨床背景および心エコー所見からの解析，p.1-2，日本心不全学会，eletter2016 秋号.

16）　福島赤十字病院心臓血管外科ケースレポート vol.03，http://www.fukushima-med-jrc.jp/pdf/casereport03.pdf,2018/4/20 閲覧.

17）貞永千佳生，岡光京子, 心臓手術を受ける高齢患者の意思決定に影響した要因，日本看護倫理学会誌，Vol6 No.1 2014.

18）鷲田幸一，心不全認定看護師が行く，p.6 - 8，日本心不全学会，eletter2016 秋号.

19）厚生労働省循環器疾患患者に対する緩和ケア提供体制のあり方について https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku- Soumuka /0000208590.pdf,2018/4/20 閲覧.

Abstract : Chronic heart failure is a terminal manifestation of organic heart diseases such as hypertension, ischemic heart disease, and cardiomyopathy, and most patients with chronic heart failure are the elderly who are repeatedly hospitalized and discharged. Heart failure accounts for 14.8% of all deaths by cause of death in Japan, and recommendations for advance care planning (ACP) and treatment guidelines have been reviewed. The study examined at what point in the life of patients with heart failure nurses, who support their lives based on various guidelines and guidelines, should start considering ACP implementation to improve their lives and quality of life, It is desirable to select a treatment strategy based on elective decision making and to create an ACP at the time of refractory heart failure treatment (Stage C or D) and to rewrite it as needed to confirm the patient's intention. It is expected that patients with heart failure will be transported to emergency rooms for life-saving treatment, and will be treated at medical institutions other than their family physicians. Self-management and the sharing of treatment information between medical personnel and family members (significant others) are the keys to decision support, not only for elderly patients but also for patients with multiple concurrent diseases.