

第 1 回広島県循環器緩和ケア研究会

日時:2019 年 1 月 12 日(土)15:00~17:00 場所:広島大学広仁会館 2 階大会議室

第 1 回広島県循環器緩和ケア研究会 2018 年度

より「末期心不全」が緩和ケア加算の対象疾患に追加され、循環器疾患、特に心不全患者への緩和ケア提供体制の整備が課題となっている。そのような状況を受け、2019 年 1 月 12 日(土)第 1 回広島県循環器緩和ケア研究会が広島大学広仁会館で開催された(写真 1)。参加者は主に県内の心臓いきいきセンターおよびがん拠点病院において、循環器診療や緩和ケアに携わる医療者、在宅医療を担う多職種 223 名(計 70 施設; 病院 29 施設、診療所 14 施設、訪問看護ステーション 16 施設、その他 10 施設)であり、心不全緩和ケアニーズにおける関心の高さが伺われた。



写真1 挨拶

(左) 広島大学病院心不全センター センター長 木原康樹先生
(中) 広島大学病院看護部長 山本雅子先生
(右) 広島大学病院緩和ケア部門 部門長 岡本泰昌先生

一般講演 一般講演 1 では、広島大学病院心不全センター慢性疾患看護専門看護師の中麻規子先生より、「心不全患者に対する院内の緩和ケア提供システムの紹介」について、講演があった。大学病院では 2018 年 8 月から心不全による入院患者を対象に緩和ケアスクリーニングを開始している。対象は過去 1 年間に心不全増悪による入院歴を有する患者、もしくは主治医・病棟看護師が必要と判断した患者で、方法は①患者にスクリーニング用紙を手渡し、②回答の有無、時期は患者の判断(自由意志)とし、③回収は緩和ケア部門が行いトリアージする、という流れで行われている。スクリーニング運用の結果、2018 年 12 月までの 4 か月間にスクリーニング用紙を配布した対象者 8 人中 7 人から回答があり、回答者の約半数が何らかの苦痛を有していた。患者から緩和ケアチームの介入希望がなくても、実際には身体的・精神的苦痛を有している患者もいたことから、患者の希望の有無のみならず、必要に応じて、心不全チームによる基本的緩和ケアや緩和ケアチームによる専門的緩和ケアの導入が検討されるべきであり、加えて、患者・家族、医療従事者への「心不全緩和ケア」の啓発が課題、というメッセージが伝えられた。

一般講演 2 では安佐市民病院循環器内科部長 小田登先生より、「心不全患者に対する緩和ケアの提供状況」について、講演があった。安佐市民病院では、2017 年 11 月に非がん疾患緩和ケアチームが立ち上げられ、緩和ケアスクリーニングが開始されている。対象はチームメンバーもしくは病棟看護師のいずれかが緩和ケアの必要性を感じた入院患者とし、方法は①必要時に電子カルテのメールで呼びかけ、②Jyonsen の 4 分割表を活用して方針をカンファレンスで検討する、という流れである。2017 年 11 月から 2018 年 12 月までにカンファレンスを行ったのは 38 人。カンファレンスの有無にかかわらず、期間中に心不全で入院し、死亡した患者 34 人を非がん疾患緩和ケアチーム介入群と非介入群に分類して特徴を比較したところ、介入群は過去の心不全入院回数が多い、平均在院日数が高い、医療用麻薬の使用頻度が高い、という特徴があった。チーム介入に至った背景には、再入院を繰り返している、呼吸状態の悪化があるが改善方法が見いだせない、腎機能低下や悪性疾患のある患者の利尿の減少、という特徴があった。また、非介入群にチーム介入がなされなかった背景には、急変や見た目のしんどさがなかったこと、が挙げられた。最後に、心不全患者に緩和ケアを提供するにあたり、患者の QOL の維持は、①健康寿命と②症状緩和と③医療費を考慮することが大切というメッセージが伝えられた。

教育講演 飯塚病院緩和ケア科部長 柏木秀行先生から、「心不全緩和ケアの概論と意思決定支援・ACP」というタイトルで講演があった。緩和ケアは支援モデルであるため、「概念」を理解して広義で捉えて取り組むこと、心不全緩和ケアは、①予後予測と不可逆性の判断、②身体症状の緩和に視点を置いて考えること、①の可逆性については Multimorbidity(多要因、多疾患併存状態)・不確実性(治療の反応が乏しい)・複雑性(多要因・多疾患の交絡)を意識した予測をして行うことが必要であるという説明があった。併せて「QOL は患者の主観で決まるため、ガイドライン通りの医療を行うのではなく、医療的介入は患者毎にアウトカム設定を行うことが必要」という話があった。また、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の実践は、場を設けて改めて行う必要はなく、日ごろの診療の中で本人が大切にしていること、価値観、意向に関する「情報收拾」と「情報提供」を繰り返し、真意

を語る（言葉の裏にある思いを探り、思いに応える対話を行う）ことで実践できるというメッセージが伝えられた（写真2）。

パネルディスカッション「心不全患者への緩和ケア提供体制の現状と課題」をテーマに、座長に柏木秀行先生（飯塚病院）と木原康樹先生（広島大学病院）、パネリストに三次地区医療センター病院長 安信祐治先生、JA 広島総合病院看護科主任 門内美鈴先生、広島大学病院緩和ケア部門助教 林優美先生、同施設緩和ケア部門 緩和ケア認定看護師 白川峰子先生をお迎えし、以下のような意見が出された（写真3）。

①「**どのようにすれば、各施設で心不全緩和ケアの実施母体を作ることができるか。**」⇒林先生：「当院では心不全センターの取り組みに緩和ケアチームが参加する形で開始したので入りやすかった。カンファレンスに参加して心不全の病態やチームのニーズを知り、緩和ケアチームができることを考えたり、緩和ケアチームとしてできることを知ってもらうことから始め、今は少しずつ相互理解が進んできている状況。」、白川先生：「患者さんにどのような介入を行うかは、病棟医師、看護師、心不全センタースタッフと話し合いながら進めている。」

②「**がんと心不全では病気の成り立ちや患者さんが思っている概念が違うように思うが、どうか。**」⇒林先生：「病みの軌跡の違いは感じている。心不全の場合、治療そのものが患者の QOL に直結する『生活』に対するアプローチとなるため、患者の価値観を変えずに緩和ケアを行えないものかと悩んでいる。」、白川先生：「看取りについては、がん患者さんも心不全患者さんも同じと思った。」、柏木先生：「がん患者の場合、社会のイメージとして『死ぬ病気』という認識があるが、心不全の場合は違う。患者が病気に対してどのようなイメージをもち、どのように乗り越えてきたのかという点では、がんも心臓も同じ。しかし、心不全の場合、患者が病気を理解することが難しく、自身のニーズに合った医療を受け難くなる。そのため、広い視野でのアプローチが必要と考える。」

③「**地域では、どのようにすれば医療従事者間でコミュニケーションを図り、心不全緩和ケアを展開していけるか。**」⇒安信先生：「心不全の増悪を繰り返す中で、背景、嗜好、生き方などの"プチ ACP"をスタッフで共有することが大切である。今後はチームを作り、患者のニーズに気づき、いかに生活を支援していけるのかを考えながら、心不全患者に緩和ケアを提供をしていきたい。末期は問題がより複雑に絡むが、地域の病院スタッフ数は限られている。そのため、同じ地域の緩和ケアの専門家に助言を受けながら、こちらからもフィードバックしていくことが大切と思っている。病院間でコンサルテーションができれば、地域で広げていけるのではないかと考える。」

④「**病棟の認識や退院後の退院後の患者のフォローアップについての現状を教えてください**」⇒門内先生：「2015 年に循環器患者に対する緩和ケアチームを作って勉強会を行い、病棟内では少しずつ理解が深まってきている。しかし、業務に追われ、ケアの充実は図れていない。退院後は ACP を実施できている患者の場合、地域の医療者に情報提供して共有できるようにしているが、自宅や施設から救急搬送され、積極的治療がなされる場合もあり、ACP の共有が不十分であることが課題である。院内の緩和ケアチームには、麻薬の取り扱いなどについて教えてもらうこともあるが、『心不全の専門ではないから』と、消極的な対応をされる場合があり、現状として協働はできていない。」

⑤「**がんの場合は、最期は緩和ケア病院に入院して対応されているが、心不全の場合は、家で苦しくなるのが特徴である。自宅での管理や日々の辛さの共有が大切だが、どのようにして支援体制を構築することができるか。**」⇒柏木先生：「在宅医療では、『基本在宅（本人が過ごしたい場所）、時々病院』というのが本質である。心不全は増悪因子を管理することで転帰に直結する病態であるため、疾患制御においては、訪問看護師がキーになるのではと思う。」

まとめ 最後に、木原先生より、「心不全患者に対する緩和ケアの必要性は共有できた。今後は皆さんからフィードバックを受けながら、発展させていくことが大切。」という話があった。

（文責：広島大学病院心不全センター 北川知郎、中麻規子）



写真2 教育講演 飯塚病院緩和ケア科部長 柏木秀行先生



写真3 パネルディスカッションの風景