

心臓・血管病から道民の健康と明るい生活を守ります

すこやか ハート



No.146

2022・10月



一般財団法人 北海道心臓協会

多職種介入による心不全緩和ケアの実践

北海道大学大学院医学研究院 循環病態内科学教室
佐藤 琢真・永井 利幸・安齊 俊久 氏

はじめに

循環器疾患における緩和ケアでは、発症の早期段階より潜在的な問題点を抽出し、全人的な苦痛に対して包括的に介入することが求められるため、多職種チームによる反復的なアプローチを行うことが重要です。

特に心不全は、全ての心疾患に共通した終末的な病態であり、緩和ケアの対象となる主要な循環器疾患として想定されています。心不全患者においては、その特有の病の軌跡から、多職種による継続的な意思決定支援や全人的苦痛に対する包括的アプローチが特に必要とされ、心不全が症候性となる早期段階(Stage C)より心不全治療と並行して緩和ケアが提供されることが望まれます。

図1に示されるように、心不全患者において専門的緩和ケアの必要度が増すのはStage Dの最終段階ですが、実際に緩和ケアのアセスメントが必要な時期は幅広く、そのため、切れ目ない緩和ケアの提供

のためには、心不全の病の軌跡を十分に理解・共有しながら治療を担当する心不全多職種チームが緩和ケアの主体提供者となり、互いの役割や専門性を理解した上で、協働することが可能な体制を整備する必要があります。

循環器緩和ケアの提供体制

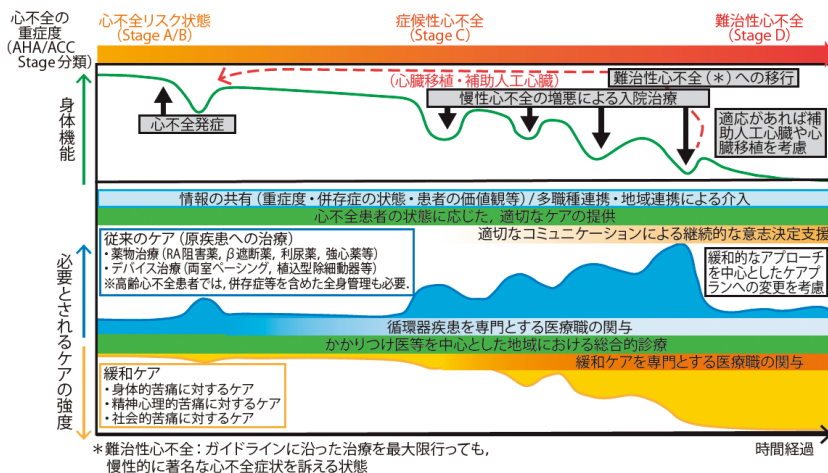
厚生労働省の「循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ」は、心不全患者への緩和ケアの提供において、まずは既存の緩和ケアチームと心不全多職種チームが連携し、心不全多職種緩和ケアチームとして協働することを提案しています。

図2に示されるように、既存の緩和ケアチームと心不全多職種チームの連携体制については、同一医療機関内に緩和ケアチームと心不全多職種チームがある場合とない場合に大別されます。

緩和ケアチームを有する施設のうち73.5%が循環器研修施設であることが報告されており、そのような環境においては両チームが連携して協働しながら「循環器緩和ケアチーム」へと発展する流れが想定されます。

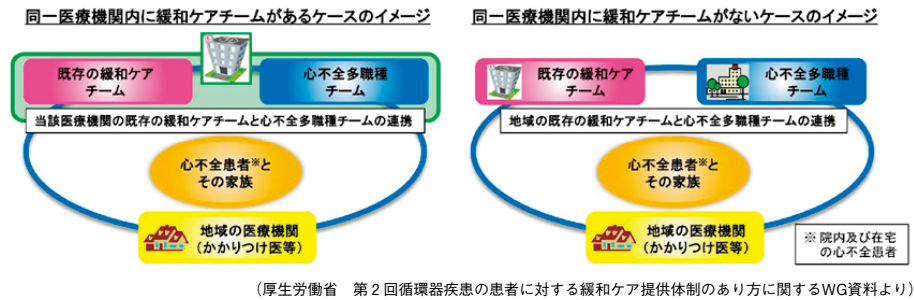
また、同一医療機関内に緩和ケアチームや心不全多職種チームが設置されていない場合は、他の医療機関に設置されている既存のチームと有機的に連携し、地域の実情や患者・家族の意向等に応じた緩和ケアチーム体制を構築することが提案されています。療養の場が医療機関から在宅に

図1 心不全患者の臨床経過及び提供されるケアのイメージ



(厚生労働省 第2回循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するWG資料より)

図2 既存の緩和ケアチームと心不全多職種チームの連携イメージ



移行する場合に、かかりつけ医を中心に地域の医療機関や訪問看護ステーションなどが連携してケアを提供することが求められます。

循環器緩和ケアチームの構成

患者の抱える潜在的な問題点を抽出、全人的な苦痛に対して包括的に介入するためには、多職種がそれぞれの専門性を活かしながら協働して診療にあたる必要があります。医師（循環器内科・精神科・緩和医療科）、看護師、薬剤師、理学療法士、臨床心理士、管理栄養士、レシピエント移植コーディネーター、医療ソーシャルワーカー（MSW）などによるバランスの取れた多職種チームを構成することが望ましいのですが、医療機関や地域の状況に応じて柔軟に対応することが重要です。各メンバーはそれぞれの専門性を発揮して職種に関わりのある問題点に対してアプローチするだけでなく、各専門職が果たす役割を拡大させて連携し、補完体制を強化していくことがチームパフォーマンスの向上につながります（図3）。

循環器緩和ケアチームの活動

心不全患者の病状に応じた緩和ケアを適切に提供するためには、診療チームからのコンサルテーションには常時対応できる体制を整えるとともに、定期的なカンファレンスを開催し、チーム内における情報共有およびアセスメントを行うことが望

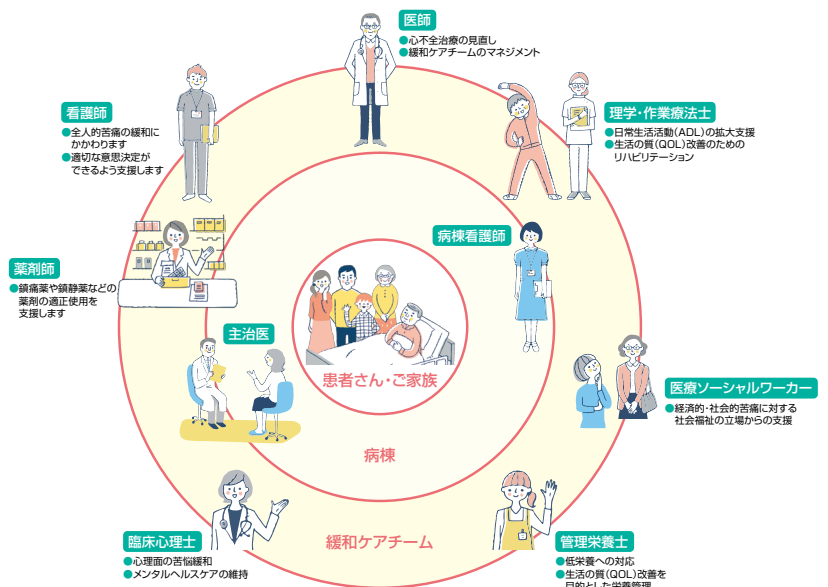
まれます。

循環器診療の現場で実践されるべき主要な緩和ケアの内容は、①緩和ケアニーズの評価②将来の医療及びケアについて、患者を主体に、ご家族、医療・ケアチームが話し合いを

行い、患者の意思決定を支援するプロセス（ACP）③全人的苦痛の評価④苦痛への基本的マネジメント⑤必要に応じた専門的緩和ケアチームへの相談などが想定されており、それぞれがチームの役割を理解しながら目標を設定して取り組むことが求められます。

緩和ケアを提供するためには、まず患者・家族の苦痛や苦悩に気付くことが必要であり、包括的評価ツールの運用はその一助となり得ます。北海道大病院の心不全緩和ケアチームでは、患者報告アウトカム尺度（PROMs）のひとつとして、ホスピス・緩和ケアで用いられる評価尺度（IPOS）を用いた包括的評価を行っています。IPOSは身体症状だけでなく社会的側面、精神的側面の評価を含むことが特徴であり、心不全を含めた非がん患者の評価に広

図3 緩和ケアチームにおける多職種連携



く使われています。

本ツールは主観的評価のみならず、医療者による代理評価にも対応が可能です。当院では主観的評価を原則としていますが、身体機能や認知機能の低下、意識レベルの低下などにより、自らの症状を訴えることが難しい場合は代理評価によって症状や患者を取り巻く状況の評価を行っています。

IPOSによる評価は医療者が容易に電子カルテに反映し閲覧できるようシステム効率化を図り、業務負担の軽減や、医療者間の情報共有の強化に努め、スコアリング経過を図表化することで、経時的変化やアセスメント前後の変化を視覚的に把握しやすくし、アウトカム評価ツールとしても活用し、評価表内に自由追記が可能な欄を設けることで、スコアに反映することができない患者の症状や思いを見落とすことがないように工夫をしています。

定期カンファレンスでは全職種で毎回司会を持ち回りとする事で、医師中心の議論となることを避け、各職種が主体的に取り組むことができるよう心掛けています。

また、診療担当医のカンファレンスへの参加、カンファレンスにおける議論や介入内容のカルテ記載、緩和ケアチームによる回診などを実践することで多職種協働が患者に還元されやすい環境を整えています。

ACPの引き継ぎと地域連携

当院では多職種介入による心不全教育やACPの経過を他施設と共有し、時に引き

継ぐことを目的として、さっぽろ北部心不全ネットワークが監修・発行している「地域で見守る心不全連携手帳」の運用を行っています（図4）。

本手帳は患者が医療スタッフと共に身体の状況や治療・指導内容を記入し、日々の自己管理に役立つことを主目的としていますが、患者の心不全治療内容や方針を各職種で共有することで、医療者間のコミュニケーションツールとしても使用することもできます。また、患者の人生観や価値観、将来の治療やケアに対する希望、代理意思決定者に関してステップに分けて記載することが可能です。心不全治療の内容に加えて、ACPの経過を患者、家族、医療者が共有することで、患者の心不全治療を包括的に支援できるよう取り組んでいます。

地域で見守る
心不全連携手帳

受診時に持参してください

アドバンス・ケア・プランニング (ACP)について

アドバンス・ケア・プランニング(ACP)(通称:人生会議)とは、将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、希望などの意思決定を支援するプロセスとなります。患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目指しています。

この部分から、ステップ1～5までは、これからの治療やケアに関する話し合いの場のみならず、準備しておくべき事項です。今はまだそれらについて考えなくても大丈夫な場合は、無理に記載する必要はありません。

あなたが大切に思うことにチェックをつけてください。

- 大切な人に自分の大事な希望を伝えておくこと。
- 自然な形で最期を迎えること。
- 自分の望む場所で最期を迎えること。
- 生きていることに価値を感じながら生きていくこと。
- 十分な治療を受けていくこと。
- 将来の見通しをつけて生きていくこと。
- 家族に必要な負担をかけないこと。

あなたにとってアドバンス・ケア・プランニングは必要と思いますか？

はい はい

図4 心不全連携手帳表紙(左)、内容の一部(右)

BAYER

// より良い明日へ

患者さんとそのご家族の「満たされない願い」に応えるため、革新的な新薬をいち早くお届けすることが私たちの使命です。医薬品の開発を通して人々のクオリティ・オブ・ライフの向上に貢献していきます。

バイエル薬品株式会社 <https://pharma.bayer.jp>

Science for a better life

FP:OTH-JP-0431-02-08

Value through Innovation

人々のより良い健康のために

日本ベリンガーインゲルハイム株式会社 <https://www.boehringer-ingelheim.jp>

Boehringer Ingelheim

「～心不全緩和ケア≠終末期治療 自分らしく生きる！～」

北海道大学病院 臓器移植部、医科外来ナースセンター
レシピエント移植コーディネーター
看護師 加藤 美香 氏

心不全の特徴と緩和ケアについて

心不全の病状は、図1.aのような、階段状の経過を辿るという特徴があります。図1.bはガンに代表される病状経過ですが、見比べると違いは明らかです。心不全の特徴は主に、

- ① 病状が悪化しても、治療や生活管理により、ある程度の回復が期待できる
- ② 回復後の水準は、悪化前の水準を超えない
- ③ 突然急激な病状変化をきたすこともある

以上の3つが挙げられます。心不全は、「心臓が悪いために、息切れやむくみが起こり、だんだん悪くなり、命を縮める病気です。」と定義されており、予後予測の難しい進行性の疾患ですが、肥満予防や塩分制限、飲酒や喫煙を控えるなどの生活管理は、病気の進行を抑える上でとても大切な要素の一つです。治療面では、患者さんに合った薬物治療や運動療法、必要に応じてペースメーカーなどの非薬物治療が重要です。更に、これらの積極的な治療と同様に重要とされているのが、『緩和ケア』

図1.a

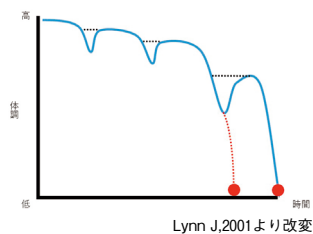
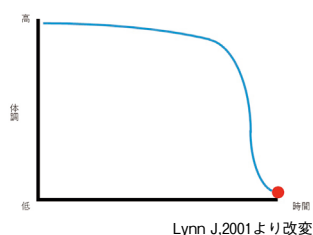


図1.b



に重要とされているのが、『緩和ケア』です。

何故ここで『緩和ケア』？と思われるかたも多いかもしれませんが。

この図2.a.b.cは、積極的治療と緩和ケアの医療モデルです。

以前の医療モデルは図2.aのように、緩和ケアは終末期に

導入されるものであり、終末期医療と同義に扱われていました。しかし、病気によってもたらされる苦痛は多岐にわたり、終末期だけに感じるものではありません。

- ・息切れやむくみなど、心不全によって生じる〔身体的〕苦痛
- ・病状や今後についての不安や恐れなどの〔精神的〕苦痛
- ・病気のために、自分らしく働くことや趣味の活動が妨げられたり、家族内での役割を再構成する必要が生じること。また、経済的問題などの〔社会的〕苦痛
- ・人生の意味や死生観に関する苦悩などの〔スピリチュアルな〕苦痛

これら4つを合わせて『全人的苦痛』、トータルペインとも表現されます。

図2.bは、現在の、心不全領域における医療モデルです。進行性疾患であることが診断された時か

図2.a

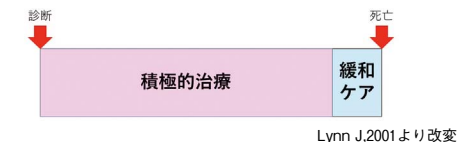


図2.b

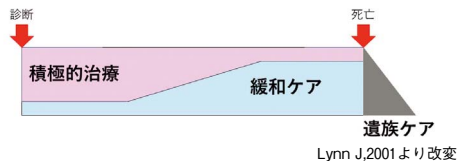
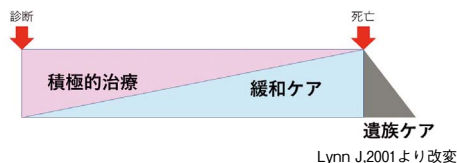


図2.c



ら、緩和ケアは積極的治療と共に、病期によってそれぞれの配分を変化させながら実践してゆくことが大切とされています。

図2.cはガン領域における医療モデルですが、心不全治療においては、積極的治療自体も、むくみなどの身体症状を軽減させ苦痛を緩和させるケアの一つです。このため、心不全治療では積極的治療も、緩和ケアと共に最期まで継続されます。

では、緩和ケアとはいったいどのようなものでしょうか。緩和ケアは、専門の施設で専門家だけが実践したり、鎮痛剤や鎮静剤を使用することばかりではありません。前述した、患者さんの全人的苦痛に寄り添って苦痛の緩和を目指し、患者さんに関わる全ての医療者によってそれぞれの立場から日常的に実践されるものであり、これを基本的緩和ケアといます。基本的緩和ケアによる対応が難しい複雑な問題に対応するため、近年では心不全の専門的緩和ケアチームを発足する病院も増えてきました。もちろん全人的苦痛のすべてを医療者だけで解決することは難しく、患者さん自身の参加や患者さんにとって大切なたの協力がとても重要です。

では、患者さん自身が治療に参加するということはどういうことか、次項でお話したいと思います。**患者さん自身の治療参加～病気と『生活』～**

患者さん個々に、『大切にしていること』は様々です。ある人は「美味しいものを食べること」、ある人は「孫の成長を見ること」、ある人は「自分らしく働くこと」かもしれませんし、十人十色の人生観があることと思います。そして、大切にしていることは複数あったり、その中でも、甲乙つけ難いながらも優先順位があります。

治療における最大の目標は、病気と付き合いながら、患者さんの人生観、大切なものを守ってゆくことです。最善の生活管理と最大限の治療を行っても、大切にしていることを何もできない状況では、幸せとはかけ離れてしまいます。一方で、大切にしていることを実行するためにも病気の管理は不可欠です。できるだけ沢山の、大切にしていることを守るため、どう折り合いをつけてゆくかが重要で、そのために

は自身の気持ちを家族や大切な人に知ってもらったり、医療者と共有してゆくことが大切です。少し、架空のケースと一緒に検討してみたいと思います。

【ケース紹介】

Aさん：70歳男性。若い頃から血圧が高く、数年前に心不全と診断され、内服による治療を続けていますが、たまに飲み忘れることもあります。仕事は定年退職し現在は妻と二人暮らし、孫の結婚式を楽しみにしています。趣味は庭いじり、日課は一日のしめくくりの晩酌で、酒肴も大好きです。心不全と診断されてから禁煙しましたが、仲間と麻雀をするときだけは、煙草も一緒に愉しみます。妻とは仲が良く、年1回の旅行をお互い大切にしています。最近少しだけ、疲れ易さが気になっています。

【ケース検討】

さて、Aさんが心不全と付き合いながら、これからも自分らしく幸せに生きてゆくには、どうしたら良いでしょうか？具体的なステップを考えてみましょう。

① 自分が大切にしていることを挙げ、優先順位をつけてみる

→Aさんの気持ち：できるだけ妻に負担をかけず穏やかな生活を続けたい。たまに旅行も行きたい≧孫の結婚式に出たい>日々の晩酌>仲間との麻雀≧自身の趣味活動

② ①の内容を知っていてほしい大切な人は誰か、考える

→Aさんの考え：妻、子ども

③ ②の人たちと医療者に、①の内容を伝えてみる
→妻の反応：「あまり多くを語らずとも絆を感じていたけれど、改めて言葉にしてくれたことで想いが分かって良かった。治療で協力できることがあれば言うてほしい。」

→医療者の提案：「一番大切にしていることを最大限達成するためには、まずは麻雀時の煙草をやめましょう。治療上、飲酒や塩分の強い酒肴もやめられると良いですが、Aさんにとってはとても大切な事柄なのですね。では塩分に注意した酒肴や減酒の取り組みについて、管理栄養士に相談してみるの

は如何でしょうか。出来る範囲で頑張るのも、一番大切なことを守るためには大きな力になります。庭いじりの趣味も素敵ですね。適度に体を動かすことも出来ていらっしゃるようですが、もし通院回数を増やせそうであれば、理学療法士の助言を受けながら心臓リハビリに通われるのは如何でしょうか。内服は治療の要ですが、毎日のこととなると大変ですよ。飲み忘れに対して工夫できることがないか、薬剤師に相談してみましょう。」

④ 話し合った結果を、大切な人たちと共有しましょう

→Aさんの実行：妻と栄養相談に通い、減塩と減酒に取り組み始めた。週に1回、心臓リハビリに通い、適切な運動量を知ることができ、自宅でも実践できている。内服確認は妻と共にいき、飲み忘れを防止している。以前よりも体調良く過ごせており、妻との旅行も以前より元気に楽しめ、孫の結婚式も無事に参加することができた。そして今は、ひ孫の誕生が次の楽しみとなっている。

以上、Aさんのケース検討でしたが、このように、心身の状態や私生活の変化などで、①は都度変化してゆきます。①→④、そしてまた①へと、繰り返してゆくことが大切です。

患者自身の治療参加～病気と『ケア』～

ここまででは病気と『生活』についてのお話でしたが、次は、病気と『ケア』についてのお話へ移ってゆきます。

図 3

が、次は、病気と『ケア』についてのお話へ移ってゆきます。

皆さんは、『アドバンス・ケア・プランニング』という言葉をご存知でしょうか？

2018年、厚生労働省は、この概念の普及啓発を目指し、『人生

会議』(図3)という親しみやすい愛称を付与しました。人は誰でも、いつかは命に関わる状態を迎えますが、そのとき、実に約70%のかたが、医療やケアなどを自分で決めたり、望むことを人に伝えたりすることができなくなると言われています。もしものときのことを考えることは、患者さんやご家族にとって、予期される悲しみを体験するような、心に負担のかかることかもしれません。負担が大きいと感じるうちは無理に向き合う必要はありませんが、どんなケアを希望するかを事前に話し合っておくことで、意向の尊重されたケアが行われ、患者さんやご家族の満足度が向上し、遺るご家族の不安や落ち込みが軽減すると言われています。もしものときのケア選択は、様々あります。

例えば、「回復の見込みが低くとも、心肺蘇生や人工呼吸器の使用も含め、救命の可能性がある処置はすべて受けたい」という選択ですが、この背景には、「少しでも長く生きることが最大の目標」という価値観や、「どんな困難でも戦い抜く姿を大切な人に見せたい」という気持ちがあるかもしれません。

また、「回復の見込みが低ければ、鎮静をしなければならないような大きな処置はせず、その中でできるだけ長く生きられるような治療を受けたい」という選択には、「大切な人と話せる状態で、できるだけ長く一緒に居たい」という思いがあるかもしれません。また、「自宅でできる範囲の治療を受けて、自然に最期を迎えたい」というかたも居ますし、「余命が短くなったとしても、苦痛を最小限にして穏やかに過ごしたい」というかたも居ます。

このように、ケアの選択には必ず、大切にしている人生観が背景にあり、病気と『ケア』について考えるには前述2項の、病気と『生活』についての内容が不可欠であり『ケア』はその延長上と言えます。さいごに

治療や価値観が多様化した社会ですが、自分らしく幸せに生きるとはどういうことでしょうか。是非、本稿をきっかけに、大切なかたや医療者と話し合ってみて頂けると幸いです。

北海道心臓協会市民フォーラム2022

「願いは健やかハート」

10月8日(土)道新ホール



「元気な心臓を長持ちさせるためのヒント
～大切な目標値と生活の工夫」

三浦 哲嗣氏
札幌医科大学名誉教授
北海道科学大学薬学部教授



「0から1をつくる」～故郷から世界へ
本橋 麻里氏 **リモート出演**
カーリングチーム「一般社団法人ロコ・ソラーレ」代表理事

講演聴講ご応募ください 入場無料 定員350名
13:10開場 13:30開演 16:00終了予定

<講演聴講券の応募方法>はがき又はメールで本人及び同伴者の郵便番号、住所、氏名、年齢、職業、電話番号を記入の上、「聴講希望」と明記し下記まで。
9月15日(木)必着。聴講券をお送りします(申し込み多数の場合は抽選)。
応募者の個人情報は本事業以外では使用しません。
来場の際にはマスクの着用、検温、手指の消毒にご協力ください。
〒060-0004札幌市中央区北4西4 伊藤組内 北海道心臓協会 フォーラム係
mail : sinzoukyoukai@aurora-net.or.jp

- | | | |
|-------|-------|-----------------------------|
| 編集委員長 | 竹中 孝 | (北海道医療センター副院長) |
| 副委員長 | 土田 哲人 | (札幌南一条病院院長) |
| 委員 | 石森 直樹 | (北海道大学病院臨床研修センター准教授) |
| 同 | 神谷 究 | (北海道大学循環病態内科学助教) |
| 同 | 武田 充人 | (北海道大学病院小児科講師循環器グループチーフ) |
| 同 | 松井 裕 | (斗南病院副診療部長循環器内科学科長) |
| 同 | 養島 暁帆 | (旭川医科大学循環・呼吸・神経病態内科学分野助教) |
| 同 | 矢野 俊之 | (札幌医科大学循環器・腎臓・代謝内分内分泌内科学講師) |
| 同 | 湯田 聡 | (手稲溪仁会病院心臓血管センター循環器内科主任部長) |

表紙
「秋の道すがら」
藤倉 英幸

医療・健康ニーズに应运え、
人々の健康・福祉に
いっそう貢献したい。

患者さんのために、わたしたちができることがきっとある。
これからも医療・健康ニーズをとらえ、
独創的な新薬を開発してまいります。

持田製薬株式会社
MOCHIDA <https://www.mochida.co.jp/>

Medical Support Service Provider

株式会社 竹山

生命と健康への貢献
「医師、医療スタッフとともに人々の生命と健康を守る」
という創業以来の使命感のもと
社会貢献度の高い仕事と誇りを持ち、日々努力を続けております。

代表取締役社長 土田 拓也
本社/〒060-0006 札幌市中央区北6条西16丁目1番地5
●ほくぞくアザノトレーニンセンタービル3Fアラス/札幌市中央区北11条西4丁目1番1号(ほくぞくビル4F) ●011-700-8833 <https://www.takeyama.co.jp/villageplus/>
☎011-611-0100(代表) <https://www.takeyama.co.jp>