

# 3. 各施設における心不全緩和ケアの工夫

## B. 在宅診療

### 3) くるす医院（兵庫県姫路市） —

#### — 開業医の在宅療養と心不全

来栖昌朗

（くるす医院）

人口の年齢構成が変わり経済状況も厳しいこのご時世、患者のニーズも、病院の提供できる医療の質も量も変動してきているなかを、開業医も生きていかないといけない。外来をしつつ在宅診療でみる患者の疾病構造も、数字には表せないが変化してきている。

開業初期は外来の患者が通院できなくなったことが主たる往診の理由であったと思う。やがて介護保険が導入され、脳血管障害後遺症の患者が病院やリハビリ施設から自宅へ帰り、生活管理も含めて往診するようになった。次はがんの診断がある患者が、住み慣れた自宅で最後を迎えさせてほしいと、紹介されるようになった。同時に訪問看護師や居宅介護支援専門員をはじめとする在宅での協働も密に行われるようになった。診療報酬上では強化型在宅療養診療所連携型として同業の開業医と協働している。

やがて認知症、心不全、腎不全、慢性呼吸不全で在宅酸素中の患者も徐々に増加していく。認知症は介護との緻密な連携と患者家族教育に時間を割く。慢性呼吸不全の患者とは最後までお付き合いすることが多い。ただ、腎不全患者は透析施設が最後まで診ることが多い。

そして慢性心不全患者の登場である。これは少し手強い。なぜなら急性心不全の症状は最初の何回かは病院による集中医療が効を奏するし、大病院で継続外来診療をすると、患者もその家族も治すための治療をしていただけていると思っただけで、大病院から離れたたくなる人が多いからである。しかし自宅療養で、というのは専門医療

知識もさることながら、当該の患者がどんな生活をしているのかの想像力に欠けると、指導や医療行為自体が形骸化する。

たとえば、こうだ。ある患者の話をしよう。急性心不全の症状をきたし夜間に救急搬送され、最新鋭の機器を駆使し精密なモニターとエビデンスに基づく高価で精緻な治療が行われ、そしてICUや観察室を経て一般病棟に移動し、心臓リハが行われる。やがて退院時カンファレンスがあり、在宅医と連携が行われ、めでたく帰宅する。退院した患者と家族は「病気は治った」と思っている。しかし病気は確実にその心臓の予備力を奪っている。患者は、入院する以前の生活より動けるようになっていないと、活発に運動する。かくして、昼間に動きすぎた患者は、近い時期の、それも夜間に心不全症状が発症し、再び救急搬送される。「QOL」という言葉が存在するが、低心機能の患者には、その場での瞬発的に行える運動のみならず耐久性も劣っていることを説明しておかないと、すぐに、自分が行う運動量を制限できず動いてしまう。一開業医である当院での数字は表1のごとくで少なく統計処理ができるようなものではないが、訪問診療と訪問看護での在宅療法指導で何度も心不全となって入院することはない。生活の制限はQOLを下げてしまうので、あまり運動制限はかけられないという医師もいる。当院では、患者に「あなたの心臓はダンプトラックを軽4のエンジンで動かしているんですよ」と説明する。

往診で他人の生活に入り込んでいる在宅医に

表1 慢性心不全患者の在宅療養期間

症例	性別	年齢	主病名	在宅時間 (日数)	転帰	BNP 参考(pg/mL)	EF 参考(%)	経過中の救急搬送
1	♀	87	慢性心不全	1,399	看取り	580		なし
2	♀	94	大動脈弁狭窄症	1,330	介護困難入院	873	34	なし
3	♂	79	陳旧性心筋梗塞	554	看取り	1,498	30	後頭葉脳梗塞
4	♀	90	慢性心不全	402	看取り	430	42	なし
5	♂	83	拡張型心筋症	524	増悪入院	594	20	なし
6	♀	95	慢性心不全	276	継続中	921	13	なし
7	♀	86	僧帽弁置換術後	24	増悪入院	1,331	28	なし
8	♀	89	陳旧性心筋梗塞	203	継続中	508		なし
平均		90		712		955	31	
SD		5		476		369	9	

としては、心不全の患者が入院前の生活に完全に戻れているとは考えない。慢性疾患患者には入院後の病状説明の時に、心不全が進行している場合は、日常生活の制限がしっかりとされる状態でないとする状態は悪くなることを説明できていないといけない。当然、服薬指導と管理も必要になる。末期の患者は徐々に入院までの期間が短くなって、最後にはICUを離脱することもできない。オピオイドが必要になるかもしれない。自分が思う普通の生活はできないという悲観的な説明をするとQOLが下がることもあり、確かにセンシティブではある。

何度もいうが、心不全の経過のなかで、退院し

たら元の生活が送れることはあまりないという真実をまず説明しなくてはならない。これらの情報提供をしないことは、医師の傲慢ではないかとさえ思う。

昨今の advanced care planning (ACP) の考え方を、場合によれば患者全員に適応できないことも承知のうえで、周囲の人々がある人の予後についてもう少し真摯に考えないと、不幸な病院通いが続いてしまうのではないかと思う。今後も病院から在宅へと移行する高齢低心機能の患者は増加することになると思うが、いかにその人らしく生活をまっとうしてもらおうのかについても、やはりもう少し議論が必要なのではないだろうか。